

Regulamin Organizacyjny

Wydanie V

**SZPITAL SPECJALISTYCZNY
IM. A. FALKIEWICZA WE WROCŁAWIU**

13.01.2023 r.

.....

data

Agnieszka Chrobak

.....

Dyrektor Szpitala

POSTANOWIENIA OGÓLNE	3
ZASADA KIEROWANIA SZPITALEM	3
CELE I PODSTAWOWE ZADANIA SZPITALA	4
PRZEBIEG PROCESU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH.....	6
STRUKTURA ORGANIZACYJNA	10
WARUNKI WSPÓŁDZIAŁANIA Z INNYMI PODMIOTAMI WYKONUJACYMI DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ.....	10
ZASADY POBYTU W ODDZIALE	10
PRAWA PACJENTA	11
PRAWA PACJENTA - DZIECKA	13
OBOWIĄZKI PACJENTA.....	14
REGULAMIN ODWIEDZIN	15
ZAKRES OPIEKI, JAKĄ MOŻE ŚWIADCZYĆ RODZINA LUB OSOBY BLISKIE W PROCESIE OPIEKI NAD PACJENTEM	16
UDOSTĘPNIANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ I WYSOKOŚĆ OPŁAT Z TYM ZWIĄZANYCH	17
ORGANIZACJA PROCESU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W PRZYPADKU POBIERANIA OPŁAT ORAZ WYSOKOŚĆ OPŁAT ZA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH INNYCH NIŻ FINANSOWANE ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH.....	18
ORGANIZACJA I ZADANIA POSZCZEGÓLNYCH KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH SZPITALA	18
REGULAMIN CENTRALNEJ IZBY PRZYJĘĆ.....	18
REGULAMIN PRACY KIEROWNIKA DYŻURU	19
REGULAMIN ODDZIAŁU CHORÓB WEWNĘTRZNYCH I GERIATRII	20
REGULAMIN ODDZIAŁU NEONATOLOGICZNEGO Z PODODDZIAŁAMI	20
REGULAMIN ODDZIAŁU GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZEGO Z BLOKIEM PORODOWYM.....	20
REGULAMIN BLOKU OPERACYJNEGO	21
REGULAMIN ODDZIAŁU PEDIATRYCZNO-REUMATOLOGICZNEGO	22
REGULAMIN DZIAŁU RADIOLOGII	23
REGULAMIN DZIAŁU ANESTEZJOLOGII	24
REGULAMIN DZIAŁU REHABILITACJI LECZNICZEJ	24
REGULAMIN APTEKI SZPITALNEJ.....	25
REGULAMIN CENTRALNEJ STERYLIZATORNI	25
REGULAMIN DZIAŁU HIGIENY I EPIDEMIOLOGII.....	26
REGULAMIN SZKOŁY RODZENIA	26
REGULAMINY DZIAŁÓW ADMINISTRACYJNYCH.....	27
REGULAMIN DZIAŁU PERSONALNO – ORGANIZACYJNEGO	27
REGULAMIN DZIAŁU EKONOMICZNO - FINANSOWEGO.....	28
REGULAMIN DZIAŁU ADMINISTRACJI I ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH.....	30
REGULAMIN DZIAŁU SPRZEDAŻY USŁUG MEDYCZNYCH I STATYSTYKI	31
REGULAMIN DZIAŁU TECHNICZNEGO.....	32
REGULAMIN DZIAŁU ŻYWIENIA	33
REGULAMINY STANOWISK SAMODZIELNYCH.....	33
ASYSTENT DYREKTORA SZPITALA/ KOORDYNATOR	34
REGULAMIN PEŁNOMOCNIKA DYREKTORA DS. INNOWACJI I MARKETINGU, POZYSKIWANIA ŚRODKÓW ZEWNĘTRZNYCH ORAZ OPTIMALIZACJI PROCESÓW	34
REGULAMIN PEŁNOMOCNIKA DYREKTORA DS. CERTYFIKACJI I ORGANIZACJI.....	35
REGULAMIN INSPEKTORA OCHRONY DANYCH.....	35
REGULAMIN PRACOWNIKA SOCJALNEGO	37
REGULAMIN INSPEKTORA OCHRONY RADIOLOGICZNEJ	37
REGULAMIN SAMODZIELNEGO STANOWISKA DO SPRAW OBRONY CYWILNEJ	38
REGULAMIN SAMODZIELNEGO STANOWISKA DO SPRAW BHP.....	38
REGULAMIN SAMODZIELNEGO STANOWISKA DO SPRAW PRZECIWPOŻAROWYCH	39
REGULAMIN KAPELANA SZPITALNEGO.....	39
POSTANOWIENIA KOŃCOWE	40

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Regulamin Organizacyjny określa organizację i porządek procesów w celu odpowiedniego udzielania świadczeń zdrowotnych w Szpitalu Specjalistycznym im. A. Falkiewicza we Wrocławiu.

§ 2

1. Szpital Specjalistyczny im. A. Falkiewicza we Wrocławiu - zwany dalej „Szpitalem” jest podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą, prowadzonym w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej wpisanym do rejestru pod numerem KRS 0000019623 przy Sądzie Rejonowym dla Wrocławia-Fabrycznej, VI Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą pod numerem: 000000001127 prowadzonym przez Wojewodę Dolnośląskiego, posiada NIP: 899-222-79-39 oraz REGON: 931082610.
2. W skład powyższego podmiotu wchodzi dwa zakłady lecznicze o nazwie:
 - a. Szpital Specjalistyczny im. A. Falkiewicza,
 - b. Przychodnia Szpitala im. A. Falkiewicza.
3. Organ tworzący - Samorząd Województwa Dolnośląskiego.
4. Siedziba: ul. Warszawska 2, 52-114 Wrocław.

ZASADA KIEROWANIA SZPITALEM

§ 3

1. Organami Szpitala są:
 - a) Dyrektor,
 - b) Rada Społeczna.
2. Organ tworzący nawiązuje z Dyrektorem Szpitala stosunek pracy na podstawie powołania, umowy o pracę albo zawiera z nim umowę cywilno-prawną.
3. Dyrektor kieruje działalnością Szpitala i reprezentuje Szpital na zewnątrz.
4. Dyrektor jest przełożonym wszystkich pracowników.
5. Dyrektor ponosi odpowiedzialność za zarządzanie Szpitalem i gospodarkę finansową.
6. Dyrektor Szpitala wyznacza zastępcę na czas swojej nieobecności.
7. Dyrektor Szpitala wykonując swoją funkcję zapewnia w szczególności:
 - a) koordynację działania wszystkich komórek organizacyjnych Szpitala w zakresie zgodności z zadaniami statutowymi,
 - b) organizację kontroli wykonywania zadań przez poszczególne komórki,
 - c) współdziałania z innymi zakładami opieki zdrowotnej w zakresie realizacji zadań statutowych,
 - d) realizację zadań zleconych przez organ założycielski,
 - e) udzielanie świadczeń zdrowotnych wyłącznie przez osoby o odpowiednich uprawnieniach i kwalifikacjach zawodowych oraz wymaganiach zdrowotnych określonych odrębnymi przepisami,
 - f) bieżący nadzór nad wykonywaniem przez Szpital zadań statutowych.
8. W celu realizacji zadań Dyrektor Szpitala:
 - a) wydaje wewnętrzne akty prawne, których projekty sporządzają pracownicy właściwych komórek organizacyjnych: zarządzenia,
 - b) ustala regulaminy wewnętrzne,
 - c) powołuje zespoły, komisje, komitety.
9. Dyrektor podejmuje decyzje w sprawach pracowniczych, a w szczególności:
 - a) nawiązywania i rozwiązywania stosunków pracy,
 - b) karania, nagradzania i wyróżniania pracowników,
 - c) przyznawania premii i zmiany wynagrodzeń pracowniczych,
 - d) umocowań pracowników do realizacji określonych zadań,
 - e) zawiera umowy cywilno-prawne na realizację świadczeń zdrowotnych i inne.

10. Dyrektor ponosi odpowiedzialność za całokształt działalności Szpitala (medycznej i niemedycznej), a w szczególności za:
- a) zapewnienie sprawnego funkcjonowania Szpitala,
 - b) organizowanie pracy w Szpitalu w sposób zapewniający osiągnięcie celów oraz możliwość realizacji zadań statutowych Szpitala,
 - c) należyte gospodarowanie mieniem własnym lub przekazanym Szpitalowi do użytkowania,
 - d) prowadzenie właściwej polityki płacowo-kadrowej, zatrudnianie i zwalnianie pracowników,
 - e) należyte gospodarowanie środkami finansowymi i rzeczowymi pozostającymi w dyspozycji Szpitala,
 - f) zapewnienie właściwego poziomu świadczonych usług,
 - g) zatwierdzanie planów inwestycyjno-remontowych oraz planów zakupów aparatury i sprzętu medycznego,
 - h) zapewnienie właściwego stanu sanitarnego Szpitala i jego najbliższego otoczenia,
 - i) zapewnienie pracownikom bezpiecznych i higienicznych warunków pracy oraz dbałość o przepisy przeciwpożarowe,
 - j) współpracę z Podmiotem Tworzącym, Ministrem Zdrowia oraz Radą Społeczną Szpitala,
 - k) zapewnienie funkcjonowania w Szpitalu adekwatnej, skutecznej i efektywnej kontroli zarządczej,
 - l) wykonywanie innych zadań wynikających z odrębnych przepisów i współpracy z innymi organami administracyjnymi.
11. Dyrektor Szpitala upoważnia zastępcę do czynności wymienionych powyżej na czas swojej nieobecności.
12. Dyrektor kieruje działalnością Szpitala przy pomocy:
- a) Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa,
 - b) Naczelnej Pielęgniarki,
 - c) Asystenta Dyrektora Szpitala/ Koordynatora,
 - d) Głównego Księgowego,
 - e) Ordynatorów / Lekarzy kierujących oddziałami,
 - f) Kierowników komórek organizacyjnych /koordynatorów.
13. W razie nieobecności Dyrektora do reprezentowania Szpitala na zewnątrz upoważnione są osoby, którym zostanie udzielone pisemne pełnomocnictwo w tym zakresie. Reprezentowanie Szpitala przez te osoby może się odbywać jedynie w granicach udzielonego pełnomocnictwa.
14. Dyrektor ma prawo do powoływania pełnomocników, którzy działają w granicach ich umocowania.
15. Poza godzinami pracy tj. od godz. 15:00 do godz. 7:25 w dni powszednie, oraz przez całą dobę w dni wolne od pracy, kompetencje Dyrektora w zakresie udzielania świadczeń i koordynacji pracy personelu obejmuje Starszy Asystent Oddziału Ginekologiczno – Położniczego z Blokiem Porodowym albo Oddziału Chorób Wewnętrznych i Geriatrii - Kierownik Dyżuru.
16. Informacja o osobach pełniących funkcję Kierownika Dyżuru jest dostępna na portierni Szpitala.
17. Na czele komórek organizacyjnych stoją kierownicy / koordynatorzy, którym Dyrektor powierza prowadzenie określonych spraw, a w szczególności nadzór nad komórkami organizacyjnymi.

CELE I PODSTAWOWE ZADANIA SZPITALA

§ 4

1. Podstawowym celem Szpitala jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:
 - a) stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych szpitalnych (oddziały szpitalne),
 - b) ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych udzielanych przez poradnie specjalistyczne oraz inne medyczne komórki organizacyjne Szpitala.
2. Świadczenia zdrowotne udzielane są w siedzibie Szpitala we Wrocławiu, przy ul. Warszawskiej 2.

§ 5

1. Szczegółowy zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych określają umowy z instytucjami ubezpieczenia zdrowotnego oraz umowy z osobami fizycznymi, osobami prawnymi i innymi jednostkami organizacyjnymi.
2. Do pozostałych zadań Szpitala należy:
 - a) prowadzenie działalności mającej na celu promocję i profilaktykę zdrowotną,
 - b) organizowanie i prowadzenie szkolenia i doszkalania pracowników,
 - c) uczestniczenie w przygotowaniu osób do wykonywania zawodów medycznych oraz kształceniu osób wykonujących zawód medyczny w oparciu o obowiązujące w tym zakresie przepisy prawne,

- d) uczestniczenie w realizacji zadań programów zdrowotnych oraz naukowych i zleczanych przez instytucje naukowe, zakłady pracy, organizacje społeczne, komórki samorządu terytorialnego i inne podmioty,
- e) wykonywanie zadań obrony cywilnej na czas nadzwyczajnych zagrożeń,
- f) rehabilitacja lecznicza,
- g) pielęgnacja pacjentów,
- h) pielęgnacja i opieka nad niepełnosprawnymi,
- i) orzekanie o stanie zdrowia,
- j) prowadzenie spraw związanych z statystyką medyczną,
- k) prowadzenie działalności związanej z bezpieczeństwem i higieną pracy oraz ochroną przeciwpożarową,
- l) wykonywanie innych zadań wynikających z przepisów lub zleczonych przez właściwy terenowo organ administracji publicznej.

§ 6

Szpital świadczy usługi zdrowotne:

- a) bezpłatnie - osobom uprawnionym z tytułu ubezpieczenia społecznego lub na podstawie innych przepisów o bezpłatnej pomocy medycznej.
- b) odpłatnie – na zasadach określonych w przepisach odrębnych lub kontraktach z dysponentem środków ubezpieczenia zdrowotnego, z osobami fizycznymi, osobami prawnymi oraz innymi jednostkami organizacyjnymi.

§ 7

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 lub zdrowia.

§ 8

- 1. W Szpitalu świadczenia zdrowotne udzielane są wyłącznie przez osoby wykonujące zawody medyczne oraz spełniające wymagania kwalifikacyjne określone w odrębnych przepisach.
- 2. Odpowiedzialność i obowiązki osób wykonujących świadczenia zdrowotne określają zakresy obowiązków i czynności pracowników.

§ 9

Ordynatorzy/ Lekarze kierujący oddziałem/ kierownicy/ koordynatorzy komórek organizacyjnych Szpitala zapewniają w szczególności jakość udzielania świadczeń zdrowotnych oraz efektywność pracy zespołów, którymi kierują.

§ 10

Personel Szpitala jest zobowiązany zachować w tajemnicy wszelkie informacje uzyskane w czasie wykonywania obowiązków.

§ 11

W Szpitalu obowiązuje noszenie imiennych identyfikatorów przez cały personel Szpitala niezależnie od formy zatrudnienia.

§ 12

Dyrektor Szpitala w celu zapewnienia właściwego poziomu i jakości świadczeń zdrowotnych wykonywanych w poszczególnych komórkach organizacyjnych określa zgodnie z odrębnymi przepisami:

- 1. Standardy medyczne, a w szczególności: standardy procesu diagnozowania, leczenia, profilaktyki, receptariusza szpitalnego, kontroli procesu leczenia.
- 2. Standardy organizacji i zarządzania Szpitalem, a w szczególności: bezpieczeństwa przeciwpożarowego, zabezpieczenia awaryjnego, specyficznych norm żywienia, zwalczania chorób zakaźnych i ich monitorowania, zasad higieny szpitalnej, obiegu dokumentacji, badania satysfakcji pacjenta, zasad współdziałania między wszystkimi komórkami organizacyjnymi Szpitala.

§ 13

- 1. Szpital prowadzi dokumentację medyczną pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych z zapewnieniem ochrony danych osobowych zawartych w dokumentacji.
- 2. Zasady kompletowania, prowadzenia, udostępniania i przechowywania dokumentacji medycznej indywidualnej i zbiorczej określa Dyrektor w oparciu o odrębne przepisy.

PRZEBIEG PROCESU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

§ 14

1. W przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w jednostkach organizacyjnych Szpitala uwzględnia się:
 - a) prawa i obowiązki pacjenta wynikające z obowiązującego systemu prawnego,
 - b) wymogi określone w obowiązujących przepisach prawa, a w szczególności w ustawie o działalności leczniczej, ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, przepisów prawa regulujących wykonywanie zawodów medycznych,
 - c) zasady wynikające z procedur i standardów postępowania wdrożonych w Szpitalu w oparciu o posiadany system certyfikacji,
 - d) zasady wynikające z powszechnie obowiązujących standardów.
2. Świadczenia zdrowotne są udzielane wyłącznie przez pracowników medycznych, którzy posiadają odpowiednie kwalifikacje do wykonywania świadczeń, potwierdzone dyplomami, certyfikatami i/ lub innymi uprawnieniami.
3. Szpital udziela świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych osobom ubezpieczonym oraz innym osobom uprawnionym do tych świadczeń na podstawie odrębnych przepisów, a także odpłatnie lub za częściową odpłatnością.
4. Aby pacjent mógł skorzystać z bezpłatnych świadczeń zdrowotnych, muszą zostać spełnione następujące warunki:
 - a) pacjent potwierdzi swoją tożsamość poprzez okazanie dowodu osobistego, paszportu, prawa jazdy albo legitymacji szkolnej; legitymacja szkolna może być okazana jedynie przez osobę, która nie ukończyła 18. roku życia;
 - b) Szpital uzyska poprzez Elektroniczną Weryfikację Uprawnień Świadczeniobiorców potwierdzenie prawa do świadczeń opieki zdrowotnej pacjenta na podstawie dokumentu elektronicznego, sporządzonego na podstawie numeru PESEL przez NFZ i przesłanego drogą elektroniczną z zapewnieniem integralności i poufności zawartych w nim danych oraz uwierzytelnieniem stron uprawnionych do przetwarzania tych danych;
 - c) dokument, o którym mowa powyżej, zawiera imię, nazwisko oraz nr PESEL pacjenta, a także informację o prawie do świadczeń zdrowotnych według stanu na dzień sporządzenia tego dokumentu.
5. Proces udzielania świadczeń zdrowotnych rozpoczyna się w Centralnej Izbie Przyjęć, rejestracji Specjalistycznej Przychodni Przychodni, rejestracji Poradni Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej, rejestracji pracowni diagnostycznych.
6. Przed przyjęciem pacjent zobowiązany jest każdorazowo okazać:
 - a) skierowanie od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego - w przypadku, gdy świadczenie ma być udzielone w ramach umowy z NFZ (za wyjątkiem sytuacji przewidzianych w przepisach prawa),
 - b) dowód osobisty, paszport, prawo jazdy albo legitymację szkolną; legitymacja szkolna może być okazana jedynie przez osobę, która nie ukończyła 18. roku życia.
7. W stanach nagłych skierowanie, o którym mowa w ust. 6 pkt a), nie jest wymagane.
8. W przypadku stanu nagłego dowód ubezpieczenia potwierdzający prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, może zostać przedstawiony w innym czasie, nie później jednak niż w terminie 30 dni od dnia rozpoczęcia udzielania świadczenia opieki zdrowotnej, o ile pacjent nadal przebywa w Szpitalu.
9. Jeżeli przedstawienie dowodu ubezpieczenia potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej w terminie określonym w ust. 8 nie jest możliwe, dokument ten może być przedstawiony w terminie 7 dni od dnia zakończenia udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.
10. W razie nieprzedstawienia dowodu ubezpieczenia, potwierdzającego prawo pacjenta do świadczeń opieki zdrowotnej, w terminach określonych w ust. 8 i 9, świadczenie zostaje udzielone na koszt świadczeniobiorcy.
11. Pacjenci przyjmowani do hospitalizacji w oddziałach zaopatrywani są w znaki identyfikacyjne pozwalające na ustalenie imienia i nazwiska oraz daty urodzenia pacjenta, zapisane w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta przez osoby nieuprawnione - zgodnie z wewnętrznymi uregulowaniami.
12. W przypadku uzasadnionym stanem zdrowia pacjenta, ordynator / 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.

13. Na terenie Szpitala prowadzony jest monitoring. Administratorem danych osobowych jest Dyrektor Szpitala.
14. W celu zapewnienia szeroko rozumianego bezpieczeństwa, w szczególności zwiększenia bezpieczeństwa pracowników i pacjentów, dozoru nad mieniem, zwiększenia bezpieczeństwa i ochrony danych osobowych przetwarzanych w Szpitalu, zapobieganiu incydentom oraz wspomaganie kontroli dostępu do Szpitala funkcjonuje monitoring wizyjny. Szczegółowe zasady funkcjonowania monitoringu zostały uregulowane w Regulaminie Monitoringu Wizyjnego.
15. Monitoring wizyjny obejmuje budynki Szpitala Specjalistycznego im. A. Falkiewicza we Wrocławiu oraz teren wokół nich.
16. Rejestracji i zapisowi danych na rejestratorze podlega wyłącznie obraz.
17. Kamery nie rejestrują dźwięku.
18. Wszystkie strefy monitorowane są oznaczone w sposób widoczny i czytelny naklejkami z piktogramami kamery.
19. W Szpitalu obowiązuje zakaz stosowania monitoringu wizyjnego w obszarach objętych szczególną ochroną prywatności. Za obszary objęte szczególną ochroną prywatności uznaje się miejsca, w których stosowanie monitoringu mogłoby naruszać godność człowieka oraz inne dobra osobiste, a także zasady wolności i niezależności związków zawodowych, pomieszczenia socjalne, pomieszczenia sanitarnohigieniczne, szatnie, gabinety lekarskie, gabinety zabiegowe, sale chorych (z wyjątkiem sal przeznaczonych do izolacji i wzmoczonego nadzoru)
20. Nagrania obrazu uzyskane w wyniku monitoringu Szpital przetwarza wyłącznie do celów, do których zostały zebrane.
21. Każdy pracownik zapoznaje się i podpisuje Informacje o stosowaniu monitoringu wizyjnego.

§ 15

1. Świadczenia zdrowotne w Szpitalu udzielane są w:
 - a) Centralnej Izbie Przyjęć,
 - b) Oddziałach szpitalnych,
 - c) Poradniach,
 - d) Działach diagnostycznych,
 - e) Dziale Rehabilitacji Leczniczej.
2. Oddziałem, Poradnią oraz Centralną Izbą Przyjęć – odpowiednią częścią w zależności od specjalizacji kieruje Ordynator lub Lekarz kierujący oddziałem.
3. Poradnią anestezyjologiczną kieruje Kierownik Działu Anestezjologii.
4. Pozostałymi komórkami organizacyjnymi kierują kierownicy / koordynatorzy tych komórek, a w razie ich nieobecności zastępcy lub inne wyznaczone osoby.
5. Pracę pielęgniarek, położnych, ratowników medycznych, sanitariuszy, pracowników gospodarczych, opiekunów medycznych i salowych oddziału organizuje i nadzoruje Pielęgniarka lub Położna oddziałowa/koordynator.

§ 16

W Szpitalu świadczenia zdrowotne udzielane są przez następujące oddziały:

1. Centralną Izbę Przyjęć (z podziałem na: Izbę Ginekologiczno – Położniczą, Izbę Internistyczną oraz Izbę Pediatryczną),
2. Oddział Chorób Wewnętrznych i Geriatrii z pododdziałem przewlekłej wentylacji pacjenta,
3. Oddział Neonatologiczny z pododdziałami w tym: Pododdział Neonatologiczny, Pododdział Patologii Noworodka, Pododdział Intensywnej Terapii Noworodka.
4. Oddział Ginekologiczno – Położniczy z Blokiem Porodowym.
5. Blok Operacyjny,
6. Oddział Pediatryczno – Reumatologiczny.

§ 17

1. Świadczenia zdrowotne udzielane są w poradniach:

- geriatrycznej,
- ginekologiczno-położniczej,
- neonatologicznej,
- reumatologii dziecięcej,

- (gabiniecie) nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej,
 - anestezyjologicznej.
2. Poradnie są komórkami organizacyjnymi Przychodni Szpitala im. A. Falkiewicza we Wrocławiu udzielającymi ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych, leczniczych i profilaktycznych w ramach odpowiednich specjalności.
 3. Świadczenia z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej udzielane są ubezpieczonym na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, za wyjątkiem poradni ginekologiczno – położniczej.
 4. Szczegółowy wykaz czasu pracy w poradniach z wykazem lekarzy przyjmujących wywieszony jest na drzwiach wejściowych do poradni oraz stronie internetowej Szpitala.

§ 18

1. Świadczenia zdrowotne udzielane są w pracowni:
 - a) fizjoterapii,
 - b) fizykoterapii,
 - c) rentgenodiagnostyki,
 - d) EKG,
 - e) USG serca,
 - f) USG jamy brzusznej,
 - g) USG tarczycy,
 - h) USG ginekologiczno – położniczej,
 - i) USG piersi,
 - j) endoskopii,
 - k) USG i badań dopplerowskich,
 - l) elektrofizjologii i badań holterem.
2. Świadczenia wykonywane są na podstawie skierowania lekarza specjalisty posiadającego umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.
3. W działach diagnostycznych świadczenia mogą uzyskać:
 - a) osoby uprawnione, skierowane przez lekarza specjalistę,
 - b) osoby w stanach zagrożenia życia,
 - c) osoby nieubezpieczone – odpłatnie, cennik usług medycznych został wprowadzony zarządzeniem Dyrektora Szpitala.
4. Wykazy wykonywanych badań wraz z obowiązującym cennikiem dostępne są w pomieszczeniach działów w widocznym miejscu.
5. W Szpitalu funkcjonują działy pomocnicze:
 - a) Dział Anestezyjologii,
 - b) Dział Rehabilitacji Leczniczej,
 - c) Apteka Szpitalna,
 - d) Centralna Sterylizatornia,
 - e) Dział Higieny i Epidemiologii,
 - f) Szkoła Rodzenia,
 - g) Dział Radiologii,
 - h) Działy Administracyjne.

§ 19

1. Świadczenia opieki zdrowotnej w Szpitalu i świadczenia specjalistyczne w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej są udzielane wg kolejności zgłoszenia. Właściwe komórki organizacyjne Szpitala:
 - a) ustalają kolejność udzielania świadczeń na podstawie zgłoszeń pacjentów, w dniach i godzinach ich udzielania przez poszczególne komórki organizacyjne Szpitala i Przychodni (oddziały szpitalne, poradnie specjalistyczne). W przypadku, gdy Szpital nie ma możliwości bieżącej realizacji świadczeń, prowadzi rejestrację pacjentów oczekujących na udzielenie określonego świadczenia, zwaną listą oczekujących na udzielenie świadczenia,
 - b) pacjent otrzymuje informację o terminie udzielenia świadczenia z uzasadnieniem przyczyny wyboru tego terminu,
 - c) wpisują również datę i przyczynę skreślenia pacjenta z listy oczekujących,

- d) każda zmiana terminu planowego świadczenia medycznego może nastąpić po uzgodnieniu pomiędzy dwoma stronami osobiście lub telefonicznie i odnotowaniu we właściwej dokumentacji medycznej,
 - e) listę oczekujących prowadzi się w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń oraz zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
2. Listy oczekujących stanowią integralną część obowiązkowej dokumentacji medycznej prowadzonej przez Szpital.

§ 20

1. W razie pogorszenia się stanu zdrowia pacjenta, lub w razie jego śmierci lekarz prowadzący lub lekarz dyżurny ma obowiązek powiadomić osobę upoważnioną do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia wskazaną w historii choroby pacjenta.
2. W razie śmierci pacjenta Szpital obowiązany jest:
 - a) należyście przygotować zwłoki poprzez ich umycie i okrycie z zachowaniem należytej godności osobie zmarłej, w celu ich wydania osobie lub instytucji uprawnionej do ich pochowania,
 - b) przechowywać zwłoki nie dłużej niż przez 72 godziny, licząc od godziny, w której nastąpiła śmierć pacjenta.
3. Czynności, o których mowa w ust. 3 pkt.1, nie stanowią przygotowania zwłok zmarłego do pochowania.
4. Nie pobiera się opłat za czynności, których mowa w ust. 3.
5. Zwłoki pacjenta mogą być przechowywane w chłodni dłużej niż 72 godziny jeżeli:
 - a) nie mogą zostać wcześniej odebrane przez osoby lub instytucje uprawnione do pochowania zwłok pacjenta,
 - b) w związku ze zgonem zostało wszczęte dochodzenie albo śledztwo, a prokurator nie zezwolił na pochowanie zwłok,
 - c) przemawiają za tym inne niż wymienione w pkt. a) i b) ważne przyczyny, za zgodą albo na wniosek osoby lub instytucji uprawnionej do pochowania zwłok pacjenta.
6. Dopuszcza się pobieranie opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż określony w ust. 3 pkt. b) od osób lub instytucji uprawnionych do pochowania zwłok na podstawie obowiązującego prawa oraz od podmiotów, na zlecenie których przechowuje się zwłoki w związku z toczącym się postępowaniem karnym. Opłaty nie pobiera się, jeżeli przepisy odrębne tak stanowią.
7. W przypadku, odmowy pochowania zwłok przez osoby lub instytucje uprawnione do pochowania zwłok, dopuszcza się pobieranie od gminy opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta za okres przypadający po upływie 3 dni od dnia powiadomienia gminy o konieczności pochowania zwłok pacjenta w związku z niedochowaniem ich przez inne uprawnione osoby lub instytucje.
8. Obowiązki Szpitala w zakresie odbioru i transportu zwłok, ich przechowywania, przygotowania w celu wydania osobie lub instytucji uprawnionym do ich pochowania, realizuje podmiot zewnętrzny wyłoniony w trybie przetargu.
9. Podmiot zewnętrzny ustala wysokość opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny od osób lub instytucji uprawnionych do pochowania zwłok oraz od podmiotów, na zlecenie których przechowuje się zwłoki w związku z toczącym się postępowaniem karnym.
10. Wysokość opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny od osób lub instytucji uprawnionych do pochowania zwłok oraz od podmiotów, na zlecenie których przechowuje się zwłoki w związku z toczącym się postępowaniem karnym określa **załącznik nr 7 do Regulaminu Organizacyjnego**.
11. Informacja o wysokości opłaty należnej podmiotowi zewnętrznemu zamieszczona jest w widocznym miejscu w pomieszczeniach chłodni w budynku prosektorium.

§ 21

Szpital jest obowiązany prowadzić dokumentację medyczną osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych zakładu zapewniając ochronę danych w niej zawartych.

STRUKTURA ORGANIZACYJNA

§ 22

1. W Szpitalu funkcjonują dwa zakłady lecznicze (zgodnie z wpisem do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez Wojewodę), rozumiane jako zespół składników majątkowych, za pomocą których Szpital wykonuje określony rodzaj działalności leczniczej.
2. Dyrektor postanawia o sporządzaniu jednego bilansu dla wszystkich zakładów leczniczych podmiotu leczniczego, jakim jest Szpital.
3. Strukturę organizacyjną Szpitala tworzą:
 - b) komórki organizacyjne, prowadzące działalność medyczną;
 - c) komórki organizacyjne prowadzące obsługę administracyjną i techniczną;
 - d) samodzielne stanowiska pracy.
4. Schemat organizacyjny Szpitala stanowi **Załącznik nr 1 do niniejszego Regulaminu**.

WARUNKI WSPÓŁDZIAŁANIA Z INNYMI PODMIOTAMI WYKONUJĄCYMI DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ

§ 23

1. Szpital realizując swoje zadania współpracuje z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia pacjentów i ciągłości postępowania.
2. Współpraca z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą odbywa się w ramach podpisanych umów i porozumień, w przedmiocie świadczeń zdrowotnych.
3. Szpital przyjmuje pacjentów skierowanych z innych jednostek opieki zdrowotnej w zależności od posiadania wolnych miejsc, z wyjątkiem stanów bezpośredniego zagrożenia życia. Przyjęcie następuje po ustaleniu przez kierującego terminu z ordynatorem oddziału / lekarzem kierującym oddziałem lub lekarzem pełniącym dyżur medyczny.
4. W przypadku konieczności kontynuowania diagnostyki lub leczenia w innej jednostce opieki zdrowotnej pacjent jest kierowany na zasadach określonych przepisami prawa.
5. Korzystanie z bazy diagnostycznej innej placówki opieki zdrowotnej możliwe jest na zasadach zawartych w umowach z tymi zakładami.
6. Materiał biologiczny, wysyłany do innych zakładów diagnostycznych jest odpowiednio zabezpieczony, natomiast wyniki badań archiwizowane według przyjętych w Szpitalu zasad.
7. Transport sanitarny niezbędny do realizacji świadczeń zdrowotnych w zakresie współdziałania z innymi podmiotami leczniczymi dostępny jest całodobowo na podstawie umowy zawartej z podmiotem zewnętrznym.
8. Szpital prowadzi szkolenia w zakresie specjalizacji i staży podyplomowych dla pracowników innych podmiotów leczniczych na zasadach określonych przez Ministra Zdrowia.
9. W realizacji świadczeń zdrowotnych na rzecz leczonych pacjentów Szpital współpracuje z:
 - a) Stacją Pogotowia Ratunkowego,
 - b) Zakładami opiekuńczo – leczniczymi,
 - c) Ośrodkami pomocy społecznej,
 - d) Domami Pomocy Społecznej,
 - e) Ośrodkami Adopcyjnymi,
 - f) Hospicjami Stacjonarnymi,
 - g) Powiatowymi Centrami Pomocy Rodzinie,
 - h) Przychodniami Podstawowej Opieki Zdrowotnej,
 - i) Ośrodkami Rehabilitacyjnymi,
 - j) Innymi podmiotami leczniczymi

ZASADY POBYTU W ODDZIALE

§ 24

1. W zakresie stacjonarnej opieki zdrowotnej Szpital zapewnia przyjętemu pacjentowi, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie odrębnymi przepisami:
 - a) świadczenia zdrowotne,
 - b) środki farmaceutyczne i materiały medyczne,
 - c) pomieszczenia i wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia pacjenta.
2. W oddziałach szpitalnych pacjenci objęci są specjalistycznymi, całodobowymi świadczeniami zdrowotnymi.
3. Przyjęcie na oddział może nastąpić w każdym dniu i o każdej porze – w przypadkach uzasadnionych medycznie:
 - a) na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego,
 - b) bez skierowania w przypadkach nagłych.
4. Przyjęcia w trybie planowym, tj. pacjenci mający wyznaczony termin przyjęcia, posiadający skierowanie od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, odbywają się poprzez Centralną Izbę Przyjęć.
6. Okres ważności skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego jest ważny do czasu jego realizacji.
7. Jeśli z rozpoznania wstępnego wynikają bezwzględne wskazania do natychmiastowego leczenia szpitalnego (obserwacji), lekarz dyżurny wydaje konieczne zalecenia lecznicze (diagnostyczne i ogólne) i kieruje chorego na oddział.
8. Jeśli Szpital nie dysponuje wolnymi łózkami, a przywieziony przez pogotowie ratunkowe pacjent wymaga umieszczenia w szpitalu, lekarz dyżurny po zbadaniu chorego i ustaleniu możliwości przetransportowania chorego do innego szpitala, udziela w miarę potrzeby doraźnej pomocy i kieruje do innego szpitala, po uprzednim telefonicznym upewnieniu się, co do możliwości umieszczenia tam chorego.
9. Jeżeli w chwili zgłoszenia się chorego, Szpital nie dysponuje wolnymi łózkami bądź ze względów medycznych, świadczenie nie jest możliwe do wykonania, lekarz dyżurny sam lub w porozumieniu z ordynatorem oddziału / lekarzem kierującym oddziałem, ustala termin przyjęcia do Szpitala i wpisuje pacjenta do rejestru pacjentów oczekujących na wykonanie świadczenia zdrowotnego.
10. Rejestr pacjentów oczekujących ma obowiązek prowadzić każda komórka organizacyjna udzielająca świadczeń zdrowotnych.
11. Pacjent zgłaszający się do leczenia szpitalnego powinien przedstawić wystawione przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego skierowanie na leczenie szpitalne z ustalonym lub przypuszczalnym rozpoznaniem, a także wyniki wykonanych uprzednio badań pomocniczych.
12. Pacjent powinien posiadać dokument tożsamości. Szpital uzyska poprzez Elektroniczną Weryfikację Uprawnień Świadczeniobiorców potwierdzenie prawa do świadczeń. Po zakwalifikowaniu do hospitalizacji, chory może oddać na przechowanie za pokwitowaniem ubranie, bieliznę i obuwie oraz złożyć do depozytu w kasie Szpitala posiadane przedmioty wartościowe oraz pieniądze. Za rzeczy osobiste, przedmioty wartościowe i pieniądze zatrzymane przy sobie przez pacjenta, Szpital nie ponosi odpowiedzialności.
13. Po zakwalifikowaniu do hospitalizacji pacjenta, w dokumentacji indywidualnej wewnętrznej zamieszcza się oświadczenie pacjenta do uzyskiwania informacji o jego stanie zdrowia i udzielanych świadczeniach zdrowotnych ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej oraz danych umożliwiających kontakt z tą osobą lub informację o braku upoważnienia.

PRAWA PACJENTA

§ 25

- I. Prawa pacjenta wynikające z bezpośredniego stosowania przepisów Konstytucji:
 1. Każdy ma prawo do ochrony zdrowia.
 2. Każdy obywatel ma prawo do równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, na warunkach i w zakresie określonych w ustawie.
- II. Prawa pacjenta w Szpitalu:
 1. Pacjent zgłaszający się do Szpitala ma prawo do natychmiastowego udzielenia mu świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia, niezależnie od okoliczności.
 2. Pacjent w Szpitalu ma prawo do:
 - a) świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom wiedzy medycznej, a w sytuacji ograniczonych możliwości udzielenia odpowiednich świadczeń – do korzystania z rzetelnej, opartej na kryteriach medycznych procedury ustalonej kolejności dostępu do świadczeń,

- b) udzielenia mu świadczeń zdrowotnych przez osoby uprawnione do ich udzielania, w pomieszczeniach i przy zastosowaniu urządzeń odpowiadających określonym wymaganiom fachowym i sanitarnym,
 - c) informacji o swoim stanie zdrowia,
 - d) wyrażenia zgody albo odmowy na udzielenie mu określonych świadczeń zdrowotnych, po uzyskaniu odpowiedniej informacji,
 - e) zapewnienia ochrony danych zawartych w dokumentacji medycznej dotyczącej jego osoby,
 - f) udostępniania mu dokumentacji medycznej lub wskazania innej osoby, której dokumentacja ta może być udostępniona,
 - g) dostępu do informacji o prawach pacjenta.
3. Ponadto pacjent ma prawo do zapewnienia mu:
- a) środków farmaceutycznych i materiałów medycznych,
 - b) pomieszczenia i wyżywienia odpowiedniego do stanu zdrowia,
 - c) opieki duszpasterskiej,
 - d) dodatkowej opieki pielęgnacyjnej sprawowanej przez osobę bliską lub inną osobę wskazaną przez siebie,
 - e) kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z osobami z zewnątrz,
 - f) wskazania osoby lub instytucji, którą podmiot leczniczy obowiązany jest powiadomić o pogorszeniu się stanu zdrowia pacjenta powodującego zagrożenie życia albo w razie jego śmierci,
 - g) wyrażenia zgody albo odmowy na umieszczenie go w tym podmiocie leczniczym,
 - h) wypisania z zakładu opieki zdrowotnej na własne żądanie i uzyskania od lekarza informacji o możliwych następstwach zaprzestania leczenia w tym zakładzie,
 - i) udzielenia mu niezbędnej pomocy i przewiezienia go do innego szpitala, w sytuacji, gdy pomimo decyzji uprawnionego lekarza o potrzebie niezwłocznego przyjęcia do szpitala, nie może być do tego szpitala przyjęty.
- III. Prawa pacjenta określone w ustawie o zawodzie lekarza
1. Pacjent ma prawo do:
- a) udzielenia mu świadczeń zdrowotnych przez lekarza, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi lekarzowi metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością
 - b) uzyskania od lekarza pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki
 - c) uzyskania od lekarza przystępnej informacji o swoim stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu
 - d) zażądania od lekarza informacji o swoim stanie zdrowia i rokowaniu wówczas, gdy sądzi, że lekarz ogranicza mu informację z uwagi na jego dobro,
 - e) decydowania o osobach, którym lekarz może udzielać informacji,
 - f) niewyrażenia zgody na przeprowadzenie przez lekarza badania lub udzielenia mu innego świadczenia zdrowotnego,
 - g) wyrażenia zgody albo odmowy na wykonanie mu zabiegu operacyjnego albo zastosowania wobec niego metody leczenia lub diagnostyki stwarzającej podwyższone ryzyko, w celu podjęcia przez pacjenta decyzji lekarz musi udzielić mu informacji
 - h) uzyskania od lekarza informacji, jeżeli w trakcie wykonywania zabiegu bądź stosowania określonej metody lub diagnostyki, w związku z wystąpieniem okoliczności stanowiących zagrożenie dla życia lub zdrowia pacjenta, lekarz dokonał zmian w ich zakresie,
 - i) poszanowania przez lekarza jego intymności i godności osobistej,
 - j) wyrażenia zgody albo odmowy na uczestniczenie przy udzielaniu mu świadczeń zdrowotnych osób innych niż personel medyczny ze względu na rodzaj świadczeń,
 - k) wnioskowania do lekarza o zasięgnięcie przez niego opinii właściwego lekarza specjalisty lub zorganizowania konsylium lekarskiego,

- l) dostatecznie wcześniejszego uprzedzenia go przez lekarza o zamiarze odstąpienia od jego leczenia i wskazania mu realnej możliwości uzyskania określonego świadczenia zdrowotnego u innego lekarza lub w zakładzie opieki zdrowotnej,
 - m) zachowanie tajemnicy informacji związanych z nim a uzyskanych przez lekarza w związku z wykonywaniem zawodu,
 - n) uzyskania od lekarza informacji o niekorzystnych dla niego skutkach, w przypadku wyrażenia zgody na ujawnienie dotyczących go informacji, będących w posiadaniu lekarza,
 - o) wyrażenia zgody lub odmowy na podawanie przez lekarza do publicznej wiadomości danych umożliwiających identyfikację pacjenta,
2. Ponadto pacjent, który ma być poddany eksperymentowi medycznemu ma prawo do:
 - a) wyrażenia zgody lub odmowy na udział w eksperymencie medycznym po uprzednim poinformowaniu go przez lekarza o celach, sposobach i warunkach przeprowadzenia eksperymentu, spodziewanych korzyści leczniczych lub poznawczych, ryzyku oraz o możliwościach cofnięcia zgody i odstąpienia od udziału w eksperymencie w każdym jego stadium;
 - b) poinformowania go przez lekarza o niebezpieczeństwie dla zdrowia i życia jakie może spowodować natychmiastowe przerwanie eksperymentu;
 - c) cofnięcia zgody na eksperyment medyczny w każdym stadium eksperymentu.
 3. Prawa pacjenta określone w ustawie o zawodzie pielęgniarki i położnej. Pacjent ma prawo do:
 - a) udzielenia mu świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę, położną posiadającą, prawo wykonywania zawodu, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, dostępnymi jej metodami i środkami, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz ze szczególną starannością,
 - b) udzielanie mu pomocy przez pielęgniarkę, położną, zgodnie z posiadanymi przez nią kwalifikacjami w każdym przypadku niebezpieczeństwa utraty przez niego życia lub poważnego uszczerbku na jego zdrowiu,
 - c) uzyskania od pielęgniarki i położnej informacji o jego prawach
 - d) uzyskania od pielęgniarki, położnej informacji o swoim stanie zdrowia, w zakresie związanym ze sprawowaną przez pielęgniarkę, położną, opieką pielęgnacyjną
 - e) zachowania w tajemnicy informacji związanych z nim a uzyskanych przez pielęgniarkę, położną w związku z wykonywaniem zawodu
 - f) wyrażania zgody lub odmowy na podawanie przez pielęgniarkę, położną do publicznej wiadomości danych umożliwiających identyfikację pacjenta
 4. Prawa pacjenta określone w ustawie o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów.
 5. Pacjent ma prawo do:
 - a) wyrażenia i cofnięcia w każdym czasie sprzeciwu na pobranie po jego śmierci komórek i narządów,
 - b) dobrowolnego wyrażenia przed lekarzem zgody na pobranie od niego za życia komórek, tkanek lub narządów w celu ich przeszczepienia określonemu biorcy, jeżeli ma pełną zdolność do czynności prawnych,
 - c) ochrony danych osobowych dotyczących dawcy / biorcy przeszczepu i objęcia ich tajemnicą.
 6. Pacjent mający być biorcą ma prawo do umieszczenia go na liście osób oczekujących na przeszczepienie komórek, tkanek i narządów i być wybrany jako biorca w oparciu o kryteria medyczne.

PRAWA PACJENTA - DZIECKA

§ 26

1. Każdy pacjent - dziecko ma prawo do uzyskania świadczeń zdrowotnych stosownie do potrzeb oraz stanu zdrowia, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną i możliwościami finansowymi Szpitala.
2. Rodzice lub prawni opiekunowie dziecka mają prawo do uzyskania rzetelnej, pełnej i zrozumiałej informacji o stanie zdrowia dziecka, planowym postępowaniu diagnostycznym i terapeutycznym, łącznie z możliwością wglądu do dokumentacji medycznej.
3. Pacjent – dziecko ma również prawo do uzyskania informacji o swoim stanie zdrowia, stosownie do możliwości zrozumienia, dojrzałości i dyspozycji psychicznej.
4. Przyjęcie do Szpitala, prowadzenie badań diagnostycznych i leczenie musi być poprzedzone pisemną zgodą rodziców lub prawnych opiekunów dziecka – zgoda ta może być cofnięta w każdym czasie bez jakichkolwiek konsekwencji.

5. Rodzice lub prawni opiekunowie dziecka mogą nie wyrazić zgody na leczenie szpitalne i proponowane postępowanie diagnostyczno- terapeutyczne. O skutkach odmowy powinni być wnikliwie poinformowani. Brak zgody i świadomość jej skutków potwierdzają własnoręcznym podpisem.
6. Pacjent – dziecko może być wypisane ze Szpitala na pisemne żądanie rodziców lub prawnych opiekunów. O wynikających z takiego postępowania skutkach powinni być wnikliwie informowani. Fakt wypisania dziecka na własne żądanie jest odnotowywany w historii choroby i potwierdzany własnoręcznym podpisem rodziców lub prawnych opiekunów.
7. Jeżeli stan zdrowia pacjenta – dziecka wymaga leczenia w Szpitalu, to możliwa jest odmowa wypisania do czasu wydania w tej sprawie orzeczenia przez sąd opiekuńczy, który należy zawiadomić o odmowie wypisania ze Szpitala i przyczynach odmowy.
8. Podczas udzielania świadczeń lekarskich pacjent – dziecko ma prawo do traktowania z szacunkiem, taktem, życzliwością i zrozumieniem dla reakcji i zachowań wynikających z wieku dziecka.
9. Pacjent – dziecko ma prawo do osobistego kontaktu z osobami bliskimi, a także do opieki pielęgnacyjnej osób bliskich, zgodnie z zasadami określonymi w niniejszym regulaminie.
10. Pacjent – dziecko ma prawo do rozwijania własnych zainteresowań, posiadania własnych zabawek i książek, po uzgodnieniu z personelem oddziału.
11. Pacjent – dziecko może korzystać z własnej odzieży daytimej i nocnej, własnych przyborów toaletowych, przyborów do jedzenia, a także własnego sprzętu rehabilitacyjnego, po uzgodnieniu z personelem oddziału.
12. Rodzice lub prawni opiekunowie dziecka mają prawo zgłaszać skargi.

OBOWIĄZKI PACJENTA

§ 27

1. Na terenie Szpitala pacjent zobowiązany jest:
 - a) stosować się do wszystkich zaleceń i wskazówek lekarzy i pielęgniarzek,
 - b) przebywać w porze obchodów lekarskich, zabiegów i posiłków w przewidzianej sali,
 - c) zachowywać się w Szpitalu kulturalnie, a w szczególności nie zakłócać spokoju innym pacjentom przez niestosowne rozmowy, śpiew, trzaskanie drzwiami, korzystanie z odbiorników radiowych i telewizyjnych itp.
2. Pacjent nie powinien:
 - a) wnosić ani spożywać napojów alkoholowych i środków odurzających,
 - b) zanieczyszczać ani zaśmiecać pomieszczeń szpitalnych,
 - c) na terenie budynków i pomieszczeń szpitalnych palić tytoniu,
 - d) zmieniać łóżka bez zgody pielęgniarki,
 - e) przyjmować leków ani poddawać się jakimkolwiek zabiegom bez zalecenia lekarza leczącego lub lekarza dyżurnego,
 - f) wychodzić poza obręb Szpitala, chyba, że jest to konieczne ze względów leczniczych (każdorazowe wyjście poza obręb Szpitala musi być uzgodnione z lekarzem prowadzącym lub ordynatorem oddziału / lekarzem kierującym oddziałem).
3. Pacjent obowiązany jest do przestrzegania higieny osobistej oraz utrzymania właściwego stanu sanitarnego swojego otoczenia:
 - a) pacjenci chodzący myją się w łazienkach, a obłożnie chorzy w salach przy pomocy personelu szpitalnego albo bliskiej osoby,
 - b) pacjenci powinni mieć własne mydło, ręcznik, kapcie, koszulę nocną, piżamę, grzebień, szczoteczkę i pastę do zębów oraz inne przybory osobistego użytku.
4. Pacjent obowiązany jest szanować mienie, będące własnością Szpitala:
 - a) pacjent jest odpowiedzialny za rzeczy szpitalne, oddane mu do użytku na czas pobytu w Szpitalu,
 - b) za szkody powstałe z winy pacjenta odpowiedzialność ponosi pacjent, który spowodował szkodę.
5. Cisza nocna obowiązuje od godziny 22:00 do 6:00.

§ 28

Wypisanie pacjenta ze Szpitala, jeżeli przepisy szczegółowe nie stanowią inaczej, następuje:

- a) po zakończeniu postępowania diagnostyczno-terapeutycznego,
- b) na życzenie pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego – potwierdzone własnoręcznym podpisem,

- c) gdy pacjent w sposób rażąco narusza Regulamin Organizacyjny, a nie zachodzi obawa, że odmowa lub zaprzestanie udzielania świadczeń może spowodować bezpośrednie niebezpieczeństwo dla jego życia lub zdrowia.

§ 29

1. Jeżeli wypisania pacjenta ze Szpitala żąda przedstawiciel ustawowy, a stan zdrowia pacjenta, a zwłaszcza pacjenta dziecka wymaga leczenia w Szpitalu, ordynator oddziału / lekarz kierujący oddziałem lub lekarz przez niego upoważniony może odmówić wypisania do czasu wydania w tej sprawie, orzeczenia przez właściwy, ze względu na siedzibę Szpitala, sąd, który został zawiadomiony o odmowie wypisania i przyczynach odmowy.
2. Pacjent wypisany ze Szpitala na własne żądanie powinien zostać poinformowany przez lekarza o możliwych następstwach zaprzestania leczenia w Szpitalu, jak również obowiązany jest złożyć pisemne oświadczenie o wypisie ze Szpitala na własne żądanie.
3. W przypadku odmowy złożenia takiego oświadczenia sporządzana jest w dokumentacji pacjenta odpowiednia adnotacja z podpisami, co najmniej dwóch osób z personelu oddziału.
4. Pacjent, który nie wymaga dalszego leczenia szpitalnego, ponosi koszty pobytu w Szpitalu począwszy od terminu określonego przez ordynatora oddziału / lekarza kierującego oddziałem w uzgodnieniu z Dyrektorem Szpitala, niezależnie od uprawnień do bezpłatnych świadczeń określonych w przepisach.

§ 30

Jeśli przedstawiciel ustawowy lub opiekun faktyczny nie odbiera małoletniego lub osoby niezdolnej do samodzielnej egzystencji ze Szpitala w wyznaczonym terminie, Szpital zawiadamia o tym niezwłocznie organ gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania lub pobytu tej osoby oraz organizuje na koszt gminy przewiezienie do miejsca zamieszkania oraz obciąża kosztami pobytu.

REGULAMIN ODWIEDZIN

§ 31

1. Odwiedziny u pacjentów odbywają się codziennie w godzinach ustalonych przez Szpital.
2. Informacje o godzinach odwiedzin umieszczone są na tablicach ogłoszeń w oddziałach oraz na stronie internetowej Szpitala.
3. Ordynator oddziału / lekarz kierujący oddziałem może wyrazić zgodę na odwiedziny również poza wyznaczonymi godzinami.
4. Ze względów epidemiologicznych lub ze względu na warunki przebywania innych pacjentów, ordynator / lekarz kierujący oddziałem lub Dyrektor Szpitala może wprowadzić okresowo zakaz odwiedzin pacjentów w oddziale lub w całym Szpitalu.
5. Jednego pacjenta mogą odwiedzać najwyżej dwie osoby, a w oddziałach dziecięcych liczba odwiedzających może być ograniczona do jednej osoby.

§ 32

Nie zezwala się na odwiedziny pacjentów, osobom dotkniętym chorobą zakaźną lub znajdującym się w stanie wskazującym na spożycie alkoholu lub innego podobnie działającego środka.

§ 33

Osoba odwiedzająca pacjenta jest obowiązana:

1. Zapoznać się z niniejszym regulaminem,
2. Zachować się w czasie pobytu w Szpitalu kulturalnie, w sposób niezakłócający spokoju oraz intymności pacjentów,
3. Podporządkować się wszystkim poleceniom i wskazówkom personelu szpitalnego.

§ 34

Osoba odwiedzająca nie powinna:

1. dostarczać pacjentowi alkoholu, tytoniu oraz artykułów spożywczych, które zostały zabronione przez lekarza,
2. spożywać gorących napoi oraz posiłków w salach chorych,
3. palić tytoniu oraz spożywać alkoholu na terenie Szpitala,
4. siadać na łóżkach pacjentów,

5. prowadzić głośnych rozmów,
6. wprowadzać zwierząt na teren Szpitala, a zwłaszcza do budynków.

§ 35

1. Osoba odwiedzająca, upoważniona przez pacjenta, ma prawo uzyskać informacje dotyczące stanu zdrowia tego pacjenta.
2. Informacji o stanie zdrowia pacjenta udziela ordynator oddziału / lekarz kierujący oddziałem, lekarz prowadzący lub lekarz dyżurny.
3. Terminy udzielania informacji o stanie zdrowia pacjentów, ustala ordynator oddziału /lekarz kierujący oddziałem i podaje do wiadomości pacjentom w postaci pisemnej informacji w oddziale, w miejscu dostępnym dla ogółu pacjentów i ich rodzin (godziny udzielenia informacji powinny pokrywać się z godzinami odwiedzin).
4. O stanie zdrowia ciężko chorych oraz w przypadkach uzasadnionych udzielane są informacje także w innym czasie.
5. Nie udziela się telefonicznie informacji o stanie zdrowia pacjenta, za wyjątkiem przypadków uzgodnionych z ordynatorem oddziału / lekarzem kierującym oddziałem.

§ 36

Osoby odwiedzające pacjentów, które nie stosują się do postanowień niniejszego regulaminu albo do wskazówek personelu Szpitala, mogą być proszone o opuszczenie Szpitala.

ZAKRES OPIEKI, JAKĄ MOŻE ŚWIADCZYĆ RODZINA LUB OSOBY BLISKIE W PROCESIE OPIEKI NAD PACJENTEM

§ 37

1. Rodzina lub osoby bliskie pacjenta małoletniego lub niepełnosprawnego mogą brać udział w opiece zwiększającej poczucie bezpieczeństwa chorego, ułatwiają adaptacje w środowisku szpitalnym. Udział osób bliskich pozwala na lepsze zaspokojenie potrzeb pacjenta w nowych warunkach.
2. Sprawowanie opieki przez rodzinę lub bliskich nad pacjentem małoletnim lub niepełnosprawnym powinno być możliwie jak najszersze, lecz nie obciążające innych pacjentów.
3. Opieka nad pacjentem małoletnim lub niepełnosprawnym powinna odbywać się w atmosferze poszanowania intymności i godności, zarówno chorego, jak i innych pacjentów
4. Z uwagi na warunki lokalowe prosi się rodzinę lub bliskich pacjentów małoletnich lub niepełnosprawnych o zachowanie ciszy nocnej obowiązującej od godz. 22:00 do godz. 6:00.
5. Pacjent małoletni, który ukończył 16 lat, może sam decydować, kto z jego rodziny lub osób bliskich może mu towarzyszyć.
6. Kontrolowaniem dostępu do pacjentów w oddziałach dziecięcych zajmuje się personel medyczny tych oddziałów, dbający o bezpieczeństwo swoich podopiecznych.
7. Każda czynność, którą rodzina lub osoby bliskie chcą wykonać przy pacjencie małoletnim lub niepełnosprawnym, a mogłyby przynieść mu szkodę, musi być skonsultowana z personelem medycznym oddziału.
8. Rodzina lub osoby bliskie pacjentowi małoletniemu lub niepełnosprawnemu:
 - a) pomagają ocenić stan pacjenta udzielając lekarzowi informacji podczas wywiadu (osoba małoletnia, osoby z problemami w porozumiewaniu się);
 - b) pomagają wytłumaczyć pacjentowi celowość wykonywanych zabiegów, pomagają porozumieć się z pacjentem (pacjent małoletni, pacjent negatywnie nastawiony, osoba z problemami w porozumiewaniu się);
 - c) mobilizują do aktywnego współdziałania w procesie terapii, wypracowania u chorego motywacji do działania, aktywizowania zasobów psychicznych (pacjenci negatywnie nastawieni, z obniżonym nastrojem psychicznym);
 - d) mogą brać udział w procesie rehabilitacji współpracując z pacjentem tak, aby kontynuować rehabilitację w domu (otrzymując wskazówki dotyczące zalecanego trybu życia i dalszej opieki w domu);
 - e) powinni wspierać bliską osobę psychicznie poprzez dobre słowo, rozmowę, obecność przy chorym;
 - f) mogą obserwować chorego (ewentualnie zgłaszać personelowi medycznemu oddziału uwagi);

- g) mogą pomagać przy spożywaniu posiłków, pojeniu chorego (jeżeli oddział posiada do dyspozycji urządzenia kuchenne mogą przyrządzać choremu jego ulubione pokarmy);
- h) mogą pomagać przy czynnościach higienicznych takich jak:
 - kąpiel,
 - mycie głowy,
 - zmiana pieluchy higienicznej,
 - toaleta jamy ustnej,
 - masaż ciała, oklepywanie (po instruktażu pielęgniarki);
- i) mogą świadczyć pomoc przy:
 - zmianie bielizny osobistej i pościelowej,
 - ułożeniu chorego (w pozycji wskazanej przez lekarza lub wysokiej, na boku, leżącej itp.),
 - wstawaniu, sadzaniu, przemieszczaniu się,
 - asystowaniu przy chodzeniu,
 - umożliwieniu kontaktu z innymi bliskimi osobami,
 - budowaniu pozytywnego klimatu,
 - zapewnieniu poczucia bezpieczeństwa (akceptacji, szacunku),
 - organizowaniu czasu wolnego (spacery, wspólne gry, czytanie książek, rysowanie itp. oraz wszystkie inne formy aktywności) - po konsultacji z personelem medycznym oddziału, zgodnie z zaleceniami lekarskimi.

UDOSTĘPNIANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ I WYSOKOŚĆ OPŁAT Z TYM ZWIĄZANYCH

§ 38

1. Szpital udostępnia dokumentację medyczną zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
2. Za udostępnienie dokumentacji medycznej poprzez sporządzenie jej wyciągów, odpisów, kopii (w tym w formie odwzorowania cyfrowego (skanu), wydruku lub na informatycznym nośniku danych) Szpital pobiera opłatę, z wyłączeniem:
 - a) opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej dotyczącej diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego pacjentowi posiadającemu kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego (DiLO),
 - b) opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej pacjentowi albo jego przedstawicielowi ustawowemu po raz pierwszy,
 - c) opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej w związku z postępowaniem prowadzonym przez Rzecznika Praw Pacjenta w sprawie przyznania świadczenia kompensacyjnego,
 - d) udostępniania dokumentacji medycznej w związku z postępowaniem przed Wojewódzką Komisją do Spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych,
 - e) udostępniania dokumentacji medycznej Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oraz Agencji Badań Medycznych,
 - f) przepis ust. 2 nie narusza uprawnień organów rentowych, od których nie pobiera się opłaty za udostępnianie dokumentacji medycznej.
3. Maksymalna wysokość opłaty za:
 - a) jedną stronę wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej - nie może przekraczać 0,002 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale, począwszy od pierwszego dnia następnego miesiąca po ogłoszeniu 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 miesiąca po miesiącu, w którym nastąpiło ogłoszenie,
 - b) jedną stronę kopii lub wydruku dokumentacji medycznej - nie może przekraczać 0,00007 przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa w pkt 1),
 - c) udostępnienie dokumentacji medycznej na informatycznym nośniku danych - nie może przekraczać 0,0004 przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa w pkt 1).
4. Wysokość opłat za udostępnianie dokumentacji medycznej określana jest przez Dyrektora Szpitala w drodze zarządzenia **(załącznik nr 2 do Regulaminu Organizacyjnego)**.

§ 39

Dokumentacja medyczna przechowywana jest zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa.

**ORGANIZACJA PROCESU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W PRZYPADKU POBIERANIA OPŁAT
ORAZ WYSOKOŚĆ OPŁAT ZA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH INNYCH NIŻ FINANSOWANE ZE
ŚRODKÓW PUBLICZNYCH**

§ 40

1. Pacjentom nieobjętym ubezpieczeniem zdrowotnym mogą być udzielane świadczenia zdrowotne za odpłatnością.
2. Świadczenia odpłatne są udzielane w oparciu o cennik obowiązujący w momencie udzielenia świadczenia.
3. Pacjent korzystający ze świadczeń odpłatnych przed udzieleniem danego świadczenia jest każdorazowo informowany o wysokości odpłatności.
4. Informacje o wysokości odpłatności za dane świadczenie zdrowotne oraz aktualnym cenniku świadczeń wykonywanych przez daną komórkę Szpitala można uzyskać w miejscu jego wykonania
5. Opłaty mogą być pobierane od pacjentów w następujących przypadkach:
 - a) za świadczenia zdrowotne:
 - w przypadku udzielania świadczeń pacjentowi nieubezpieczonemu lub takiemu, który nie potrafi udokumentować uprawnień do świadczeń medycznych finansowanych ze środków publicznych,
 - w przypadku udzielania świadczeń cudzoziemcom nieuprawnionym do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji,
 - w przypadku udzielania świadczeń zdrowotnych nie objętych kontraktem z NFZ,
 - które mogą być zgodnie z przepisami prawa udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością;
 - b) za czynności administracyjne m.in.:
 - za wydanie odpisu, wypisu lub kopii dokumentacji medycznej, zgodnie z odpowiednimi przepisami w tym zakresie;
 - za wydanie orzeczenia lekarskiego o stanie zdrowia pacjenta, do potrzeb innych niż proces leczenia i diagnozowania choroby;
 - za wysłanie korespondencji.;
6. Wysokość pobieranej opłaty za udzielone świadczenia zdrowotne ustala się w oparciu o cennik opracowany na podstawie ewidencji kosztów.
7. Wysokość opłat za udzielane świadczenia zdrowotne dla pacjentów nieubezpieczonych i nieuprawnionych do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych korzystających z porad w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej **określa załącznik nr 3 do Regulaminu Organizacyjnego.**
8. Wysokość opłat za udzielane świadczenia zdrowotne dla pacjentów nieubezpieczonych i nieuprawnionych do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych określa **załącznik nr 4** do Regulaminu Organizacyjnego.
9. Wysokość opłaty za pobyt w Szpitalu pacjenta, którego stan zdrowia nie wymaga dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych, a pacjent pozostaje nadal w oddziale szpitalnym określa **załącznik nr 5 do Regulaminu Organizacyjnego.**
10. Wysokość opłat dotyczących przejazdu środkami transportu sanitarnego określa **załącznik nr 6** do Regulaminu Organizacyjnego.
11. Wysokość opłat jest określana zarządzeniem Dyrektora Szpitala.
12. Cenniki usług podane są do publicznej wiadomości poprzez wywieszenie na tablicach ogłoszeń Szpitala oraz stronie internetowej Szpitala.
13. W przypadku braku świadczenia w cenniku, koszt ustalany jest na podstawie ceny wynikającej z kontraktu z NFZ.
14. Opłata jest pobierana w wyznaczonych punktach Szpitala, w których zainstalowane są kasy rejestrujące (fiskalne), tj. w kasie szpitalna lub za pomocą przelewu bankowego na podstawie wystawionej faktury (jeśli dotyczy).

ORGANIZACJA I ZADANIA POSZCZEGÓLNYCH KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH SZPITALA

§ 41

REGULAMIN CENTRALNEJ IZBY PRZYJĘĆ

1. W Szpitalu znajduje się Centralna Izba Przyjęć w skład której wchodzi:
 - a) Izba Przyjęć Internistyczna,
 - b) Izba Przyjęć Ginekologiczno – Położnicza,

- c) Izba Przyjęć Pediatriczna
- 2. W Centralnej Izbie Przyjęć odbywa się przyjmowanie pacjentów do oddziałów:
 - a) Chorób Wewnętrznych i Geriatrii,
 - b) Ginekologiczno – Położniczego z Blokiem Porodowym,
 - c) Pediatriczno – Reumatologicznego i Neonatologicznego.
- 3. Centralna Izba Przyjęć pełni dyżur całą dobę.
- 4. W każdej z wydzielonych Izb, o których mowa w pkt 1 lit. a-c wyznaczona jest Pielęgniarka koordynująca lub Położna koordynująca odpowiedzialna za swoją część Centralnej Izby Przyjęć.
- 5. Centralna Izba Przyjęć podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.
- 6. Do zadań Centralnej Izby Przyjęć należy:
 - 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 zewnętrznej lub wewnętrznej.
 - b) Dokonywanie zabezpieczenia medycznego pacjentów oraz organizowanie transportu do innych zakładów opieki zdrowotnej w razie konieczności leczenia specjalistycznego.
 - c) Sprawdzenie uprawnień do korzystania ze świadczeń zdrowotnych zgłaszających się chorych oraz zabezpieczenie opieki zdrowotnej i pomocy pielęgniarskiej oraz lekarskiej.
 - d) Przyjmowanie do oddziałów chorych zakwalifikowanych do leczenia szpitalnego.
 - e) Udzielanie pomocy doraźnej chorym, którzy nie zostali zakwalifikowani do leczenia w Szpitalu lub nie zostali zakwalifikowani do przyjęcia w późniejszym terminie.
 - f) Prowadzenie odpowiedniej dokumentacji:
 - przy przyjęciu chorego do Szpitala pielęgniarka, położna, ratownik medyczny Centralnej Izby Przyjęć wypełnia obowiązujące formularze i dokumentację związaną z przyjęciem pacjenta do Szpitala,
 - pielęgniarka, położna, ratownik medyczny wpisuje również dane osobowe pacjenta do systemu komputerowego AMMS.

Przy przyjmowaniu dziecka do Szpitala dodatkowo należy:

- 1. Wpisać dane personalne rodziców, podając na jakiej podstawie zostały one ustalone (nr dowodu osobistego, dokument potwierdzający ubezpieczenie zdrowotne itp.).
- 2. Ustalić w miarę potrzeby osoby upoważnione poza rodzicami do odbioru dziecka ze Szpitala.
- 3. Pielęgniarka, położna, ratownik medyczny izby przyjęć są obowiązani oznaczyć dzieci w sposób niebudzący wątpliwości na podstawie dokumentów tożsamości, przedstawionych przez rodziców lub opiekunów.
- 4. Transport dzieci z izby przyjęć do oddziału odbywa się pod opieką pielęgniarki, położnej, ratownika medycznego.

§ 42

REGULAMIN PRACY KIEROWNIKA DYŻURU

- 1. Kierownikiem dyżuru jest lekarz, wyznaczony przez ordynatora / lekarza kierującego oddziałem poprzez podkreślenie właściwego nazwiska na grafiku dyżurów lekarzy dyżurnych oddziałów - w każdym dniu miesiąca.
- 2. Kierownik dyżuru jest poza godzinami pracy Dyrektora Szpitala jego zastępcą:
 - a) w dni powszednie od godziny 15:00 do 7:25 dnia następnego,
 - b) w niedzielę i święta oraz w dni dodatkowo wolne od pracy od godziny 7:25 do 7:25 dnia następnego.
- 3. Kierownik dyżuru w czasie pełnienia dyżuru jest bezpośrednim zwierzchnikiem wszystkich pracowników Szpitala.
- 4. Po zakończeniu dyżuru, kierownik dyżuru wypełnia książkę Raportów Kierownika dyżuru, w której podaje: czas rozpoczęcia dyżuru, czas zakończenia dyżuru, zaistniałe sytuacje, podjęte działania.
- 5. Jeżeli w czasie dyżuru zaistniały sytuacje nadzwyczajne, kierownik dyżuru winien zgłosić się dnia następnego do godz. 9.00 z Książką Raportów Kierownika Dyżuru do Dyrektora Szpitala, celem zdania sprawozdania.
- 6. W przypadku zaistnienia sytuacji awaryjnych, Kierownik dyżuru do chwili przybycia Dyrektora Szpitala jest kierownikiem akcji ratowniczej.

7. Gdy zachodzi potrzeba przyjęcia większej liczby chorych, np. w związku z wypadkiem masowym lub gdy u chorych występują powikłania zagrażające życiu lub zdrowiu chorych bądź ich otoczeniu, Kierownik dyżuru może decydować o przeniesieniu chorych z jednego oddziału na drugi.
8. Kierownik dyżuru powinien ponadto wykonywać czynności zlecone przez Dyrektora Szpitala, bezpośrednio wiążące się z zakresem jego obowiązków, a nieujęte niniejszym Regulaminem.

§ 43

REGULAMIN ODDZIAŁU CHORÓB WEWNĘTRZNYCH I GERIATRII

1. Na czele oddziału stoi Lekarz kierujący oddziałem lub Ordynator.
2. Oddział podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.
3. Zadaniem oddziału jest diagnozowanie pacjentów przyjętych do oddziału.
4. Prowadzenie zabiegów leczniczych i diagnostycznych.
5. Prowadzenie pracowni endoskopii.
6. Leczenie i rehabilitacja pacjentów przebywających w oddziale.
7. Konsultowanie pacjentów z innych oddziałów szpitalnych.
8. Prowadzenie na bieżąco historii chorób i innej dokumentacji medycznej.
9. Sprawowanie opieki pielęgnacyjnej nad chorymi przebywającymi w oddziale.
10. Zabezpieczenie pracy Poradni Geriatrycznej.

§ 44

REGULAMIN ODDZIAŁU NEONATOLOGICZNEGO Z PODODDZIAŁAMI

1. Na czele oddziału stoi Ordynator lub Lekarz kierujący oddziałem.
2. Oddział podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.
3. Zadaniem oddziału jest zapewnienie opieki noworodkom (wcześniakom) urodzonym w Szpitalu oraz zapobieganie śmiertelności okołoporodowej.
4. W szczególności do zadań oddziału należą:
 - a) odebranie noworodka z sali porodowej,
 - b) umieszczenie noworodka w zależności od stanu ogólnego, wagi, długości w sali ogólnej pokoju wcześniaków lub izolatce dla noworodków chorych,
 - c) założenie historii rozwoju noworodka (wcześniaka),
 - d) systematyczne pielęgnowanie i kontrola noworodka,
 - e) dostarczanie noworodka do karmienia matce lub podawanie pokarmów w porach ustalonych przez ordynatora / lekarza kierującego oddziałem,
 - f) zapobieganie zakażeniom wewnątrzoddziałowym,
 - g) szerzenie oświaty sanitarnej wśród matek, w szczególności z zakresu pielęgnowania noworodka i niemowlęcia, przez wygłaszanie pogadarek, kolportaż broszur itp.
5. Wstępne zabiegi u noworodka wykonuje pielęgniarka oddziału pod nadzorem lekarza oddziału.
6. Oddział zabezpiecza pracę Poradni Neonatologicznej.
7. Lekarz kierujący Oddziałem Neonatologicznym odpowiada za realizację postanowień zawartych w § 47 ust.8.

§ 45

REGULAMIN ODDZIAŁU GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZEGO Z BLOKIEM PORODOWYM

1. Na czele oddziału stoi Ordynator lub Lekarz kierujący oddziałem.
2. Oddział podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.
3. Oddział zabezpiecza pracę Poradni Ginekologiczno – Położniczej, Poradni (gabinetu) położnej POZ oraz Poradni Zaburzeń Prokreacji i Leczenia Endometriozy.
4. Zadaniem Oddziału Ginekologiczno – Położniczego z Blokiem Porodowym jest:
 - przyjęcie kobiety ciężarnej,
 - badanie pacjentki, diagnostyka i leczenie,
 - nadzór nad stanem płodu i pacjentki,
 - przyjęcie i diagnostyka pacjentek ze schorzeniami ginekologicznymi,

- leczenie pacjentek chorych ginekologicznie,
 - konsultowanie pacjentek z innych oddziałów,
 - opieka nad noworodkiem,
 - promocja zdrowia i edukacja zdrowotna rodziny,
 - utrzymywanie w stanie gotowości zespołu porodowego do przyjęcia rodzącej i wykonania wszystkich niezbędnych zabiegów,
 - prowadzenie na bieżąco historii chorób oraz innej dokumentacji medycznej zgodnie z przepisami.
5. W szczególności do zadań w zakresie zespołu porodowego należy:
- a) Opieka nad rodzącą od chwili przyjścia do Szpitala do zakończenia czynności porodowej oraz pierwsza pomoc pielęgniarska i znakowanie noworodka.
 - b) Przyjęcie kobiety ciężarnej do porodu przez lekarza lub położną izby przyjęć.
 - c) Badanie rodzącej przez personel dyżurny sali porodowej.
 - d) Przeprowadzenie czynności wchodzących w zakres przygotowania rodzącej do porodu.
 - e) Kwalifikacja rodzącej (sala przedporodowa lub sala porodowa).
 - f) Opieka nad ciężarną, rodzącą i położnicą do chwili zakończenia porodu i przekazanie położnicy oraz noworodka na poszczególne oddziały.
 - g) Kontrola przebiegu czynności porodowych, ASP (tętna płodu) i stanu ogólnego rodzącej, położnicy.
 - h) Identyfikacja i zaopatrzenie noworodka wg standardu, kontakt 2 godzinny skóra do skóry (matka – dziecko) – nadzór nad noworodkiem.
 - i) Opieka przed- i okołoporodowa zgodnie ze standardem organizacyjnym opieki okołoporodowej zgodnym z obowiązującymi przepisami prawa.
 - j) Kwalifikacja kobiety ciężarnej do porodu fizjologicznego przez położną oraz jego prowadzenie wg standardu MZ.
6. Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej, Szpital ustalił i monitoruje następujące wskaźniki okołoporodowe:
- a) Amniotomia – wskaźnik wyrażony jako wartość procentowa zastosowanej interwencji medycznej do ilości wszystkich porodów siłami i drogami natury;
 - b) Indukcja porodu – wskaźnik wyrażony jako wartość procentowa zastosowanej interwencji medycznej do ilości wszystkich porodów siłami i drogami natury;
 - c) Nacięcie krocza – wskaźnik wyrażony jako wartość procentowa zastosowanej interwencji medycznej do ilości wszystkich porodów siłami i drogami natury;
 - d) Cięcia cesarskie – wskaźnik wyrażony jako wartość procentowa wykonanych cięć cesarskich w stosunku do ogólnej liczby porodów;
 - e) Podawanie noworodkowi mleka modyfikowanego – odsetek noworodków, którym na zlecenie lekarskie podano sztuczne mleko początkowe.
7. Za monitoring wskaźników określonych w ust. 6 pkt a) – d) odpowiedzialny jest Ordynator lub Lekarz kierujący Oddziałem Ginekologiczno – Położniczym z Blokiem Porodowym.
8. Za monitoring wskaźnika określonego w ust. 6 pkt e) odpowiedzialny jest Lekarz kierujący Oddziałem Neonatologii.
9. Dane z monitorowania przekazywane są do Pełnomocnika Dyrektora ds. Certyfikacji i Organizacji raz na 6 miesięcy.
10. Nadzór nad stosowaniem zapisów ust. 7 - 9 sprawuje Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa.
11. Wymienione wyżej wskaźniki są analizowane raz w roku przez Pełnomocnika Dyrektora ds. Certyfikacji i Organizacji.
12. Na podstawie wyników analiz podejmowane są środki naprawcze lub działania doskonalące.
13. Ocena satysfakcji kobiet objętych opieką okołoporodową jest realizowana poprzez analizę Anonimowych Ankiety Satysfakcji Pacjenta.

§ 46

REGULAMIN BLOKU OPERACYJNEGO

1. Na czele Bloku Operacyjnego stoi Pielęgniarka Oddziałowa/ koordynująca.
2. Blok Operacyjny podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.

3. Personel podlega służbowo Ordynatorowi / Lekarzowi kierującemu Oddziałem Ginekologiczno – Położniczym z Blokiem Porodowym.
4. Blok Operacyjny powinien być utrzymany w stanie stałego pogotowia operacyjnego i tak zorganizowany, aby w razie nagłej potrzeby personel, instrumentarium, bielizna i sprzęt były przygotowane do bezzwłocznego wykonania zabiegu operacyjnego o każdej porze.
5. Pomieszczenia bloku operacyjnego powinny być utrzymane w stanie wzorowej czystości i porządku. Ściany i podłogi powinny być z materiałów łatwo zmywalnych i niechłonnych. W pomieszczeniach bloku operacyjnego mogą znajdować się tylko meble i sprzęt konieczny do operacji. Każdorazowo po zakończeniu operacji należy dokładnie zmywać sale i sprzęt.
6. Kontrola narzędzi i materiału opatrunkowego odbywa się zgodnie z ustalonymi procedurami wewnętrznymi.
7. Wejście na teren bloku operacyjnego bez przebrania w odzież i buty operacyjne jest niedopuszczalne.
8. W czasie trwania zabiegu operacyjnego cały personel znajdujący się w sali operacyjnej jest podporządkowany: w sprawach dotyczących technicznego przeprowadzenia zabiegu – lekarzowi operującemu, a w sprawach ogólnego postępowania i bezpieczeństwa życia i zdrowia operowanego – anestezjologowi.
9. Wstęp na sale operacyjną w czasie zabiegu mają poza personelem operacyjnym tylko osoby fachowe, które uzyskały zezwolenie. Osoby niefachowe nie mogą być wpuszczane w czasie trwania operacji na sale operacyjną.
10. Zabiegi operacyjne odbywają się według ustalonego programu (plan operacyjny) z podaniem nazwiska chorego, sali, na której przebywa, rozpoznania, rodzaju znieczulenia i wyznaczonej obsady operacyjnej.
11. Wszelkie zmiany w programie operacyjnym mogą nastąpić tylko za zgodą Ordynatora / Lekarza kierującego oddziałem oraz za zgodą lekarza anestezjologa.
12. W pomieszczeniach bloku operacyjnego, a zwłaszcza na sali operacyjnej, w czasie trwania zabiegu operacyjnego obowiązuje zachowanie względnej ciszy.
13. W bloku operacyjnym należy prowadzić dokumentację zbiorczą wykonanych zabiegów.
14. W odniesieniu do każdego pacjenta operowanego prowadzona jest Okołooperacyjna Karta Kontrolna, której Koordynatorem jest lekarz anestezjolog prowadzący znieczulenie. Kartę podpisuje pielęgniarka operacyjna, lekarz operator i Koordynator Okołooperacyjnej Karty Kontrolnej.
15. Dokładne sporządzenie opisów operacyjnych powinno nastąpić bezpośrednio po zakończeniu operacji. Opisy operacyjne sporządza lekarz operujący lub lekarz pełniący pierwszą asystę.
16. Lekarz operujący jest obowiązany osobiście zbadać chorego przed rozpoczęciem operacji i upewnić się, czy chory bądź jego rodzina lub opiekunowie wyrazili zgodę na zabieg operacyjny, bądź też czy zachodzą podstawy do wykonania zabiegu bez uzyskania takiej zgody.
17. Po zakończeniu operacji operowany powinien być przekazany na salę nadzoru poznieczuleniowego pod opieką lekarza anestezjologa i pielęgniarki anestezjologicznej i pozostawać pod stałą kontrolą. Wszelkie zalecenia lekarskie powinny być uwidocznione w dokumentach chorego.
18. Po zakończonej operacji należy niezwłocznie uporządkować salę operacyjną a z narzędziami i sprzętem operacyjnym postępować wg procedur.
19. W czasie, kiedy sala operacyjna jest sprzątnięta i nieczynna, blok operacyjny powinien być zamknięty, a klucz powinien znajdować się u dyżurnej instrumentariuszki.
20. Personel bloku operacyjnego jest obowiązany zachować w tajemnicy wszystko, o czym powyższe wiadomości w czasie wykonywania swych obowiązków.

§ 47

REGULAMIN ODDZIAŁU PEDIATRYCZNO-REUMATOLOGICZNEGO

1. Na czele oddziału stoi Lekarz kierujący oddziałem.
2. Oddział podlega bezpośrednio zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.
3. Zadaniem Oddziału Pediatryczno – Reumatologicznego jest:
 - a) diagnozowanie niemowląt i dzieci starszych,
 - b) leczenie niemowląt i dzieci,
 - c) pielęgnowanie niemowląt i dzieci,
 - d) rehabilitacja dzieci ze schorzeniami narządu ruchu,

- e) zabezpieczenie pracy Poradni Reumatologii Dziecięcej.
- 4. Przyjęcie dziecka w oddział obejmuje:
 - a) założenie dokumentacji lekarskiej i pielęgniarstwa,
 - b) kontrola temperatury ciała,
 - c) kontrola wagi ciała,
 - d) pobieranie materiału do badań zgodnie z zaleceniem lekarskim,
 - e) umieszczenie dziecka w zależności od stanu ogólnego w odpowiedniej sali,
 - f) zapewnienie bezpieczeństwa podopiecznym,
- 5. Codzienne badanie lekarskie i ocena aktualnego stanu dziecka:
 - a) zlecenie odpowiednich leków i zabiegów,
 - b) prowadzenie dokumentacji (przebieg choroby, leczenie),
 - c) informowanie rodziców o stanie zdrowia i postępach w leczeniu,
 - d) przygotowanie kart informacyjnych z pobytu w Szpitalu.
- 6. Pielęgnowanie:
 - a) kontrola parametrów życiowych,
 - b) obserwacja stanu ogólnego,
 - c) odśluzowywanie,
 - d) podawanie tlenu,
 - e) wykonywanie inhalacji,
 - f) karmienie lub pomoc przy posiłkach,
 - g) kąpiel i pielęgnacja skóry,
 - h) pomoc przy czynnościach codziennych zależnie od stanu dziecka,
 - i) uczestniczenie w procesie leczenia,
 - j) podawanie zleconych leków zgodnie ze zleceniem lekarskim lub uprawnieniami.
- 7. Rehabilitacja.

§ 48

REGULAMIN DZIAŁU RADIOLOGII

- 1. Dział Radiologii podlega Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.
- 2. Na czele działu stoi kierownik, który koordynuje i nadzoruje pracę działu, także odpowiada za sprawne jego funkcjonowanie pod względem merytorycznym, gospodarczym i formalno-prawnym, zgodnie z zakresem nałożonych obowiązków.
- 3. Dział obejmuje następujące pracownie:
 - a) Pracownię Rentgenodiagnostyki,
 - b) Dział Elektrodiagnostyki.
- 4. Do zadań działu należy:
 - a) wykonywanie badań i opisów tych badań,
 - b) prowadzenie rejestrów potwierdzających wykonane świadczenia medyczne,
 - c) prowadzenie rejestrów pacjentów oczekujących na wykonanie świadczenia medycznego (oddzielnie dla każdej pracowni),
 - d) prowadzenie szkoleń pracowników działu,
 - e) dział wykonuje badania dla pacjentów hospitalizowanych w Szpitalu oraz dla pacjentów kierowanych przez jednostki z którymi Szpital posiada podpisaną umowę.
 - f) prowadzenie rozliczeń zgodnie z wymogami zarządzeń zewnętrznych i wewnętrznych,
 - g) sporządzanie odpowiednich sprawozdań, zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz zarządzeniami zewnętrznymi i wewnętrznymi.
 - h) badania wykonywane są w trybie planowym i pilnym.
 - i) przyjmowanie pacjentów do badań odbywa się według planu uzgodnionego z ordynatorami oddziałów / lekarzami kierującymi oddziałami (o kolejności badań decyduje data pisemnego skierowania na badania).
- 5. Kierownik Działu ściśle współpracuje z Inspektorem Ochrony Radiologicznej.
- 6. Dział wykonuje również inne zadania określone odpowiednimi przepisami lub zlecone przez Dyrektora Szpitala.

§ 49

REGULAMIN DZIAŁU ANESTEZJOLOGII

1. Dział Anestezjologii jest komórką organizacyjną Szpitala, zorganizowaną na prawach oddziału.
2. Na czele Działu Anestezjologii stoi kierownik – specjalista anestezjolog.
3. Dział Anestezjologii podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.
4. Dział Anestezjologii odpowiada za właściwe prowadzenie poradni anestezjologicznej.
5. Dział Anestezjologii powołany jest w szczególności do wykonywania zadań związanych ze znieczuleniem do operacji, prowadzeniem chorych pooperacyjnych, przeciwdziałaniem i leczeniem powikłań znieczulenia, udzielaniem pomocy w wypadkach zagrożenia życia.
6. Personel działu anestezjologii jest w stanie stałej gotowości dla bloku operacyjnego, porodowego i oddziałów Szpitala oraz całodobowo udziela świadczeń zdrowotnych w ramach sali nadzoru pooperacyjnego.
7. Dział Anestezjologii współpracuje z innymi oddziałami szpitalnymi i pracownikami, uczestnicząc w czynnościach przygotowania chorego do operacji, wyrównywania zaburzeń ogólnoustrojowych towarzyszących chorobie zasadniczej lub będących jej wynikiem, zwalczając bóle i różne rodzaje wstrząsu.
8. Ponadto do zadań Działu Anestezjologii należy postępowanie specjalne z chorymi na ostre choroby zakaźne, neurologiczne, wewnętrzne i inne, u których zachodzi konieczność stosowania:
 - a) wspomaganego lub kontrolowanego oddechu,
 - b) udrażniania dróg oddechowych,
 - c) oraz różnego rodzaju czynności reanimujących.
9. Dział Anestezjologii, wykonujący pełny zakres czynności użytkuje:
 - a) sale przygotowawcze do zabiegu operacyjnego,
 - b) sprzęt i aparaturę anestezjologiczną znajdującą się na salach operacyjnych bloku operacyjnego, salach zabiegowych i Sali cięć cesarskich za który odpowiada Kierownik Działu,
 - c) sala nadzoru poznieczuleniowego w obrębie bloku operacyjnego.
10. W ramach interwencji anestezjologicznej lekarz anestezjolog i pielęgniarka anestezjologiczna po przybyciu na miejsce wezwania podejmuje i koordynuje akcją reanimacyjną.
11. Personel Działu Anestezjologii składa się z:
 - a) lekarzy specjalistów,
 - b) pielęgniarek anestezjologicznych.
12. Dział Anestezjologii przy wykonywaniu swoich zadań ściśle współpracuje z oddziałami Szpitala, korzysta z pracowni i innych komórek organizacyjnych Szpitala.
13. Dział Anestezjologii prowadzi sprawozdawczość, statystykę i dokumentację zgodnie z regulacjami prawnymi wewnętrznymi oraz zewnętrznymi.
14. W obrębie Działu Anestezjologicznego funkcjonuje Zespół Leczenia Bólu.

§ 50

REGULAMIN DZIAŁU REHABILITACJI LECZNICZEJ

1. Na czele działu stoi kierownik, który koordynuje i nadzoruje pracę działu, a także odpowiada za sprawne jego funkcjonowanie pod względem merytorycznym, gospodarczym i formalno-prawnym, zgodnie z zakresem nałożonych obowiązków
2. Dział podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa
3. Dział obejmuje następujące pracownice:
 - a) pracownię fizjoterapii,
 - b) pracownię fizykoterapii.
4. Dział Rehabilitacji pracuje w systemie jednozmianowym od godz. 7:25 do godz. 15:00.

Zadania Działu Rehabilitacji:

5. Wykonywanie zabiegów dla dzieci i dorosłych z zakresu:
 - a) fizykoterapii,
 - b) kinezyterapii,
 - c) masażu.

6. Świadczenia wykonywane są w:
 - f) pracowniach,
 - g) przy łózkach chorych – na salach chorych.
7. Prowadzenie szkolenia i instruktażu dla:
 - a) pacjentów,
 - b) rodziców dzieci wypisanych ze Szpitala.
8. Prowadzenie działalności dydaktycznej.
9. Przyjmowanie chorych powinno się odbywać planowo. Plan przyjmowania chorych i wykonywania zabiegów powinien być uzgodniony z poszczególnymi oddziałami szpitalnymi.
10. Pacjent kierowany do działu posiada zlecenie lekarza.
11. Dział sporządza sprawozdawczość, zgodnie z obowiązującymi przepisami i zarządzeniami.
12. Dział wykonuje również inne zadania określone odpowiednimi przepisami lub zlecane przez Dyrektora Szpitala.

§ 51

REGULAMIN APTEKI SZPITALNEJ

1. Na czele Apteki stoi kierownik, który koordynuje i nadzoruje pracę Apteki, a także odpowiada za jej sprawne funkcjonowanie pod względem merytorycznym, gospodarczym i formalno-prawnym, zgodnie z zakresem nałożonych obowiązków.
2. Apteka podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.
3. Apteka realizuje następujące zadania:
 - a) opracowuje i sporządza plany zaopatrzenia Szpitala w produkty lecznicze,
 - b) przygotowuje pakiety zapotrzebowania na leki i materiały medyczne stanowiące załącznik do specyfikacji,
 - c) utrzymuje i właściwie przechowuje minimalny i niezbędny zapas produktów leczniczych, wyrobów medycznych i produktów biobójczych,
 - d) sporządza niektóre leki recepturowe oraz roztwory produktów biobójczych dla oddziałów i działów,
 - e) prowadzi kontrole jakości i tożsamości produktów leczniczych, wyrobów medycznych i produktów biobójczych,
 - f) analizuje zapotrzebowanie na produkty lecznicze z oddziałów, działów,
 - g) prowadzi nadzór nad gospodarką lekami w oddziałach, w szczególności nad lekami narkotycznymi,
 - h) przeprowadza okresowe kontrole apteczek oddziałowych,
 - i) udziela informacji o lekach, w tym nowych wprowadzonych do obrotu (skład, działanie, wskazania i przeciwwskazania do ich stosowania),
 - j) uczestniczy w pracach Komitetu Terapeutycznego,
 - k) udziela informacji ordynatorom/ lekarzom kierującym oddziałami i dyrekcji Szpitala o aktualnym stanie zaopatrzenia w produkty lecznicze.
4. Apteka wykonuje również zadania, czynności określone odpowiednimi przepisami lub zleczone przez Dyrektora Szpitala.
5. W Aptecce prowadzona jest odpowiednia dokumentacja, a ewidencja i rozliczanie odbywa się zgodnie z wymogami zarządzeń zewnętrznych i wewnętrznych.
6. Przyjmowanie, wydawanie i rozliczanie produktów leczniczych, produktów biobójczych i wyrobów medycznych odbywa się przy pomocy systemu informatycznego.
7. Apteka sporządza odpowiednią sprawozdawczość, zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz zarządzeniami zewnętrznymi i wewnętrznymi.
8. Apteka pracuje w systemie jednozmianowym. W dni robocze w godzinach od 7.25 do 15.00.

§ 52

REGULAMIN CENTRALNEJ STERYLIZATORNI

1. Centralna Sterylizatornia podlega bezpośrednio Naczelnej Pielęgniarsce.

2. Na czele Centralnej Sterylizatorni stoi pielęgniarka koordynująca, która nadzoruje pracę działu, a także odpowiada za sprawne jego funkcjonowanie pod względem merytorycznym, gospodarczym i formalno-prawnym, zgodnie z zakresem nałożonych obowiązków.
3. Do zadań Centralnej Sterylizatorni należy zabezpieczenie oddziałów, działów i poradni w materiały sterylne - narzędzia i sprzęt wielokrotnego użytku.
4. W Centralnej Sterylizatorni odbywa się:
 - a) mycie i dezynfekcja sprzętu wielokrotnego użytku w myjni automatycznej,
 - b) składanie i pakietowanie sprzętu medycznego w opakowania sterylizacyjne: papier do sterylizacji, włókninę, rękawy foliowo - papierowe,
 - c) sterylizacja w autoklawach,
 - d) kontrola fizyczna, chemiczna i biologiczna procesów sterylizacji,
 - e) oznakowanie każdego pakietu podwójną przylepną etykietą zawierającą informacje: datę sterylizacji, datę ważności, kod osoby pakującej sprzęt, numer sterylizatora i numer cyklu,
 - f) transport materiałów sterylnych na oddziały szpitalne.
5. W Centralnej Sterylizatorni prowadzona jest:
 - a) dokumentacja przyjmowanego sprzętu, mycia i dezynfekcji oraz sterylizacji,
 - b) sprawozdawczość zgodnie z obowiązującymi zarządzeniami wewnętrznymi.

§ 53

REGULAMIN DZIAŁU HIGIENY I EPIDEMIOLOGII

1. Dział Higieny i Epidemiologii podlega Dyrektorowi ds. Lecznictwa.
2. Na czele działu stoi Kierownik.
3. Pracownicy działu wchodzi w skład Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych.
4. Zadaniem Zespołu są działania zapobiegające szerzeniu się chorób zakaźnych i zakażeń związanych z wykonywaniem świadczeń zdrowotnych w szczególności:
 - a) ocena ryzyka wystąpienia zakażenia związanego z wykonywaniem świadczeń zdrowotnych,
 - b) monitorowanie czynników alarmowych i zakażeń występujących w Szpitalu,
 - c) nadzór nad procedurami zapobiegającymi zakażeniom i chorobom zakaźnym związanym z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, w tym dekontaminacji: skóry i błon śluzowych lub innych tkanek, wyrobów medycznych oraz powierzchni pomieszczeń i urządzeń,
 - d) nadzór nad stosowaniem środków ochrony indywidualnej i zbiorowej w celu zapobieżenia przeniesieniu na inne osoby biologicznych czynników chorobotwórczych.
 - e) analiza wyników badań laboratoryjnych oraz analiza lokalnej sytuacji epidemiologicznej w celu optymalizacji profilaktyki i terapii antybiotykowej,
 - f) ustalenie warunków izolacji pacjentów z zakażeniem lub chorobą zakaźną,
 - g) nadzór nad stosowaniem profilaktyki i terapii antybiotykowej w celu ograniczenia narastania lekooporności biologicznych czynników chorobotwórczych,
 - h) monitorowanie i rejestracja zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych,
 - i) sporządzanie i przekazywanie Państwowemu Powiatowemu Inspektorowi Sanitarnemu we Wrocławiu raportów o bieżącej sytuacji epidemiologicznej Szpitala,
 - j) zgłaszanie epidemicznego wzrostu liczby zakażeń szpitalnych PPIS we Wrocławiu,
 - k) opracowywanie i realizacja działań w przypadku wystąpienia ogniska epidemicznego,
 - l) szkolenie personelu w zakresie kontroli zakażeń szpitalnych.
 - m) członkowie zespołu wchodzi w skład Komitetu Kontroli Zakażeń Szpitalnych, któremu przedstawiają okresowe informacje o sytuacji epidemiologicznej Szpitala i wynikach kontroli wewnętrznej.

§ 54

REGULAMIN SZKOŁY RODZENIA

1. Nadzór nad Szkołą Rodzenia sprawuje bezpośrednio Naczelną Pielęgniarka.
2. Zadania Szkoły Rodzenia polegają na przygotowaniu do porodu i obejmują:
 - a) gimnastykę ogólnousprawniającą,
 - b) ćwiczenia na piłkach,

- c) ćwiczenia przy drabinkach,
 - d) ćwiczenia na matach gimnastycznych,
 - e) naukę oddechu przeponowego,
 - f) techniki relaksacji,
 - g) naukę oddechu w poszczególnych fazach porodu,
 - h) markowanie parcia,
 - i) opiekę nad noworodkiem.
3. Brak przeciwwskazań do uczestniczenia pacjentek w zajęciach potwierdza lekarz na zaświadczeniu, które pacjentka dostarcza do Szkoły Rodzenia.

REGULAMINY DZIAŁÓW ADMINISTRACYJNYCH

§ 55

REGULAMIN DZIAŁU PERSONALNO – ORGANIZACYJNEGO

1. Dział Personalno- Organizacyjny podporządkowany jest bezpośrednio Asystentowi Dyrektora Szpitala/ Koordynatorowi.
2. Na czele działu stoi kierownik, który koordynuje i nadzoruje pracę działu, a także odpowiada za sprawne jego funkcjonowanie pod względem merytorycznym, gospodarczym i formalno – prawnym, zgodnie z zakresem nałożonych obowiązków.
3. Do zadań działu należy :
 - a) Załatwianie spraw związanych z zatrudnianiem, zwalnianiem, przeszeregowaniem i nagradzaniem pracowników.
 - b) Prowadzenie ewidencji pracowników i ich akt osobowych.
 - c) Prowadzenie ewidencji czasu pracy, jego miesięczne rozliczanie, sprawdzanie kart czasu pracy pod kątem prawidłowości, wypełniania i rozliczania zgodnie z obowiązującymi przepisami.
 - d) Udzielanie i ewidencja urlopów wypoczynkowych, na żądanie, szkoleniowych, wyjazdów służbowych.
 - e) Ustalanie prawa pracownika do nagrody jubileuszowej, wysokości dodatku stażowego.
 - f) Sporządzanie dokumentacji i załatwianie wniosków dotyczących przejścia pracowników na rentę lub emeryturę oraz przekazywanie jej do Oddziału ZUS.
 - g) Prowadzenie statystyki i sprawozdawczości dotyczącej spraw pracowniczych.
 - h) Prowadzenie spraw związanych z ubezpieczeniem społecznym pracowników i członków ich rodzin (zgłaszanie i wyrejestrowywanie zgłaszanie zmian i danych osobowych, analizowanie na bieżąco przepisów w zakresie ubezpieczeń społecznych).
 - i) Prowadzenie spraw związanych z przygotowywaniem konkursów na stanowiska ordynatorów oraz pielęgniarek oddziałowych.
 - j) Prowadzenie spraw związanych z przygotowywaniem konkursu na świadczenie usług medycznych oraz zawieranie umów na dyżury medyczne oraz konsultacje specjalistyczne.
 - k) Analizowanie stanu zatrudnienia z poszczególnymi komórkami organizacyjnymi.
 - l) Archiwizowanie akt osobowych.
 - m) Kontrolowanie porządku i dyscypliny pracy.
 - n) Prowadzenie spraw związanych z polityką kadrową i doszkalać pracowników.
 - o) Przygotowywanie opinii oraz wniosków dotyczących nagradzania i karania pracowników.
 - p) Opracowywanie sprawozdań dotyczących zatrudnienia.
 - q) Kierowanie pracowników na badania wstępne, okresowe i kontrolne zgodnie z wymogami kodeksu pracy.
 - r) Współdziałanie z Działem Ekonomiczno-Finansowym w zakresie terminowego spływu dokumentów, stanowiących podstawę do naliczania wynagrodzenia.
 - s) Współpraca z Oddziałem Wyższych Kadr Medycznych w zakresie:
 - specjalizacji i doskonalenia zawodowego pracowników,
 - programów, planów i tematów doszkalać pracowników,
 - prowadzenia dokumentacji dot. kształcenia i doskonalenia zawodowego pracowników medycznych.
 - t) Określanie potrzeb socjalnych pracowników oraz opracowywanie planów ich zaspakajania.

- u) Ustalanie zasad podziału funduszu socjalnego oraz opracowywanie rocznego preliminarza dochodów i wydatków.
- v) Udział oraz sporządzanie protokołów z posiedzeń komisji socjalnych.
- w) Prowadzenie ewidencji udzielanych świadczeń socjalnych.
- x) Prowadzenie centralnego rejestru umów zawartych przez Szpital.
- y) Inicjowanie postępowania wyjaśniającego i redagowanie odpowiedzi zainteresowanym organom w zakresie kompetencji działu.

W zakresie prowadzenia sekretariatu:

Do zadań pracownika sekretariatu należy:

1. Załatwianie korespondencji przychodzącej zgodnie z Instrukcją Kancelaryjną.
2. Załatwianie korespondencji wychodzącej zgodnie z Instrukcją Kancelaryjną.
3. Obsługa sekretarska Dyrektorów:
 - a) załatwianie spraw zleconych przez Dyrektorów,
 - b) udzielanie informacji dla osób na zewnątrz,
 - c) przyjmowanie i łączenie telefonów,
 - d) przyjmowanie i wysyłanie faksów,
 - e) przyjmowanie i załatwianie interesantów.
4. Prowadzenie rejestrów.
5. Przekazywanie zainteresowanym pism i informacji wg rozdzielnika.
6. Przepisywanie w środowisku elektronicznym pism i zestawień dla dyrekcji.
7. Obsługa kserokopiarki.
8. Obsługa zebrań, spotkań, narad oraz konferencji organizowanych przez Dyрекcję Szpitala.

§ 56

REGULAMIN DZIAŁU EKONOMICZNO - FINANSOWEGO

1. Asystent Dyrektora Szpitala/ Koordynator koordynuje i nadzoruje pracę Działu w zakresie współpracy z innymi komórkami organizacyjnymi Szpitala
2. Działem kieruje Główny Księgowy, który koordynuje i nadzoruje pracę wewnątrz działu oraz odpowiada za prawidłowe jego funkcjonowanie pod względem merytorycznym zgodnie z zakresem nałożonych obowiązków.
3. Do zadań Działu Ekonomiczno - Finansowego należy wykonywanie obowiązków w zakresie rachunkowości określonych ustawą – w oparciu o przyjęte w Zakładowym Planie Kont zasady (politykę) rachunkowości:
 - a) bieżące prowadzenie na podstawie dowodów księgowych ksiąg rachunkowych w sposób zapewniający właściwy przebieg operacji gospodarczych i ochronę mienia Szpitala,
 - b) okresowe ustalanie rzeczywistego stanu aktywów i pasywów, w tym w oparciu o inwentaryzację zarządzoną przez Dyrektora,
 - c) prawidłowe ustalenie stanu majątkowego i wyniku finansowego Szpitala zgodnie z rzeczywistym stanem aktywów i pasywów,
 - d) sporządzanie sprawozdań finansowych,
 - e) gromadzenie i należyte przechowywanie oraz zabezpieczenie dowodów księgowych i pozostałej dokumentacji przewidzianej ustawą,
 - f) wykonywanie prac związanych z poddaniem badaniu i ogłoszeniem sprawozdań finansowych w przypadkach określonych ustawą.
3. Prowadzenie gospodarki finansowej Szpitala zgodnie z obowiązującymi zasadami.
4. Wykonywanie czynności określonych dla działu w instrukcji sporządzania, kontroli obiegu dokumentów księgowych.
5. Prowadzenie kasy Szpitala według wewnętrznie ustalonych zasad.
6. Rozliczenie spisów z natury rzeczowych składników majątku obrotowego Szpitala zgodnie z Instrukcją Inwentaryzacyjną.
7. Sporządzanie list wypłat wynagrodzeń pracowników, zasiłków i innych wypłat według regulaminów nagradzania i obowiązujących przepisów, a także prowadzenie wszelkiej dokumentacji i sprawozdawczości z tymi zagadnieniami związanymi.

8. Sporządzanie i przekazywanie właściwym organom i osobom deklaracji zobowiązań o charakterze publiczno – prawnym: podatek dochodowy od osób prawnych, podatek dochodowy od osób fizycznych, podatek od towarów i usług VAT, PFRON, oraz nadzór nad sporządzaniem pozostałych deklaracji z zakresu lokalnych zobowiązań publiczno – prawnych, a także prowadzenie ewidencji i rejestrów przewidzianych ustawami podatkowymi.
9. Sporządzanie i przekazywanie deklaracji w zakresie ubezpieczeń społecznych zgodnie z obowiązującymi przepisami.
10. Sporządzanie obowiązujących sprawozdań z zakresu statystyki publicznej (GUS) , informacji finansowych i kosztów działalności wg wzorów Organu Założycielskiego, Ministerstwa Zdrowia i Wojewody Dolnośląskiego.
11. Sporządzanie okresowych sprawozdań dotyczących należności i zobowiązań Szpitala wg obowiązku i potrzeb.
12. Wystawianie faktur za usługi realizowane przez Szpital, poza usługami finansowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
13. Windykacja należności za wykonane usługi i świadczenia .
14. Rozliczanie kosztów w miejscu ich powstawania według kluczy rozliczeniowych opracowanych w oparciu o obowiązujące przepisy.
15. Współpraca z innymi działami i komórkami organizacyjnymi Szpitala związana z całością prac z zakresu rachunkowości, wykonywanych przez poszczególne działy i komórki organizacyjne,
16. Sporządzanie rocznego planu rzeczowo - finansowego na podstawie wycinkowych planów przekazanych przez kierowników/ koordynatorów komórek organizacyjnych.
17. Prowadzenie ewidencji księgowej i obsługi kasowej Kasy Zapomogowo – Pożyczkowej .
18. Sporządzanie informacji, analiz i zestawień w zakresie przychodów, kosztów zobowiązań i należności na potrzeby kierownictwa Szpitala.

Pracownik zatrudniony na stanowisku ds. analiz podlega bezpośrednio Głównemu Księgowemu. **Asystent Dyrektora Szpitala/ Koordynator koordynuje i nadzoruje pracę pracownika zatrudnionego na stanowisku ds. analiz w zakresie współpracy z innymi komórkami organizacyjnymi Szpitala.**

Do zadań pracownika należy:

1. Monitoring danych finansowych wg zapotrzebowania Dyrekcji Szpitala.
2. Opracowywanie analiz wskazanych odcinków funkcjonowania Szpitala.
3. Sporządzanie kompleksowej informacji ekonomiczno-finansowej na potrzeby Dyrekcji, kierowników/ koordynatorów komórek organizacyjnych, Rady Społecznej, Związków Zawodowych oraz dla innych celów.
4. Sporządzanie informacji o poniesionych kosztach i uzyskanych przychodach oraz wyniku na działalności dla oddziałów, poradni i pracowni diagnostycznych.
5. Sporządzanie kalkulacji procedur medycznych i ich uaktualnianie.
6. Sporządzanie kompleksowych wycen świadczeń medycznych udzielonych pacjentom nie uprawnionym do bezpłatnego leczenia i obcokrajowcom.
7. Monitoring kosztów procedur i świadczeń medycznych.
8. Opracowywanie materiałów ekonomicznych na potrzeby ofert do Narodowego Funduszu Zdrowia we współpracy z Działem Sprzedaży.
9. Opracowywanie informacji i cenników dla obcych jednostek w celu zawarcia umów na świadczenie usług medycznych.

§ 57

SEKCJA PŁAC

1. Asystent Dyrektora Szpitala/ Koordynator koordynuje i nadzoruje pracę Sekcji Płac w zakresie współpracy z innymi komórkami organizacyjnymi Szpitala.
2. Sekcja Płac podlega bezpośrednio Głównemu Księgowemu.
3. Do zadań Sekcji należy:
 - 1) prawidłowe i zgodne z obowiązującymi przepisami naliczanie wynagrodzeń i innych świadczeń pieniężnych wynikających ze stosunku pracy i umów cywilno-prawnych,

- 2) przygotowywanie w systemie komputerowym poleceń przelewów wynagrodzeń, składek na ubezpieczenie społeczne, podatku od dochodów osobistych pracowników, oraz wszystkich przewidzianych przepisami i umowami potrąceń z wynagrodzeń pracowników,
- 3) przesyłanie w systemie komputerowym przygotowanych przelewów do Sekcji Księgowości Finansowej w celu ich realizacji,
- 4) sporządzanie obowiązujących deklaracji i raportów do ZUS i Urzędu Skarbowego,
- 5) sporządzanie rocznego rozliczenia podatku dochodowego od osób fizycznych dla wszystkich pracowników zatrudnionych i zwolnionych w ciągu roku (PIT-11, PIT-40, PIT-8B i innych),
- 6) sporządzanie kwartalnych i rocznych sprawozdań GUS o zatrudnieniu i wynagrodzeniach pracowników (Z-03, Z-06),
- 7) wystawianie zaświadczeń o zatrudnieniu i wynagrodzeniu (RP-7) byłym i obecnym pracownikom dla potrzeb ZUS w celu wyliczenia podstawy wymiaru kapitału początkowego i podstawy wymiaru emerytur i rent,
- 8) archiwizowanie dokumentów źródłowych stanowiących podstawę naliczania wynagrodzeń i świadczeń z ubezpieczenia społecznego oraz list płac,
- 9) współpraca z Działem Zarządzania Kadrami w zakresie terminowego spływu dokumentów stanowiących podstawę do naliczania wynagrodzeń.

§ 58

REGULAMIN DZIAŁU ADMINISTRACJI I ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH

1. Dział podlega bezpośrednio Asystentowi Dyrektora Szpitala/ Koordynatorowi.
2. Na czele działu stoi kierownik, który koordynuje i nadzoruje pracę działu oraz odpowiada za prawidłowe jego funkcjonowanie pod względem merytorycznym zgodnie z zakresem nałożonych obowiązków.
3. Do zadań Działu należy:
 - 1) Nadzór i realizacja wszelkich zakupów na potrzeby komórek organizacyjnych Szpitala zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, ze szczególnym uwzględnieniem przepisów prawa zamówień publicznych.
 - 2) Opracowywanie rozdzielników określających miesięczne zaopatrzenie wszystkich komórek Szpitala w niezbędne środki tj. sprzęt medyczny, artykuły biurowe, środki czystości, druki i inne.
 - 3) Przygotowywanie w oparciu o zatwierdzone rozdzielniki dokumentacji przetargowych.
 - 4) Wnioskowanie składu komisji przetargowych i konkursowych do Dyrekcji Szpitala.
 - 5) Uczestnictwo pracownika działu w pracach komisji na stanowisku sekretarza komisji.
 - 6) Przygotowywanie i prowadzenie postępowań przetargowych wraz z całą niezbędną dokumentacją.
 - 7) Przygotowywanie i prowadzenie postępowań konkursowych na świadczenie usług zdrowotnych na rzecz Szpitala.
 - 8) Przygotowywanie stosownych projektów umów z kontrahentami.
 - 9) Nadzorowanie i określanie wielkości zamówień na poszczególne pozycje magazynowe oraz wielkości rezerw magazynowych.
 - 10) Przygotowywanie bieżących zamówień w celu zaopatrzenia Szpitala w niezbędny asortyment potrzebny do wykonywania zadań z wyjątkiem leków i materiałów medycznych, których zaopatrzeniem zajmuje się Apteka.
 - 11) Nadzór na prawidłowością dostaw.
 - 12) Prowadzenie postępowań reklamacyjnych.
 - 13) Nadzór na realizacją zawartych umów.
 - 14) Świadczenie na rzecz komórek organizacyjnych usług transportowych przy użyciu samochodu służbowego według ustalonego harmonogramu.
 - 15) Rozliczanie usług laboratoryjnych i dostaw krwi.
 - 16) Współpraca z innymi komórkami organizacyjnymi.
 - 17) Prowadzenie nadzoru i współpraca z firmami świadczącymi usługi na rzecz Szpitala.
 - 18) Pielęgnacja terenów zielonych oraz utrzymywanie porządku na drogach i chodnikach wewnętrznych Szpitala i terenach przyległych, które nie podlegają ZDiK (w czasie zimy odśnieżanie, posypywanie piaskiem i solą).
 - 19) Prowadzenie magazynu Szpitala – przyjmowanie, składowanie, ewidencjonowanie i wydawanie zakupionych materiałów na potrzeby komórek organizacyjnych Szpitala.

- 20) Rozliczanie rachunków – sprawdzanie pod względem merytorycznym dotyczących usług wchodzących w zakres zadań działu (usługi : transportu sanitarnego, telekomunikacyjne, pralnicze , porządkowe, naprawa urządzeń biurowych, wywóz odpadów stałych).
- 21) Współpraca z Działem Technicznym w zakresie zakupu sprzętu gospodarczego, technicznego, zestawów narzędzi i aparatury medycznej.
- 22) Współpraca w trakcie ewidencji spisu inwentarza we wszystkich pomieszczeniach Szpitala.
- 23) Wykonywanie i nadzór nad oznaczeniem wyposażenia i sprzętu.
- 24) Współudział w kontrolach przeprowadzanych przez jednostki wykonujące ochronę obiektów Szpitala pod względem bhp i p/ poż .
- 25) Sporządzanie protokołów przekazywanych darowizn rzeczowych.

W skład działu wchodzi **Sekcja Informatyki**, do której należy:

1. Prowadzenie wszelkich spraw związanych z wdrażaniem w Szpitalu systemów informatycznych.
2. Inicjowanie postępowań związanych z zakupem sprzętu i oprogramowania, zgodnie z wewnętrznym Regulaminem Udzielania Zamówień Publicznych.
3. Prowadzenie nadzoru nad wdrożonymi systemami informatycznymi.
4. Dbłość o sprawne funkcjonowanie sprzętu komputerowego i oprogramowania oraz zapewnienie odpowiedniego serwisu.
5. Prowadzenie archiwum baz danych.

§ 59

REGULAMIN DZIAŁU SPRZEDAŻY USŁUG MEDYCZNYCH I STATYSTYKI

1. Dział podlega bezpośrednio Asystentowi Dyrektora Szpitala/ Koordynatorowi.
2. Na czele działu stoi kierownik, który koordynuje i nadzoruje pracę działu, a także odpowiada za sprawne jego funkcjonowanie pod względem merytorycznym, gospodarczym i formalno-prawnym, zgodnie z zakresem nałożonych obowiązków.
3. Do zadań działu należy:

w zakresie statystyki medycznej:

- a) gromadzenie i tworzenie zbiorów danych o hospitalizowanych pacjentach w wersji papierowej i elektronicznej,
- b) prowadzenie dokumentacji związanej z pobytem chorych w Szpitalu korzystających z świadczeń zdrowotnych, zgodnie z obowiązującymi przepisami,
- c) prowadzenie archiwum medycznego:
 - archiwizacja indywidualnej dokumentacji medycznej leczonych pacjentów,
 - sprawdzanie kompletności historii chorób,
 - tworzenie zbiorów archiwalnych,
- d) prowadzenie korespondencji dotyczącej pobytu chorego w Szpitalu,
- e) wyjaśnianie w zakresie swojego działania wątpliwości we współpracy z komórkami organizacyjnymi,
- f) kopiowanie dokumentacji (medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami),
- g) udostępnianie dokumentacji medycznej zainteresowanym na żądanie uprawnionego organu,
- h) sporządzanie zestawień i opracowań statystycznych z zakresu działalności Szpitala w oparciu o zbierane przez Szpital materiały oraz przesyłanie ich odpowiednim podmiotom systemu ochrony zdrowia,
- i) sporządzanie sprawozdawczości medycznej dotyczącej podstawowych wskaźników w lecznictwie zamkniętym tj. ilość osobodni, średniego wykorzystania łóżka, średniego pobytu chorego,
- j) koordynowanie całoksztu pracy statystyczno-medycznej we wszystkich komórkach organizacyjnych Szpitala,
- k) obsługa systemu AMMS w zakresie statystyki i ruchu chorych.

w zakresie rozliczeń z płatnikiem:

- a) sporządzanie oraz przekazywanie do Narodowego Funduszu Zdrowia comiesięcznych sprawozdań z ilości udzielonych świadczeń przez oddziały, pododdziały, izby przyjęć oraz poradnie,
- b) przygotowywanie i wystawianie faktur za wykonane usługi medyczne,
- c) wyjaśnianie korekt do faktur we współpracy z poszczególnymi oddziałami, działami medycznymi i innymi komórkami organizacyjnymi,

- d) wyjaśnianie wszelkich spraw związanych ze sporządzonymi sprawozdaniami i wystawionymi fakturami,
- e) sporządzanie zestawień świadczonych usług medycznych na polecenie dyrekcji,
- f) udzielanie pomocy komórkom organizacyjnym w zakresie kodowania, analizowania sprawozdawczości z wykonywanych świadczeń medycznych,
- g) weryfikacja świadczeń medycznych w zakresie koincydencji z innymi świadczeniodawcami,
- h) obsługa Portalu świadczeniodawcy w zakresie:
 - ✓ Portalu potencjału, zgłaszania zmian potencjału – aneksowanie umów,
 - ✓ Przeglądu i edycji danych o zasobach świadczeniodawcy,
 - ✓ Przeglądu i edycji danych zatrudnionego personelu medycznego,
 - ✓ Kompleksowego przeglądu wyników weryfikacji,
 - ✓ Obsługi umów na realizację świadczeń,
 - ✓ Obsługi modułu rozliczeń w zakresie rozliczania świadczeń,
 - ✓ Wystawiania i przeglądu wniosków o rozliczenie indywidualne,
 - ✓ Wystawiania i obsługi recept,
 - ✓ Obsługi i pobierania plików technicznych NFZ,
 - ✓ Obsługi postępowań konkursowych w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

§ 60

REGULAMIN DZIAŁU TECHNICZNEGO

1. Dział podlega bezpośrednio Asystentowi Dyrektora Szpitala/ Koordynatorowi.
2. Na czele działu stoi kierownik, który koordynuje i nadzoruje pracę działu oraz odpowiada za prawidłowe jego funkcjonowanie pod względem merytorycznym zgodnie z zakresem nałożonych obowiązków.
3. Do zadań Działu Technicznego należy:
 - 1) Sprawowanie nadzoru nad prawidłową i ciągłą eksploatacją obiektów, urządzeń eksploatacyjnych, energetycznych oraz instalacji elektrycznej, wodociągowej, kanalizacji, centralnego ogrzewania, klimatyzacji, wentylacji, pary technologicznej i gazów medycznych oraz urządzeń transportu pionowego – dźwigów.
 - 2) Dokonywanie przeglądów technicznych celem opracowania planu remontów obiektu, instalacji i urządzeń energetycznych.
 - 3) Przygotowanie dokumentacji projektowo- kosztorysowej lub protokołu typowania robót.
 - 4) Organizowanie wykonawstwa zleconych robót.
 - 5) Opracowanie planów rzeczowo - finansowych w zakresie remontów.
 - 6) Kontrola dokumentacji technicznej oraz rozwiązywanie problemów technicznych wynikających w trakcie wykonywania robót.
 - 7) Organizowanie i wykonywanie napraw oraz konserwacji urządzeń i instalacji.
 - 8) Dokonywanie rozliczeń materiałów pobieranych przez konserwatorów do prac konserwacyjnych, awarii itp.
 - 9) Prowadzenie paszportów i ksiąg rewizji rejonowego dozoru technicznego.
 - 10) Prowadzenie odpowiedniej dokumentacji w dziale, związanej z obowiązującymi przepisami zewnętrznymi i wewnętrznymi.
 - 11) Prowadzenie rejestru faktur wpływających i wysyłanych przez dział.
 - 12) Prowadzenie ksiąg obiektów budowlanych.
 - 13) Sporządzanie odpowiedniej sprawozdawczości, zgodnie z obowiązującymi przepisami.
 - 14) Opracowywanie wniosków, określanie zagrożeń i wymogów technicznych oraz sporządzanie i aktualizowanie instrukcji eksploatacji urządzeń elektro – energetycznych, wodno – kanalizacyjnych, gazów medycznych i innych instalacji oraz instrukcji postępowania z odpadami medycznymi i pozostałymi niebezpiecznymi, urządzeń dźwigowych.
 - 15) Współpraca z Urzędem Dozoru Technicznego w zakresie wymogów przepisów eksploatacji urządzeń ciśnieniowych.
 - 16) Sprawowanie nadzoru nad instalacjami gazów medycznych (konserwacje, naprawy sieci instalacji urządzeń, utrzymanie ich w pełnej sprawności technicznej).
 - 17) Organizowanie i prowadzenie nadzoru technicznego nad robotami zgodnie z prawem budowlanym.
 - 18) Organizowanie i udział w odbiorach technicznych i przekazywanie obiektów do użytku.

- 19) Sprawdzanie kosztorysów powykonawczych.
- 20) Organizowanie gospodarki aparaturą i sprzętem medycznym w zakresie:
 - a. remontów i napraw;
 - b. instalowania, montażu, uruchomienia nowej aparatury i sprzętu medycznego;
 - c. rozliczeń rzeczowych i finansowych wynikających ze świadczonych usług przez specjalistyczne jednostki serwisu technicznego.
- 21) Zestawienie potrzeb komórek organizacyjnych w zakresie zakupów i wyposażenia.
- 22) Zabezpieczenie dostaw energii elektrycznej, energii cieplnej, gazu, wody, gazów medycznych do obiektów szpitalnych oraz prawidłowego funkcjonowania dźwigów szpitalnych.
- 23) Analizowanie i sporządzanie zestawień rozchodu opału (oleju, gazu itp.).
- 24) Analizowanie kosztów naprawy sprzętu medycznego, technicznego i biurowego.
- 25) Sprawowanie nadzoru i kontroli nad prawidłową gospodarką odpadami medycznymi i innymi odpadami niebezpiecznymi (organizowanie odbioru odpadów niebezpiecznych i innych niż niebezpieczne) zgodnie z obowiązującą ustawą.
- 26) Sporządzenie i analizowanie wykazu kosztów bezpośrednich z podziałem na poszczególne komórki organizacyjne / koszty energii elektrycznej, cieplnej, gazu, zużycia wody /.
- 27) Współpraca z Działem Administracyjnym w prowadzeniu postępowań o zamówienia publiczne w zakresie dostaw materiałów i urządzeń przeznaczonych do utrzymania bieżącej pracy Szpitala oraz wykonywania remontów, konserwacji i robót budowlanych.
- 28) Do zamawianych w w/w trybie asortymentów należy zaliczyć w szczególności:
 - a. paliwa płynne;
 - b. usługi techniczne w tym: orzeczenia, ekspertyzy, dokumentacja techniczna, naprawy sprzętu technicznego;
 - c. energia elektryczna i ciepła, gaz, olej opałowy, woda i ścieki;
 - d. materiały elektrotechniczne;
 - e. materiały instalacyjne i budowlane.
- 29) Sprawowanie nadzoru i kontroli nad przestrzeganiem przepisów BHP i p/ poź. na stanowisku pracy.
- 30) Prowadzenie pełnej dokumentacji i sprawozdawczości dotyczącej Działu Technicznego.
- 31) Opracowywanie bieżących informacji dla Dyrektora w zakresie prowadzonych spraw.

§ 61

REGULAMIN DZIAŁU ŻYWIENIA

1. Dział podlega bezpośrednio Asystentowi Dyrektora Szpitala/ Koordynatorowi.
2. Na czele Działu stoi kierownik.
3. Dział podlega bezpośrednio Asystentowi Dyrektora Szpitala/ Koordynatorowi.
4. Do zadań Działu należy w szczególności:
 - a) organizowanie procesu żywienia w Szpitalu dla potrzeb pacjentów w poszczególnych oddziałach,
 - b) opracowywanie szczegółowych jadłospisów z uwzględnieniem norm żywieniowych i wymogów dietetyczno-leczniczych,
 - c) organizowanie zaopatrzenia w artykuły spożywcze oraz prowadzenie magazynu artykułów żywnościowych,
 - d) terminowe przygotowanie posiłków i wydawanie poszczególnym oddziałom, planowanie i kalkulowanie kosztów żywienia;
 - e) zabezpieczenie właściwych warunków sporządzania posiłków, sprawowanie nadzoru i kontroli nad całokształtem procesu żywienia.

REGULAMINY STANOWISK SAMODZIELNYCH

§ 62

ASYSTENT DYREKTORA SZPITALA/ KOORDYNATOR

1. Asystent Dyrektora Szpitala/ Koordynator podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.
2. Do obowiązków Asystenta Dyrektora Szpitala/ Koordynatora należy:
 - 1) Zarządzanie podległymi komórkami organizacyjnymi Szpitala.

- 2) Podejmowanie działań i wydawanie poleceń zapewniających prawidłową działalność podległych komórek organizacyjnych Szpitala.
- 3) Zarządzanie zasobami ludzkimi w podległych komórkach organizacyjnych Szpitala.
- 4) Koordynowanie i nadzorowanie prac Działu Ekonomiczno-Finansowego, Sekcji Płac i pracownika zatrudnionego na stanowisku ds. analiz w zakresie współpracy z innymi komórkami organizacyjnymi Szpitala.
- 5) Podejmowanie działań i wydawanie poleceń w celu zapewnienia właściwej koordynacji i współpracy pomiędzy pozostałymi komórkami organizacyjnymi Szpitala.
- 6) Wspieranie Dyrektora Szpitala w wypełnianiu jego obowiązków.
- 7) Wykonywanie innych niż określone powyżej zadań zleconych bezpośrednio przez Dyrektora Szpitala, w szczególności w zakresie zarządzania i nadzoru nad działalnością każdej z komórek organizacyjnych Szpitala.

§ 63

REGULAMIN PEŁNOMOCNIKA DYREKTORA DS. INNOWACJI I MARKETINGU, POZYSKIWANIA ŚRODKÓW ZEWNĘTRZNYCH ORAZ OPTIMALIZACJI PROCESÓW

1. Pełnomocnik Dyrektora ds. Innowacji i Marketingu, Pozyskiwania Środków Zewnętrznych oraz Optymalizacji Procesów podlega bezpośrednio Asystentowi Dyrektora Szpitala/ Koordynatorowi.
2. Do zadań Pełnomocnika Dyrektora ds. Innowacji i Marketingu, Pozyskiwania Środków Zewnętrznych oraz Optymalizacji Procesów należy w szczególności:
 - 2.1. W zakresie innowacji i marketingu oraz pozyskiwania środków zewnętrznych:
 - a) Pozyskiwanie informacji o możliwych do uzyskania środkach zewnętrznych (miejskich, samorządowych, krajowych, europejskich), analiza możliwości ich pozyskiwania we współpracy z komórkami organizacyjnymi Szpitala.
 - b) Koordynacja przygotowywania wniosków o dofinansowanie i koordynacja realizacji projektów.
 - c) Kreowanie wizerunku Szpitala poprzez przygotowywanie strategii z zakresu komunikacji i polityki informacyjnej.
 - d) Utrzymywanie kontaktów z jednostkami sektora medycznego oraz urzędami w zakresie powierzonych obowiązków.
 - e) Inicjowanie działań na rzecz innowacyjnych projektów w Szpitalu.
 - f) Współpraca z wewnętrznymi komórkami organizacyjnymi Szpitala, partnerami i instytucjami lokalnymi na rzecz innowacyjnych projektów i przedsięwzięć.
 - g) Prowadzenie działań promocyjnych i informacyjnych dotyczących Szpitala.
 - h) Sporządzanie dokumentacji oraz projektów pism w zakresie realizacji obowiązków wskazanych powyżej oraz ich przechowywanie.
 - 2.2. W zakresie optymalizacji procesów:
 - a) Bieżąca analiza struktury Szpitala.
 - b) Bieżąca analiza procesów zachodzących w Szpitalu.
 - c) Przygotowanie założeń projektów strategii mających na celu optymalizację działalności Szpitala.
 - d) Wdrażanie i koordynacja strategii mających na celu optymalizację działalności Szpitala.
 - e) Opracowywanie strategii oraz szczegółowych planów mających na celu optymalizację działalności Szpitala.
 - f) Koordynacja procesów związanych z wdrażaniem Standardów Organizacyjnych Opieki Okołoporodowej.
 - g) Koordynacja procesów związanych z wdrażaniem programu Koordynowanej Opieki nad Ciężarną (KOC).
 - h) Współpraca z innymi komórkami Szpitala w zakresie niezbędnym do wypełniania powierzonych obowiązków.
 - i) Sporządzanie dokumentacji oraz projektów pism w zakresie realizacji obowiązków wskazanych powyżej oraz ich przechowywanie.

§ 64

REGULAMIN PEŁNOMOCNIKA DYREKTORA DS. CERTYFIKACJI I ORGANIZACJI

1. Pełnomocnik podlega bezpośrednio Asystentowi Dyrektora Szpitala/ Koordynatorowi.
2. Pełnomocnik Dyrektora ds. Certyfikacji i Organizacji pełni jednocześnie funkcję Pełnomocnika ds. Praw Pacjenta.
3. Do zadań Pełnomocnika Dyrektora ds. Certyfikacji i Organizacji należy w szczególności:
 - a) Pozyskiwanie dla Szpitala certyfikatów i programów, mających na celu doskonalenie jakości świadczonych usług.
 - b) Monitorowanie i koordynowanie wdrażania standardów akredytacyjnych.
 - c) Przedstawianie propozycji usprawnień w określonych obszarach działalności Szpitala, w tym informacji o konieczności zaktualizowania bądź udoskonalenia procedur, a także o potrzebie wprowadzenia innych mechanizmów.
 - d) Koordynowanie przedsięwzięć sprzyjających zapewnieniu jakości w Szpitalu.
 - e) Prowadzenie dokumentacji zgodnie z przyjętymi normami.
 - f) Utrzymywanie przyznanych certyfikatów.
 - g) Organizowanie i kompleksowe prowadzenie przeglądów wewnętrznych.
 - h) Współpraca z innymi komórkami Szpitala przy opracowywaniu procedur, instrukcji, zarządzeń i uchwał dotyczących zapewnieniu jakości.
 - i) Opracowywanie, nadzór nad procesem tworzenia, aktualizacji i rozpowszechniania dokumentacji systemowej.
 - j) Sprawdzanie dokumentacji systemowej przed zatwierdzeniem przez Dyrektora.
 - k) Prowadzenie spraw dotyczących realizacji wniosków pokontrolnych i terminowości ich wykonania.
 - l) Przygotowywanie, udział oraz sporządzanie protokołów z zebrań organizowanych przez Dyrektora Szpitala.
 - m) Opracowywanie zarządzeń, poleceń służbowych, pism okólnych oraz prowadzenie dokumentacji związanej z całokształtem działalności Szpitala w zakresie organizacji.
 - n) Prowadzenie rejestru zarządzeń Dyrektora Szpitala.
 - o) Opracowywanie i aktualizacja Statutu Szpitala oraz Regulaminu Organizacyjnego.
 - p) Organizacja, udział oraz sporządzanie protokołów z posiedzeń Rady Społecznej Szpitala.
 - q) Prowadzenie spraw związanych ze skargami i wnioskami.
 - r) Prowadzenie rejestru skarg i wniosków.

§ 65

REGULAMIN INSPEKTORA OCHRONY DANYCH

1. Pracownik zatrudniony na samodzielnym stanowisku Inspektora Ochrony Danych (IOD) podlega bezpośrednio Dyrektorowi.
2. Do zadań IOD należy:
 - a) informowanie Administratora Danych Osobowych (zwany dalej: ADO) oraz pracowników, którzy przetwarzają dane osobowe, o obowiązkach spoczywających na nich na mocy obowiązujących przepisów prawa o ochronie danych i doradzanie im w tej sprawie;
 - b) monitorowanie przestrzegania przepisów prawa o ochronie danych oraz polityk ADO w dziedzinie ochrony danych osobowych, w tym prowadzenie działań zwiększających świadomość pracowników, prowadzenie szkoleń personelu uczestniczącego w operacjach przetwarzania danych oraz powiązanych z tym audytów;
 - c) udzielanie na żądanie zaleceń, co do oceny skutków dla ochrony danych oraz monitorowanie jej wykonania;
 - d) współpraca z organem nadzorczym - Prezesem Urzędu Ochrony Danych Osobowych (zwanym dalej: PUODO);

- e) pełnienie funkcji punktu kontaktowego dla PUODO w kwestiach związanych z przetwarzaniem danych, w tym z uprzednimi konsultacjami określonymi w przepisach prawa dotyczących ochrony danych osobowych, oraz prowadzenie konsultacji we wszelkich innych sprawach;
 - f) pełnienie roli punktu kontaktowego dla osób, których dane dotyczą, we wszystkich sprawach związanych z przetwarzaniem ich danych osobowych oraz z wykonywaniem praw przysługujących im na mocy przepisów;
 - g) pełnienie funkcji punktu kontaktowego dla osób fizycznych składających wnioski dotyczące przetwarzania ich danych osobowych i wykonywania ich praw;
 - h) prowadzenie rejestru czynności przetwarzania danych osobowych zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
 - i) cykliczne przeprowadzanie audytów zgodności przetwarzania danych osobowych zgodnie z przepisami prawa i bezzwłoczne opracowanie sprawozdań dla ADO;
 - j) nadzorowanie i obsługa incydentów oraz naruszeń bezpieczeństwa danych osobowych a także prowadzenie odpowiedniej dokumentacji w tym zakresie, przeciwdziałanie im i zabezpieczanie materiału dowodowego;
 - k) opracowanie i aktualizowanie dokumentacji ochrony danych osobowych, w tym w szczególności polityki bezpieczeństwa, instrukcji zarządzania systemami informatycznymi, wykazów ewidencyjnych, umów powierzenia przetwarzania danych osobowych, oświadczeń w sprawach pracowniczych i innych;
 - l) utrzymywanie stałego kontaktu i współpraca z komórkami organizacyjnymi Szpitala w zakresie ochrony danych osobowych;
 - m) przeciwdziałanie dostępowi osób niepowołanych do systemów informatycznych, w których przetwarzane są dane osobowe;
 - n) nadzór nad fizycznym zabezpieczeniem pomieszczeń, w których przetwarzane są dane osobowe;
 - o) nadzór nad zabezpieczaniem komputerów przenośnych hasłami dostępu przed nieautoryzowanym uruchomieniem oraz niedostępianiem osobom nieupoważnionym do przetwarzania danych osobowych;
 - p) nadzór nad naprawami, konserwacją oraz likwidacją urządzeń komputerowych, na których zapisane są dane osobowe;
 - q) zarządzanie hasłami użytkowników i nadzór nad przestrzeganiem procedur określających częstotliwość ich zmiany zgodnie z wytycznymi zawartymi w dokumentacji wewnętrznej Szpitala.
3. IOD wypełnia swoje zadania z należyтым uwzględnieniem ryzyka związanego z operacjami przetwarzania danych, mając na uwadze charakter, zakres, kontekst i cele przetwarzania. IOD ma obowiązek oceny ryzyka w formie dokumentu dla komórek organizacyjnych ADO. IOD sporządza analizę oraz nadzoruje ryzyka związane z przetwarzaniem danych.

IOD w ramach umowy o pracę pełni funkcję specjalisty ds. dokumentacji:

1. Do zadań pracownika należy:
 - a) koordynowanie działań mających na celu zapewnienie jakości dokumentacji medycznej.
 - b) koordynowanie i opracowywanie procedur, instrukcji, standardów z zakresu dokumentacji medycznej.
 - c) współpraca z innymi komórkami Szpitala przy opracowaniu i modyfikacji procedur, instrukcji, standardów dotyczących dokumentowania świadczeń medycznych.
 - d) kontrola dokumentacji medycznej zbiorczej i indywidualnej pacjenta w wersji papierowej i elektronicznej zgodnie z wytycznymi zawartymi w Ustawach i Rozporządzeniach Ministra Zdrowia, procedurach wewnętrznych, pod względem zawartości, kompletności oraz autoryzacji.
 - e) sporządzanie protokołu z kontroli dokumentacji medycznej.
 - f) comiesięczne sporządzanie protokołu o nieterminowości zdania dokumentacji z oddziałów szpitalnych.
 - g) formułowanie wniosków dotyczących jakości dokumentacji medycznej na podstawie przeprowadzanych kontroli.
 - h) weryfikacja i ujednoczenie druków i formularzy w wersji papierowej i elektronicznej obowiązujących w Szpitalu.
 - i) dostosowanie druków i formularzy w wersji papierowej i elektronicznej do obowiązujących norm prawnych oraz potrzeb organizacyjnych Szpitala.
 - j) współpraca z oddziałami i komórkami organizacyjnymi Szpitala w opracowaniu dokumentacji medycznej.

- k) przeprowadzanie analizy dokumentowania odmów przyjęć do Szpitala.
- l) prowadzenie dokumentacji systemu jakości dotyczącej dokumentowania świadczeń medycznych zgodnie z przyjętymi normami.

§ 66

REGULAMIN PRACOWNIKA SOCJALNEGO

1. Pracownik Socjalny podlega bezpośrednio Naczelnaj Pielęgniarce.
2. Do zadań pracownika socjalnego Szpitala należy:
 - a) pomoc w organizacji środowiska opiekuńczego w środowisku domowym lub opieki instytucjonalnej dla pacjentów wymagających takiej pomocy oraz reprezentowanie pacjenta na zewnątrz Szpitala w celu rozwiązywania pilnych spraw socjalno-bytowych,
 - b) pomoc osobom i rodzinom przezwycięzania trudnych sytuacji życiowych, których nie są one w stanie pokonać wykorzystując własne uprawnienia, zasoby i możliwości,
 - c) zbieranie i analizowanie danych dotyczących sytuacji socjalno-bytowej pacjenta,
 - d) ustalanie zakresu pomocy jakiej będzie potrzebował pacjent opuszczający Szpital,
 - e) danych dotyczących wydolności samoopiekuńczej chorego i jego środowiska domowego,
 - f) ustalenie wspólnie z pacjentem i jego rodziną kierunków działań zmierzających do zapewnienia właściwego środowiska domowego, rodzinnego, zawodowego i szkolnego,
 - g) informowanie chorego i jego rodziny o możliwościach pomocy instytucjonalnej w zakresie opieki socjalno-bytowej,
 - h) pomoc rodzinie w stworzeniu normalnych warunków domowych powracającemu choremu ze Szpitala, przy współpracy z Ośrodkami Pomocy Społecznej w terenie,
 - i) pomoc choremu i jego rodzinie w nawiązywaniu kontaktu z instytucjami opieki zdrowotnej i pomocy socjalnej w rozwiązywaniu różnorodnych problemów życiowych,
 - j) podejmowanie działań zmierzających do uregulowania sytuacji prawnej dziecka dla zapewnienia prawidłowej opieki z umieszczeniem dziecka w placówce opiekuńczo - wychowawczej włącznie,
 - k) stałe pogłębianie i aktualizowanie wiadomości potrzebnych do realizacji zadań.

§ 67

REGULAMIN INSPEKTORA OCHRONY RADIOLOGICZNEJ

1. Inspektor ds. Ochrony Radiologicznej podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.
2. Do zadań Inspektora ds. Ochrony Radiologicznej należy:
 - 1) opracowywanie i uczestnictwo w testach stosowanej w Szpitalu aparatury radiologicznej,
 - 2) uczestniczenie w procesie tworzenia dokumentacji jakością zintegrowanego systemu zarządzania,
 - 3) nadzór nad aparaturą diagnostyczną i kontrolno – pomiarową,
 - 4) występowanie do Dyrekcji z wnioskami o zmianę warunków pracy pracowników, w szczególności w sytuacji, gdy wyniki pomiarów dawek indywidualnych uzasadniają taki wniosek,
 - 5) wydawanie opinii w ramach badania i sprawdzania urządzeń ochronnych i przyrządów pomiarowych, w zakresie skuteczności stosowanych środków i technik ochrony przed promieniowaniem jonizującym oraz sprawności i właściwego użytkowania przyrządów pomiarowych,
 - 6) prowadzenie dokumentacji dotyczącej bezpieczeństwa ochrony radiologicznej, w tym dotyczącej pracowników przebywających w warunkach narażenia,
 - 7) szkolenie pracowników oraz sprawdzanie i potwierdzanie ich kwalifikacji w zakresie zasad ochrony radiologicznej,
 - 8) opracowywanie programu pomiarów dozymetrycznych w środowisku pracy oraz ewidencji dawek indywidualnych pracowników i przedstawianie ich do zatwierdzenia,
 - 9) ustalenie wykazu środków ochrony indywidualnej oraz innego wyposażenia służącego ochronie pracowników i pacjentów oraz wnioskowanie i opiniowanie w sprawach ww. wyposażenia,
 - 10) współpraca z zakładowymi służbami bezpieczeństwa i higieny pracy, osobami wdrażającymi program zapewnienia jakości, służbami przeciwpożarowymi i ochrony środowiska w zakresie ochrony przed promieniowaniem jonizującym,
 - 11) nadzór nad postępowaniem wynikającym z zakładowego planu postępowania awaryjnego, jeżeli na terenie jednostki organizacyjnej zaistnieje zdarzenie radiacyjne,

12) inne czynności wymagane przepisami ustawy Prawo Atomowe.

§ 68

REGULAMIN SAMODZIELNEGO STANOWISKA DO SPRAW OBRONY CYWILNEJ

- I. Pracownik zajmujący się sprawami obronności podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.
- II. Do zadań pracownika należy:
 1. Zbieranie i ocena danych wyjściowych, do opracowania Planu OC Szpitala.
 2. Przedstawianie Dyrektorowi Szpitala propozycji w zakresie opracowania tegoż planu.
 3. Opracowanie planu OC Szpitala po zaakceptowaniu propozycji przedstawionych wcześniej Dyrektorowi.
 4. Bieżące uzgadnianie dokumentów Planu z właściwymi pracownikami Wydziału Bezpieczeństwa i Zarządzania Kryzysowego, Urzędu Miasta Wrocławia.
 5. Przekazywanie niezbędnych danych Planu osobom odpowiedzialnym za jego realizację planowanie i organizacja szkolenia pracowników Szpitala z zakresu obronności zgodnie z obowiązującymi wytycznymi.
 6. Prowadzenie ewidencji i sprawozdawczości z zakresu OC.
 7. Organizowanie niezbędnych dla potrzeb Szpitala oraz jego możliwości kadrowych Formacji Obrony Cywilnej.
 8. Wydawanie członkom Formacji Obrony Cywilnej kart przeznaczenia , oraz prowadzenie ewidencji tych kart.
 9. Utrzymanie stałego kontaktu ze specjalistycznymi komórkami zajmującymi się sprawami związanymi z OC istniejącymi w:
 - a) Urzędzie Miasta Wrocławia,
 - b) Dolnośląskim Urzędzie Wojewódzkim,
 - c) Urzędzie Marszałkowskim Województwa Dolnośląskiego,
 10. Uczestniczenie w opracowaniu Instrukcji Awaryjnej Szpitala i p/poż.
 11. Branie czynnego udziału w ewentualnych akcjach ratunkowych prowadzonych w oparciu o ustalenia zawarte w w/w instrukcji.
 12. Ponadto pracownik zatrudniony na samodzielnym stanowisku ds. obronności zobowiązany jest do wykonania innych, nie ujętych w niniejszym Regulaminie, zadań zleconych przez Dyrektora, m.in.:
 - 1) prowadzenie nadzoru nad przestrzeganiem przepisów o ochronie informacji niejawnych zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa w ramach pełnienia funkcji Pełnomocnika ds. ochrony informacji niejawnych,
 - 2) prowadzenie nadzoru nad ochroną informacji niejawnych wytwarzanych, przetwarzanych i przechowywanych w systemie teleinformatycznym w ramach pełnienia funkcji Inspektora bezpieczeństwa teleinformatycznego.

§ 69

REGULAMIN SAMODZIELNEGO STANOWISKA DO SPRAW BHP

1. Pracownik zajmujący się sprawami. BHP podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.
2. Do zadań pracownika należy:
 - a) systematyczna kontrola warunków pracy oraz przestrzegania przez pracowników zasad i przepisów bhp,
 - b) dokonywanie okresowych ocen i analiz stanu bhp,
 - c) informowanie Dyrekcji Szpitala o stanie bhp oraz o źródłach zagrożeń zawodowych i stawianie wniosków w tym zakresie,
 - d) wnioskowanie zmian związanych z poprawą bezpieczeństwa i higieny pracy,
 - e) opiniowanie instrukcji i zarządzeń w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy na poszczególnych stanowiskach pracy,
 - f) udział w opracowywaniu wniosków wynikających z badań przyczyn i okoliczności wypadków przy pracy oraz zachorowań na choroby zawodowe i kontrola realizacji wniosków,
 - g) współpraca w zakresie adaptacji nowo przyjmowanych pracowników, organizowanie i przeprowadzanie szkoleń w zakresie bhp,

- h) występowanie z wnioskami do poszczególnych komórek organizacyjnych o usunięcie stwierdzonych uchybień, względnie o wstrzymanie pracy na danym stanowisku pracy, w razie stwierdzenia bezpośredniego zagrożenia dla życia lub zdrowia.

§ 70

REGULAMIN SAMODZIELNEGO STANOWISKA DO SPRAW PRZECIWOŻAROWYCH

1. Pracownik zajmujący się sprawami związanymi z ochroną przeciwpożarową podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.
2. Do zadań pracownika należy:
 - a) prowadzenie spraw ochrony przeciwpożarowej i bezpośredni nadzór nad tą ochroną w obiektach i pomieszczeniach Szpitala,
 - b) realizacja zadań w zakresie bezpieczeństwa pożarowego zgodnie z ustawą o ochronie przeciwpożarowej i aktami wykonawczymi do ustawy,
 - c) prowadzenie ewidencji pożarów zaistniałych na terenie Szpitala oraz sporządzanie analiz stanu ochrony przeciwpożarowej obiektów dla potrzeb dyrekcji i organów Państwowej Straży Pożarnej,
 - d) przedkładanie Dyrektorowi wniosków w zakresie poprawy warunków bezpieczeństwa pożarowego oraz informowanie o występujących nieprawidłowościach i zagrożeniach,
 - e) opracowywanie harmonogramów działań w zakresie profilaktyki przeciwpożarowej oraz kontrola ich realizacji,
 - f) współdziałanie na rzecz ochrony przeciwpożarowej z kierownictwem działów, a w szczególności ze stanowiskami ds. BHP i ds. OC,
 - g) załatwianie spraw związanych z opiniowaniem przedkładanych projektów remontowych i modernizacyjnych obiektów oraz urządzeń w zakresie zgodności z wymogami ochrony przeciwpożarowej,
 - h) udział w odbiorach obiektów lub urządzeń z głosem doradczym w sprawach ochrony przeciwpożarowej,
 - i) prowadzenie wstępnych i informacyjnych szkoleń z zakresu ochrony przeciwpożarowej dla pracowników,
 - j) nadzór nad doborem, rozmieszczeniem oraz konserwacją podręcznego sprzętu gaśniczego i sprawnością wewnętrznej sieci hydrantowej w budynkach Szpitala,
 - k) nadzór nad oznakowaniem i utrzymaniem drożności dróg ewakuacyjnych i dojazdów pożarowych do budynków Szpitala,
 - l) nadzór nad utrzymaniem sprawności systemu sygnalizacji alarmu pożaru oraz monitoringu pożarowego w obiektach Szpitala,
 - m) udział w pracach komisji powołanej przez Dyrektora na wypadek zaistniałych zdarzeń związanych z zagrożeniami,
 - n) udział w naradach dotyczących ochrony przeciwpożarowej,
 - o) inicjowanie działalności w zakresie profilaktyki przeciwpożarowej dla pracowników Szpitala,
 - p) współdziałanie z właściwymi Komendami Państwowej Straży Pożarnej oraz Jednostkami Ratowniczo – Gaśniczymi PSP,
 - q) kontrola przestrzegania postanowień Instrukcji Bezpieczeństwa Pożarowego,
 - r) Inspektor ds. ochrony p.poż uprawniony jest do przeprowadzania kontroli wewnętrznych w zakresie przestrzegania przez pracowników przepisów przeciwpożarowych oraz wnioskowania do Dyrektora o wyciągnięcie konsekwencji służbowych wobec pracowników naruszających przepisy przeciwpożarowe.

§ 71

REGULAMIN KAPELANA SZPITALNEGO

- Do zadań Kapelana podlegającego bezpośrednio Dyrektorowi podmiotu leczniczego należy w szczególności:
- a) organizacja i wykonywanie ogółu czynności sakralnych zgodnie z liturgią wyznania rzymskokatolickiego oraz polsko-katolickiego,
 - b) duchowa pomoc chorym i ich rodzinom.
- Kapelan zobowiązany jest do:

- a) przestrzegania tajemnicy zawodowej i służbowej,
- b) przestrzegania dyscypliny pracy oraz przepisów bhp i przeciwpożarowych,
- c) poddawania się badaniom okresowym i kontrolnym.

§ 72

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Regulamin Organizacyjny ustala Dyrektor Szpitala, a opiniuje Rada Społeczna Szpitala.
2. W sprawach nieuregulowanych Regulaminem Organizacyjnym zastosowanie mają odpowiednie przepisy prawa polskiego oraz postanowienia aktów wewnętrznych Szpitala.
3. Wątpliwości w zakresie stosowania Regulaminu rozstrzyga Dyrektor.
4. Podanie Regulaminu Organizacyjnego do wiadomości pacjentów następuje przez wywieszenie w widocznym miejscu w Szpitalu oraz udostępnienie go na stronie internetowej Szpitala.
5. Postanowienia Regulaminu zostaną podane do wiadomości całemu personelowi Szpitala zgodnie z przyjętymi przez Szpital zasadami rozpowszechniania dokumentów.