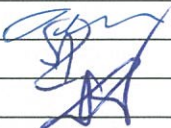


	Dolnośląski Szpital Specjalistyczny im. T. Marciniaka - Centrum Medycyny Ratunkowej		
PROCES:	Bezpieczeństwo zarządcze		
Status:	ogólnodostępny		
Nr: QP-8/BZ	Nr rej: 243	Wydanie: 31	Obowiązuje od: 24.06.2025r
DOKUMENT:	Regulamin Organizacyjny (tekst jednolity)		

Żadna część niniejszej dokumentu nie może być zmieniana bez wiedzy ani kopiowana bez zgody
Pełnomocnika Dyrektora ds. Zintegrowanego Systemu Zarządzania. Każdy wydruk
z aktualnej wersji elektronicznej jest dokumentem

NIENADZOROWANYM I NIE PODLEGA AKTUALIZACJI

	Imię i Nazwisko	Stanowisko	Data	Podpis
Opracował:	Kornela Kukuła	Kierownik Działu Organizacji i Jakości	19.06.25	
Zweryfikował:	Tomasz Tomkalski	p.o. L	23.06.25	
Zweryfikował:	Anna Zadrożna	P	23.06.25	
Zatwierdził:	Katarzyna Kapuścińska	N	24.06.25	

SPIS TREŚCI

CELE I ZADANIA SZPITALA	4
SPOSÓB KIEROWANIA JEDNOSTKĄ I KOMÓRKAMI ORGANIZACYJNYMI ZAKŁADU LECZNICZEGO	6
STRUKTURA ORGANIZACYJNA	12
ORGANIZACJA I ZADANIA POSZCZEGÓLNYCH KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH ZAKŁADU LECZNICZEGO ORAZ WARUNKI ICH WSPÓŁDZIAŁANIA.....	14
KOMÓRKI ORGANIZACYJNE PODLEGŁE DYREKTOROWI.....	14
KOMÓRKI ORGANIZACYJNE PODLEGŁE ZASTĘPCY DYREKTORA DS. EKONOMICZNO - EKSPLOATACYJNYCH.....	24
KOMÓRKI ORGANIZACYJNE PODLEGŁE ZASTĘPCY DYREKTORA DS. LECZNICTWA.....	36
KOMÓRKI ORGANIZACYJNE PODLEGŁE ZASTĘPCY DYREKTORA DS. PIELĘGNIARSKICH - PIELĘGNIARCE NACZELNEJ	50
PRZEBIEG PROCESU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W KOMÓRKACH ORGANIZACYJNYCH SZPITALA.....	55
WARUNKI WSPÓŁDZIAŁANIA Z INNYMI PODMIOTAMI WYKONUJĄCYMI DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ W ZAKRESIE ZAPEWNIENIA PRAWDŁOWOŚCI DIAGNOSTYKI, LECZENIA, PIELĘGNACJI I REHABILITACJI PACJENTÓW ORAZ CIĄGŁOŚCI PRZEBIEGU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH	58
ZASADY POBYTU W ODDZIALE.....	58
REGULAMIN ODWIEDZIN	60
ZAKRES OPIEKI, JAKĄ MOŻE ŚWIADCZYĆ RODZINA LUB OSOBY BLISKIE W PROCESIE OPIEKI NAD PACJENTEM.....	60
UDOSTĘPNIANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ I WYSOKOŚĆ OPŁAT Z TYM ZWIĄZANYCH	61
ORGANIZACJA PROCESU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W PRZYPADKU POBIERANIA OPŁAT ORAZ WYSOKOŚĆ OPŁAT ZA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH INNYCH NIŻ FINANSOWANE ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH	62
PRZEPISY KOŃCOWE	62

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Dolnośląski Szpital Specjalistyczny im. T. Marciniaka - Centrum Medycyny Ratunkowej (zwany dalej: Szpitalem) jest podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą, działającym w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.
2. Regulamin Organizacyjny (zwany dalej: Regulaminem) określa sprawy dotyczące sposobu i warunków udzielania świadczeń zdrowotnych przez Szpital, nieuregulowane w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej lub w Statucie Szpitala.
3. Regulamin ustala Dyrektor Szpitala.
4. Celem wykonywania zadań przez Szpital ustala się wewnętrzną organizację przedstawioną w dalszej części niniejszego Regulaminu.
5. Ilekroć w niniejszym Regulaminie mowa o:
 - 1) pracowniku - należy przez to rozumieć każdą osobę zatrudnioną w Szpitalu niezależnie od formy zatrudnienia;

§ 2

1. Niniejszy Regulamin opracowano na podstawie:
 - 1) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
 - 2) innych przepisów dotyczących funkcjonowania oraz wpływających na funkcjonowanie podmiotów leczniczych;
 - 3) Statutu Szpitala.

§ 3

1. Regulamin określa w szczególności:
 - 1) cele i zadania Szpitala;
 - 2) strukturę organizacyjną zakładów leczniczych Szpitala;
 - 3) rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych;
 - 4) miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych;
 - 5) przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości tych świadczeń w jednostkach lub komórkach organizacyjnych zakładów leczniczych Szpitala;
 - 6) organizację i zadania poszczególnych jednostek lub komórek organizacyjnych zakładów leczniczych Szpitala oraz warunki współdziałania tych jednostek lub komórek dla zapewnienia sprawnego i efektywnego funkcjonowania Szpitala pod względem diagnostyczno-leczniczym, pielęgnacyjnym, rehabilitacyjnym i administracyjno-gospodarczym;
 - 7) warunki współdziałania z innymi podmiotami leczniczymi, wykonującymi działalność leczniczą w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji pacjentów oraz ciągłości przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych;
 - 8) wysokość opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej, ustalonej w sposób określony w art. 28 ust. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;
 - 9) organizację procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat;
 - 10) wysokość opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny od osób lub instytucji uprawnionych do pochowania zwłok na podstawie ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych oraz od podmiotów, na zlecenie których przechowuje się zwłoki w związku z toczącym się postępowaniem karnym;
 - 11) wysokość opłat za udzielane świadczenia zdrowotne, które mogą być, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej lub przepisami odrębnymi, udzielane za częściową albo pełną odpłatnością;
 - 12) sposób kierowania jednostkami lub komórkami organizacyjnymi Szpitala;
 - 13) zasady prowadzenia monitoringu wizyjnego na terenie Szpitala.

§ 4

1. Szpital udziela świadczeń zdrowotnych na podstawie wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Dolnośląskiego.
2. Siedzibą Szpitala jest miasto Wrocław.
3. Działalność medyczna prowadzona jest przez Szpital w Obiekcie Szpitalnym położonym przy ul. Gen. Augusta Emila Fieldorfa 2 we Wrocławiu, dzierżawionym od spółki Inwestycje Dolnośląskie Sp. z o.o. (dawniej jako Spółka Nowy Szpital Wojewódzki Sp. z o.o.) na podstawie Umowy dzierżawy z dnia 21 sierpnia 2015 r.

**POSTANOWIENIA SZCZEGÓLNE DOTYCZĄCE STANU ZAGROŻENIA
EPIDEMIOLOGICZNEGO LUB STANU EPIDEMII**

§ 4¹

1. W przypadku ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii, Szpital prowadzi działania zabezpieczające poprzez m.in.:
 - 1) hospitalizację pacjentów podejrzanych o zakażenie lub zakażonych;
 - 2) wydzielanie, na podstawie decyzji wydawanych przez Wojewodę Dolnośląskiego, łóżek szpitalnych stanowiących podstawową bazę łózkową przeznaczoną do hospitalizacji pacjentów podejrzanych o zakażenie lub zakażonych;
 - 3) pobieranie materiału do badań w zorganizowanym w strukturze Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, Punkcie Pobrań materiałów do badań;
 - 4) prowadzenie szczepień ochronnych szczepionkami dopuszczonymi do użytkowania na terenie Unii Europejskiej.
2. Wydzielanie łóżek na potrzeby hospitalizacji pacjentów podejrzanych o zakażenie lub zakażonych, o którym mowa w ust. 1 pkt 2) powyżej, odbywać się będzie poprzez wydanie zarządzenia Dyrektora Szpitala.
3. Łóżka wydzielane zarządzeniami, o których mowa w ust. 2, co do zasady określane będą nomenklaturą przyjętą w wewnętrznych procedurach przeciwdziałania epidemii w związku z ogłoszonym stanem zagrożenia epidemicznego lub stanem epidemii.
4. W przypadku otrzymania decyzji Wojewody Dolnośląskiego wprowadzającej zakaz odwiedzin pacjentów hospitalizowanych w oddziałach, w Szpitalu wprowadza się zarządzeniem Dyrektora zakaz odwiedzin, którego szczegółowe zasady zawarte będą w procedurze uwzględniającej rekomendacje organów rządowych lub samorządowych.
5. W czasie ogłoszenia zakazu odwiedzin wprowadza się możliwość przekazywania rzeczy/paczek pacjentom przebywającym w oddziałach szpitala, zgodnie z odrębnym regulaminem.

CELE I ZADANIA SZPITALA

§ 5

1. Szpital jest utworzony i utrzymywany w celu:
 - 1) udzielania świadczeń zdrowotnych:
 - a) stacjonarnych i całodobowych szpitalnych;
 - b) ambulatoryjnych;
 - 2) realizacji zadań z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia;
 - 3) realizacji zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, w tym wdrażania nowych technologii medycznych oraz metod leczenia.
2. Do podstawowych zadań Szpitala należy udzielanie stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych: szpitalnych oraz ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych.
3. Do zadań Szpitala należy również:
 - 1) współdziałanie z innymi podmiotami w zakresie prowadzenia szkoleń i doskazywania osób udzielających świadczeń zdrowotnych, na podstawie uzgodnionych programów określonych w stosownych porozumieniach i umowach;
 - 2) prowadzenie profilaktyki i promocji zdrowia oraz działań leczniczo-rehabilitacyjnych;

- 3) realizacja, zleconych przez właściwy organ, określonych zadań związanych z obronnością państwa, obroną cywilną i ochroną ludności z zastosowaniem przepisów o ochronie informacji niejawnych.
4. Szpital zawiera umowy na realizację świadczeń zdrowotnych, a także programów zdrowotnych i zadań dodatkowych, z dysponentami środków publicznych i niepublicznych.
5. Szpital może podejmować współpracę z zagranicznymi i polskimi instytucjami ochrony zdrowia w zakresie udzielenia świadczeń zdrowotnych i promocji zdrowia, kształcenia i doskonalenia kadr medycznych oraz organizacjami międzynarodowymi, w tym finansowo-ubezpieczeniowymi, realizującymi cele zbliżone do działalności statutowej Szpitala oraz może być członkiem takich organizacji, na zasadach określonych w odrębnych przepisach.
6. W wykonywaniu zadań Szpital:
 - 1) współdziała z innymi podmiotami leczniczymi;
 - 2) korzysta ze współpracy międzynarodowej na mocy odrębnych porozumień;
 - 3) współpracuje z uczelniami wyższymi i instytutami naukowo-badawczymi;
 - 4) współpracuje z ośrodkami szkoleniowymi kadry medycznej.
7. W celu zapewnienia kompleksowej realizacji świadczeń zdrowotnych Szpital może, w ramach środków finansowych określonych w umowie z płatnikiem, wykonywać świadczenia poprzez osoby trzecie w oparciu o zawarte z nimi umowy, zgodnie z obowiązującymi przepisami.
8. Szpital może prowadzić, bez szkody dla jakości i dostępności realizowanych statutowo świadczeń zdrowotnych, działalność gospodarczą inną niż działalność lecznicza, w szczególności poprzez:
 - 1) wynajem wolnych powierzchni, będących w jego dyspozycji na podstawie Umowy dzierżawy zawartej ze Spółką Inwestycje Dolnośląskie Sp. z o.o.;
 - 2) wynajem, dzierżawę i zbycie wyposażenia, urządzeń, sprzętu itp., zbędnych lub nieprzydatnych w danym okresie dla realizacji podstawowych celów i zadań Szpitala określonych w Statucie;
 - 3) prowadzenie działalności usługowej, wypożyczanie sprzętu medycznego, sterylizację narzędzi i sprzętu medycznego;
 - 4) uczestniczenie w przygotowaniu osób do wykonywania zawodu medycznego i kształceniu personelu medycznego.
9. Zbycie, wydzierżawienie lub wynajęcie aktywów może być dokonane przez Szpital na zasadach określonych przez Sejmik Województwa Dolnośląskiego.
10. Wewnętrzny porządek i czas pracy poszczególnych grup zawodowych określa Regulamin Pracy Szpitala ustalony przez Dyrektora, po uzgodnieniu ze związkami zawodowymi działającymi na terenie Szpitala.

§ 5¹

- 1- W związku z podpisaniem umowy nr 0/0180/1754/2022 z dnia 22 grudnia 2022 r. z Politechniką Wrocławską oraz w związku z Zarządzeniem wewnętrznym Rektora Politechniki Wrocławskiej nr 19/2025 z dnia 21 lutego 2025 r., w sprawie utworzenia klinik jako jednostek organizacyjnych katedr na Wydziale Medycznym z dniem 1 kwietnia 2025 r. w Szpitalu tworzy się:
 - 1) Klinikę Kardiologii przy Dolnośląskim Szpitalu Specjalistycznym im. T. Marciniaka – Centrum Medycyny Ratunkowej;
 - 2) Klinikę Endokrynologii, Diabetologii i Chorób Wewnętrznych przy Dolnośląskim Szpitalu Specjalistycznym im. T. Marciniaka – Centrum Medycyny Ratunkowej,
 - 3) Klinikę Neurochirurgii przy Dolnośląskim Szpitalu Specjalistycznym im. T. Marciniaka – Centrum Medycyny Ratunkowej;
 - 4) Klinikę Ortopedii, Artroskopii i Traumatologii Narządu Ruchu przy Dolnośląskim Szpitalu Specjalistycznym im. T. Marciniaka – Centrum Medycyny Ratunkowej;
 - 5) Klinikę Reumatologii i Chorób Wewnętrznych przy Dolnośląskim Szpitalu Specjalistycznym im. T. Marciniaka – Centrum Medycyny Ratunkowej;
 - 6) Klinikę Urologii i Onkologii Urologicznej przy Dolnośląskim Szpitalu Specjalistycznym im. T. Marciniaka – Centrum Medycyny Ratunkowej.
- 2- / 1¹W związku z podpisaniem umowy nr 0/0180/1754/2022 z dnia 22 grudnia 2022 r. z Politechniką Wrocławską oraz w związku z Zarządzeniem wewnętrznym Rektora Politechniki Wrocławskiej nr 48/2025 z dnia 25 kwietnia 2025 r. w sprawie utworzenia klinik jako jednostek organizacyjnych katedr na Wydziale Medycznym z dniem 15 lipca 2025 r. w Szpitalu tworzy się:
 - 1) Klinikę Chirurgii Dziecięcej przy Dolnośląskim Szpitalu Specjalistycznym im. T. Marciniaka – Centrum Medycyny Ratunkowej.
2. Osobą odpowiedzialną za działalność dydaktyczną i badawczą w udostępnionej jednostce organizacyjnej Szpitala jest Kierownik Kliniki zatrudniony przez Dyrektora Szpitala, powołany przez Rektora Uczelni. Kierownik Kliniki w zakresie działalności dydaktycznej i badawczej podlega Rektorowi Uczelni, natomiast w pozostałym zakresie Dyrektorowi Szpitala.
3. Kliniki realizują zadania badawcze i dydaktyczne (kształcenie przed- i podyplomowe w zawodach medycznych) w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia.
4. Kliniki korzystać będą z mienia Wydziału Medycznego oraz z infrastruktury jednostek medycznych.

SPOSÓB KIEROWANIA JEDNOSTKĄ I KOMÓRKAMI ORGANIZACYJNYMI ZAKŁADU LECZNICZEGO

§ 6

1. Organami Szpitala są Dyrektor i Rada Społeczna.
2. Dyrektor zarządza Szpitalem, podejmuje decyzje dotyczące jego funkcjonowania i ponosi za nie odpowiedzialność.
3. Dyrektor kieruje Szpitalem oraz jednostkami i komórkami organizacyjnymi zakładów leczniczych Szpitala przy pomocy:
 - 1) Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomiczno-Eksploatacyjnych;
 - 2) Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa;
 - 3) Zastępcy Dyrektora ds. Pielęgniarskich - Pielęgniarki Naczelnej;
 - 4) Głównego Księgowego.
4. Dyrektor wykonuje wszystkie prawa obowiązki, jakie na Szpital nakładają obowiązujące przepisy, prowadzi sprawy oraz reprezentuje Szpital na zewnątrz.
5. W razie nieobecności Dyrektora trwającej powyżej trzech dni, do reprezentowania Szpitala na zewnątrz upoważnieni są w następującej kolejności (na podstawie pełnomocnictwa udzielonego w formie pisemnej):
 - 1) Zastępca Dyrektora ds. Ekonomiczno-Eksploatacyjnych;
 - 2) Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa;
 - 3) Zastępca Dyrektora ds. Pielęgniarskich - Pielęgniarka Naczelna;

- 4) Główny Księgowy.
6. Dyrektor wykonując swoją funkcję, zapewnia w szczególności:
 - 1) koordynowanie działania wszystkich komórek organizacyjnych w zakresie zgodności z zadaniami statutowymi;
 - 2) współdziałanie z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą;
 - 3) realizację zadań zleconych przez podmiot tworzący;
 - 4) udzielanie świadczeń zdrowotnych wyłącznie przez osoby o odpowiednich kwalifikacjach zawodowych określonych odrębnymi przepisami.
7. Dyrektor podejmuje decyzje w sprawach pracowniczych.
8. Do wyłącznej kompetencji Dyrektora należą sprawy:
 - 1) związane z wykonywaniem funkcji kierownika podmiotu;
 - 2) nadzoru nad działalnością osób bezpośrednio podległych;
 - 3) współdziałania z Radą Społeczną i Związkami Zawodowymi;
 - 4) wydawania Regulaminu Organizacyjnego.
9. Dyrektor na czas swojej nieobecności może upoważnić Zastępcę Dyrektora do czynności wyżej wymienionych.
10. Poza godzinami pracy Dyrektora lub administracji, tj. od godz. 15⁰⁰ do godz. 7²⁵ w dni powszednie oraz przez całą dobę w dni wolne od pracy, kompetencje Dyrektora w zakresie świadczeń zdrowotnych i koordynacji pracy personelu, wynikające z obowiązujących przepisów prawa oraz regulaminów i zarządzeń wewnętrznych, sprawuje kierownik dyżuru Szpitala.

§ 7

1. Kierownikiem dyżuru Szpitala jest lekarz dyżurny - specjalista z Oddziału Kardiologii wyznaczany na dany dzień w grafiku dyżurów oddziałów Szpitala.
2. Kierownik dyżuru w czasie pełnienia dyżuru jest bezpośrednim przełożonym wszystkich pracowników Szpitala.
3. Jeżeli podczas dyżuru zaistniały sytuacje nadzwyczajne, kierownik dyżuru przekazuje informację za pośrednictwem poczty elektronicznej dnia następnego do godz. 9⁰⁰ do Dyrektora lub Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa. Informacja powinna obejmować:
 - 1) czas rozpoczęcia dyżuru;
 - 2) czas zakończenia dyżuru;
 - 3) zaistniałe sytuacje;
 - 4) podjęte działania.
4. W przypadku, gdy zachodzi konieczność opuszczenia oddziału przez lekarza dyżurnego należy zgłosić ten fakt kierownikowi dyżuru Szpitala, który ma obowiązek niezwłocznego poinformowania o tym fakcie Dyrektora lub Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa. Lekarz dyżurny nie może opuścić oddziału bez zastępstwa, gdy dyżur pełniony jest jednoosobowo. Kierownik dyżuru ma obowiązek wyznaczyć innego lekarza dla zabezpieczenia udzielania świadczeń w ramach dyżuru pełnionego przez dany oddział.
5. Kierownik dyżuru Szpitala ma obowiązek przyjąć produkt leczniczy i wyrób medyczny zamówiony w trybie „na ratunek” dostarczony do Szpitala po godz. 15⁰⁰, tj. po godzinach pracy administracji i Apteki Szpitalnej, a następnie przekazać go do komórki organizacyjnej, która złożyła zamówienie.
6. W przypadku zaistnienia sytuacji nadzwyczajnych, kierownik dyżuru do chwili przybycia Dyrektora kieruje akcją mającą na celu usunięcie awarii lub ratowniczą zgodnie z obowiązującą w Szpitalu procedurą postępowania na wypadek sytuacji nadzwyczajnych.
7. Gdy zachodzi konieczność przyjęcia większej ilości 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 w szczególności posiada kompetencję decyzyjną w zakresie przekazania pacjenta ze Szpitalnego Oddziału Ratunkowego na inny oddział Szpitala, o czym mowa w § 63 niniejszego regulaminu.
9. Kierownik dyżuru wykonuje ponadto inne czynności zlecone przez Dyrektora, bądź Zastępcę Dyrektora ds. Lecznictwa, bezpośrednio wiążące się z zakresem obowiązków, a nieujęte w niniejszym Regulaminie.

§ 8

1. Dyrektor powołuje Zastępcę Dyrektora ds. Ekonomiczno-Eksploatacyjnych.
2. Do zadań Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomiczno-Eksploatacyjnych należy w szczególności:
 - 1) nadzorowanie pracy podległych komórek organizacyjnych w sposób zapewniający prawidłowe wykonywanie powierzonych zadań i współpraca z pozostałymi;
 - 2) koordynowanie prac związanych z przygotowywaniem ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (zwany dalej: NFZ), Ministerstwo Zdrowia (zwane dalej: MZ) i inne podmioty;
 - 3) uczestnictwo w negocjacjach z NFZ;
 - 4) sprawowanie nadzoru w ramach przyjętego w Szpitalu systemu kontroli zarządczej;
 - 5) bieżący monitoring nad realizacją świadczeń zdrowotnych udzielanych w Szpitalu na podstawie umów z NFZ, MZ i innymi podmiotami;
 - 6) uczestniczenie, w zakresie obowiązującego prawa i powierzonych kompetencji, w komisjach, komitetach i zespołach powołanych przez Dyrektora;
 - 7) znajomość aktualnie obowiązujących przepisów, odnoszących się do zadań wynikających z zakresu obowiązków;
 - 8) opracowywanie i opiniowanie oraz nadzorowanie standardów i procedur obowiązujących w Szpitalu zgodnie z zasadami nadzoru nad dokumentami zintegrowanego systemu zarządzania;
 - 9) zarządzanie zasobami ludzkimi w podległych komórkach organizacyjnych poprzez:
 - a) ustalenie liczby i rodzaju stanowisk w poszczególnych komórkach organizacyjnych,
 - b) ustalanie zakresu obowiązków, uprawnień, odpowiedzialności i kwalifikacji na poszczególnych stanowiskach,
 - c) prowadzenie właściwej polityki kadrowej, tj. stała analiza zatrudnienia oraz wnioskowanie o przyjęcia i zwolnienia pracowników,
 - d) doskonalenie systemu oceniania i motywowania pracowników,
 - e) motywowanie personelu do podnoszenia kwalifikacji zawodowych,
 - 10) planowanie i nadzorowanie postępowań o udzielenie zamówienia publicznego, prowadzonych w podległych komórkach, na podstawie przepisów dotyczących zamówień publicznych;
 - 11) nadzór nad sporządzaniem planu rzeczowo-finansowego oraz prowadzeniem gospodarki finansowej Szpitala;
 - 12) opracowywanie niezbędnych analiz ekonomiczno-finansowych i nadzór nad sporządzaniem sprawozdań finansowych, zgodnie z obowiązującym przepisami prawa;
 - 13) zatwierdzanie planów inwestycyjnych oraz planowanie środków finansowych na ten cel i nadzór nad ich prawidłowym i terminowym realizowaniem;
 - 14) akceptowanie planów i zapotrzebowań na zakupy wszystkich komórek organizacyjnych Szpitala od strony zabezpieczenia środków finansowych;
 - 15) nadzór nad prawidłowością stosowania i obiegu dokumentacji finansowo-księgowej;
 - 16) nadzór i kontrola prawidłowości zawieranych umów o świadczenie usług, konserwację systemów informatycznych, urządzeń, aparatury i sprzętu medycznego itp.;
 - 17) wykonywanie wspólne z Głównym Księgowym dyspozycji środkami pieniężnymi Szpitala;
 - 18) dbałość o zapewnienie należytego wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, nadzór nad efektywnym wykorzystaniem środków na ten cel;
 - 19) nadzór nad organizacyjną stroną informatyzacji Szpitala i wykorzystaniem infrastruktury informatycznej;
 - 20) koordynowanie prac związanych z przygotowywaniem planów, programów, strategii Szpitala, a także kontrolowanie ich realizacji;
 - 21) nadzór nad realizacją planów Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych (zwanego dalej: ZFŚS): podpisywanie wydatków z ZFŚS (pożyczek, zapomóg, wniosków o wczasy i wypoczynek dzieci);
 - 22) innych zadań zleconych przez Dyrektora, jeżeli nie są one sprzeczne z aktualnie obowiązującymi przepisami prawa.

§ 9

1. Dyrektor, po przeprowadzonym konkursie, powołuje Zastępcę Dyrektora ds. Lecznictwa.

2. Do zadań Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa należy w szczególności:
 - 1) nadzorowanie pracy podległych komórek organizacyjnych w sposób zapewniający prawidłowe wykonywanie powierzonych zadań i współpraca z pozostałymi;
 - 2) koordynowanie prac związanych z przygotowywaniem ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych finansowanych przez NFZ, MZ i inne podmioty;
 - 3) uczestnictwo w negocjacjach z NFZ;
 - 4) bieżący monitoring nad realizacją świadczeń zdrowotnych udzielanych w Szpitalu na podstawie umów z NFZ, MZ i innymi podmiotami;
 - 5) zarządzanie zasobami ludzkimi w podległych komórkach organizacyjnych poprzez:
 - a) określanie liczby i rodzaju stanowisk w poszczególnych komórkach organizacyjnych,
 - b) ustalanie zakresu obowiązków, uprawnień, odpowiedzialności i kwalifikacji na poszczególnych stanowiskach,
 - c) prowadzenie właściwej polityki kadrowej, tj. stała analiza zatrudnienia oraz wnioskowanie o przyjęcia i zwolnienia pracowników,
 - d) zapewnienie sprawności w organizowaniu i funkcjonowaniu opieki lekarskiej,
 - e) nadzorowanie zatrudnienia na poszczególnych stanowiskach (m.in. grafiki, umowy cywilno-prawne),
 - f) doskonalenie systemu oceniania i motywowania pracowników,
 - g) motywowanie personelu do podnoszenia kwalifikacji zawodowych,
 - 6) nadzorowanie jakości usług podległego personelu poprzez:
 - a) opracowywanie i opiniowanie oraz nadzorowanie standardów i procedur obowiązujących w Szpitalu zgodnie z zasadami nadzoru nad dokumentami zintegrowanego systemu zarządzania,
 - b) planowanie budżetu i zasobów potrzebnych do właściwej realizacji świadczeń,
 - c) dokonywanie systematycznej oceny jakości realizowanych świadczeń,
 - 7) znajomość aktualnie obowiązujących przepisów powszechnie obowiązujących i regulacji wewnętrznych, odnoszących się do zadań wynikających z zakresu obowiązków;
 - 8) sprawowanie nadzoru w ramach przyjętego w Szpitalu systemu kontroli zarządczej;
 - 9) współpraca z samorządem lekarskim i pielęgniarskim;
 - 10) uczestniczenie, w zakresie obowiązującego prawa i powierzonych kompetencji, w komisjach, komitetach i zespołach powołanych przez Dyrektora;
 - 11) nadzór i koordynowanie działalności Szpitala w sferze udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym bieżąca kontrola dokumentacji medycznej;
 - 12) nadzór i koordynowanie działalności Szpitala w zakresie sanitarno – epidemiologicznym;
 - 13) planowanie i optymalizacja zatrudnienia oraz udział w procesie rekrutacji personelu medycznego;
 - 14) nadzór nad prawidłowym prowadzeniem dokumentacji medycznej w Szpitalu;
 - 15) nadzór nad racjonalną gospodarką wyrobami medycznymi i lekami;
 - 16) nadzór merytoryczny nad przygotowywaniem i przeprowadzaniem postępowań o udzielenie zamówienia publicznego w Szpitalu w powierzonym zakresie;
 - 17) dbanie o dostępność, ciągłość i rzetelność udzielania świadczeń zdrowotnych, usług medycznych, badań profilaktycznych i porad lekarskich;
 - 18) rozpatrywanie wniosków, skarg i uwag pacjentów;
 - 19) nadzór nad rozliczaniem do płatnika udzielonych świadczeń zdrowotnych;
 - 20) wykonywanie innych zadań zleconych przez Dyrektora, jeżeli nie są one sprzeczne z aktualnie obowiązującymi przepisami prawa.

§ 10

1. Dyrektor, po przeprowadzonym konkursie, powołuje Zastępcę Dyrektora ds. Pielęgniarskich - Pielęgniarkę Naczelną.
2. Do zadań i obowiązków Zastępcy Dyrektora ds. Pielęgniarskich - Pielęgniarki Naczelnej należy w szczególności:
 - 1) nadzorowanie pracy podległych komórek organizacyjnych w sposób zapewniający prawidłowe wykonywanie powierzonych zadań i współpraca z pozostałymi;

- 2) koordynowanie prac związanych z przygotowywaniem ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych finansowanych przez NFZ, MZ i inne podmioty;
- 3) bieżący monitoring nad realizacją świadczeń zdrowotnych udzielanych w Szpitalu na podstawie umów z NFZ, MZ i innymi podmiotami;
- 4) opracowywanie struktury organizacyjnej pionu pielęgniarskiego i innego jej podległego oraz komórek organizacyjnych;
- 5) opracowywanie i przestrzeganie zatwierdzonej etatyzacji dotyczącej podległego personelu;
- 6) znajomość aktualnie obowiązujących przepisów, powszechnie obowiązujących i regulacji wewnętrznych, odnoszących się do zadań wynikających z zakresu obowiązków;
- 7) zarządzanie zasobami ludzkimi w podległych komórkach organizacyjnych poprzez m.in.:
 - a) określanie liczby i rodzaju stanowisk w poszczególnych komórkach organizacyjnych,
 - b) ustalanie zakresu obowiązków, uprawnień, odpowiedzialności i kwalifikacji na poszczególnych stanowiskach,
 - c) prowadzenie właściwej polityki kadrowej, tj. stała analiza zatrudnienia oraz wnioskowanie o przyjęcia i zwolnienia pracowników,
 - d) zapewnienie sprawności w organizowaniu i funkcjonowaniu opieki pielęgniarskiej,
 - e) nadzorowanie zatrudnienia na poszczególnych stanowiskach (grafiki, zespół dyspozycyjny),
 - f) doskonalenie systemu oceniania i motywowania pracowników,
 - g) motywowanie personelu do podnoszenia kwalifikacji zawodowych,
 - h) opracowywanie strategii pozyskiwania, kariery, rozwoju podległych pracowników;
- 8) nadzorowanie jakości usług podległego personelu poprzez m.in.:
 - a) opracowywanie, opiniowanie i nadzorowanie standardów pielęgniarskich oraz innych standardów obowiązujących w Szpitalu zgodnie z zasadami nadzoru nad dokumentami zintegrowanego systemu zarządzania,
 - b) planowanie budżetu i zasobów potrzebnych do właściwej realizacji świadczeń,
 - c) dokonywanie systematycznej oceny jakości i dostępności realizowanych świadczeń, przestrzeganie standardów opieki, wyposażenia i obsługi na podległych stanowiskach pracy;
- 9) sprawowanie nadzoru w ramach przyjętego w Szpitalu systemu kontroli zarządczej;
- 10) współpraca z samorządem lekarskim i pielęgniarskim;
- 11) nadzór nad stanem sanitarno-higienicznym w komórkach działalności podstawowej oraz jakością sterylizacji na terenie Szpitala;
- 12) współpraca z Państwowym Powiatowym Inspektorem Sanitarnym we Wrocławiu w zakresie kontroli, realizacji zaleceń, wydawania zgód i opinii organu sanitarnego;
- 13) uczestnictwo w planowaniu strategicznym poprzez wyznaczanie dla podległego personelu zadań, terminów i sposobów ich wykonania;
- 14) uczestniczenie, w zakresie obowiązującego prawa i powierzonych kompetencji, w komisjach, komitetach i zespołach powołanych przez Dyrektora;
- 15) nadzór merytoryczny nad przygotowywaniem i przeprowadzeniem postępowań o udzielenie zamówienia publicznego w Szpitalu w powierzonym zakresie;
- 16) kontrola jakości i terminowości dokumentacji pielęgniarskiej sporządzanej przez podległy personel;
- 17) wykonywanie innych zadań zleconych przez Dyrektora Szpitala w ramach swoich kwalifikacji zawodowych.

§ 11

1. Do podstawowego zakresu obowiązków osób zatrudnionych na stanowiskach kierowniczych (m.in. ordynator / lekarz kierujący oddziałem, pielęgniarka oddziałowa /pielęgniarz oddziałowy, pielęgniarka koordynująca, kierownik komórki organizacyjnej medycznej / administracyjnej / technicznej oraz ich zastępcy / koordynator) należy:
 - 1) planowanie, nadzorowanie oraz kontrola funkcjonalnej działalności podległej komórki organizacyjnej;
 - 2) znajomość struktury organizacyjnej Szpitala oraz zakresu zadań funkcjonujących komórek organizacyjnych;
 - 3) znajomość aktualnie obowiązujących przepisów prawa oraz zarządzeń dotyczących pracy kierowanej komórki;

- 4) zapewnianie właściwej i terminowej realizacji zadań podległej komórki organizacyjnej;
- 5) zapewnianie organizacyjnych warunków ochrony danych osobowych;
- 6) zapewnianie sprawnego przepływu informacji wewnątrz i na zewnątrz komórki organizacyjnej;
- 7) udzielanie informacji przełożonym w zakresie zadań komórki organizacyjnej;
- 8) podejmowanie czynności z zakresu koordynacji i nadzoru nad działaniami pracowników komórki;
- 9) sprawowanie nadzoru w ramach przyjętego w Szpitalu systemu kontroli zarządczej;
- 10) uczestniczenie w utrzymaniu i rozwijaniu jakości świadczeń udzielanych przez Szpital;
- 11) kierowanie pracą podległego personelu;
- 12) prowadzenie polityki personalnej w komórce organizacyjnej, w tym:
 - a) ustalanie szczegółowego zakresu czynności pracowników,
 - b) nadzorowanie przestrzegania przez pracowników przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy oraz przepisów przeciwpożarowych,
 - c) kontrolowanie przestrzegania przez podległych pracowników dyscypliny pracy, ewidencji czasu pracy, zachowań etycznych,
 - d) ocena pracowników komórki organizacyjnej oraz składanie wniosków w sprawie ich awansowania, nagradzania lub pociągnięcia do odpowiedzialności,
 - e) sporządzanie planów urlopów oraz udzielanie urlopów wypoczynkowych,
 - f) sporządzanie i realizacja planów szkoleń wewnętrznych i zewnętrznych;
- 13) składanie wniosków dotyczących aktualizacji Regulaminu Organizacyjnego;
- 14) przygotowywanie rocznych planów zapotrzebowania, zgodnie z Wewnętrznym Regulaminem Udzielania Zamówień Publicznych;
- 15) opracowywanie projektów odpowiedzi na pisma dotyczące spraw należących do właściwości nadzorowanej komórki organizacyjnej;
- 16) opracowywanie szczegółowych zasad postępowania przy wykonywaniu zadań przydzielonych komórce oraz zaznajamianie zatrudnionych pracowników z tymi zasadami;
- 17) prowadzenie postępowań wyjaśniających w przypadku skarg, roszczeń, wyników kontroli zewnętrznych i wewnętrznych;
- 18) stałe podnoszenie kwalifikacji zawodowych pracowników zatrudnionych w kierowanej komórce organizacyjnej;
- 19) wykonywanie innych zadań zleconych przez Dyrektora, jeżeli nie są one sprzeczne z aktualnie obowiązującymi przepisami prawa.

§ 12

1. Do obowiązków wszystkich pracowników Szpitala należy w szczególności:
 - 1) kompletne, rzetelne i terminowe wywiązywanie się z przyjętych obowiązków, w sposób zgodny z obowiązującymi przepisami i uregulowaniami wewnętrznymi;
 - 2) znajomość i przestrzeganie obowiązujących przepisów prawa, zarządzeń, procedur, instrukcji i regulaminów dotyczących w szczególności powierzonego zakresu pracy oraz zasad organizacji pracy w Szpitalu;
 - 3) informowanie przełożonych o nie dających się samodzielnie usunąć przeszkodach w realizacji zadań;
 - 4) utrzymywanie kwalifikacji zawodowych na poziomie niezbędnym dla wykonywania zadań na danym stanowisku, przestrzeganie przepisów dyscypliny pracy, bhp i przeciwpożarowych;
 - 5) zgodne z przepisami i przeznaczeniem wykorzystywanie powierzonego majątku Szpitala, zabezpieczenie dostępnymi środkami przed zniszczeniem, kradzieżą lub nieuzasadnionym obniżeniem wartości;
 - 6) przestrzeganie tajemnicy służbowej i zawodowej;
 - 7) dbałość o należyty stan infrastruktury dzierżawionego Obiektu Szpitalnego, stan urządzeń i sprzętów będących własnością Szpitala i Spółki Inwestycje Dolnośląskie Sp. z o.o.
2. Uprawnienia pracowników obejmują w szczególności:
 - 1) otrzymanie i sukcesywną aktualizację formalnie określonych zakresów obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności;
 - 2) dostęp do środków niezbędnych do realizacji wykonywanych zadań;

- 3) właściwe i bezpieczne dla danego stanowiska warunki pracy;
 - 4) prawo wyboru sposobu, miejsca i czasu realizacji zadań, o ile nie są one ograniczone lub określone decyzją przełożonego, organizacją pracy, procedurami lub przepisami;
 - 5) możliwość zwrócenia się o pomoc do bezpośredniego przełożonego w przypadku braku możliwości samodzielnego wywiązania się z zadań;
 - 6) możliwość zwrócenia się do przełożonego wyższego szczebla w sprawach spornych lub nie rozstrzygniętych przez bezpośredniego przełożonego.
3. Pracownik ponosi odpowiedzialność w szczególności za:
- 1) jakość, terminowość i ilość wykonanych zadań stosownie do posiadanych uprawnień, środków i warunków ich realizacji;
 - 2) stan i sposób wykorzystania powierzonego majątku, stosownie do postawionych do jego dyspozycji środków materialnych, finansowych i organizacyjnych;
 - 3) przestrzeganie obowiązujących przepisów prawa, norm etycznych oraz zasad i procedur obowiązujących w Szpitalu.

§ 13

1. Celem współdziałania komórek organizacyjnych jest:
 - 1) usprawnianie procesów informacyjno-decyzyjnych,
 - 2) prawidłowa realizacja zadań statutowych,
 - 3) integracja działań komórek organizacyjnych.
2. Do podstawowych elementów współdziałania zalicza się, w szczególności, odbywanie okresowych spotkań:
 - 1) Rady Szpitala;
 - 2) Rady ordynatorów;
 - 3) Rady pielęgniarek oddziałowych;
 - 4) Rady kierowników komórek administracyjnych.
3. Spotkania mają na celu:
 - 1) wzajemną wymianę informacji celem dalszego doskonalenia wspólnego działania;
 - 2) przekazywanie informacji o strategii rozwoju Szpitala;
 - 3) omówienie realizacji zadań oraz wymianę poglądów dotyczących problemów w realizacji zadań;
 - 4) przedstawienie sytuacji finansowej.
4. Kadra kierownicza uczestnicząca w spotkaniach zobowiązana jest do każdorazowego zapoznania podległego personelu z informacjami uzyskanymi na spotkaniach.

STRUKTURA ORGANIZACYJNA

§ 14

1. W Szpitalu funkcjonują dwa zakłady lecznicze (zgodnie z wpisem do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Dolnośląskiego), 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:
 - 1) komórki organizacyjne, prowadzące działalność medyczną;
 - 2) komórki organizacyjne prowadzące obsługę administracyjną i techniczną;
 - 3) samodzielne stanowiska pracy.
4. W Szpitalu funkcjonują następujące komórki organizacyjne, prowadzące działalność medyczną:
 - 1) Oddziały:
 - a) Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii,
 - b) Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii Dziecięcej,
 - c) Oddział Chirurgii Dziecięcej,
 - d) Oddział Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej,
 - e) Oddział Chirurgii Plastycznej,
 - f) Oddział Chirurgii Urazowo - Ortopedycznej,

- g) Oddział Chorób Wewnętrznych,
- h) Oddział Endokrynologii, Diabetologii i Chorób Wewnętrznych,
- i) Oddział Kardiologii (jednolita komórka organizacyjna łącząca zarejestrowane w Księdze Rejestrowej: Oddział Kardiologii i Pododdział Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego),
- j) Oddział Neurochirurgii,
- k) Oddział Neurologii Dziecięcej,
- l) Oddział Neurologii z Pododdziałem Udarowym (jednolita komórka organizacyjna łącząca zarejestrowane w Księdze Rejestrowej: Oddział Neurologii i Pododdział Udarowy),
- m) Oddział Rehabilitacji,
- n) Oddział Reumatologii i Chorób Wewnętrznych,
- o) Oddział Toksykologii i Chorób Wewnętrznych,
- p) Oddział Urologii i Onkologii Urologicznej,
- q) Szpitalny Oddział Ratunkowy,

1)¹ Kliniki:

- a) Klinika Kardiologii,
- b) Klinika Endokrynologii, Diabetologii i Chorób Wewnętrznych,
- c) Klinika Neurochirurgii,
- d) Klinika Ortopedii, Artroskopii i Traumatologii Narządu Ruchu,
- e) Klinika Reumatologii i Chorób Wewnętrznych,
- f) Klinika Urologii i Onkologii Urologicznej,
- g) Klinika Chirurgii Dziecięcej.

2) Poradnie Specjalistycznej Przychodni Przyszpitalnej:

- a) Poradnia Chirurgii Dziecięcej,
- b) Poradnia Chirurgii Ogólnej,
- c) Poradnia Chirurgii Plastycznej,
- d) Poradnia Chirurgii Urazowo - Ortopedycznej,
- e) Poradnia Diabetologiczna,
- f) Poradnia Endokrynologiczna,
- g) Poradnia Kardiologiczna,
- h) Poradnia Logopedyczna,
- i) Poradnia Medycyny Pracy,
- j) Poradnia Neurochirurgiczna,
- k) Poradnia Neurologiczna,
- l) Poradnia Neurologii Dziecięcej,
- m) Poradnia Okulistyczna,
- n) Poradnia Otolaryngologiczna,
- o) Poradnia Reumatologiczna,
- p) Poradnia Stwardnienia Rozsianego,
- q) Poradnia Urologiczna,
- r) Poradnia Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej.

3) Działy Medyczne

- a) Dział Elektrodiagnostyki,
- b) Dział Endoskopii,
- c) Dział Radiologii i Diagnostyki Obrazowej,
- d) Dział Sterylizacji,
- e) Zakład Medycyny Nuklearnej,
- f) Dział Rehabilitacji Ambulatoryjnej,
- g) Apteka Szpitalna,

5. Schemat organizacyjny Szpitala stanowi Załącznik Nr 2 do niniejszego Regulaminu.

**ORGANIZACJA I ZADANIA POSZCZEGÓLNYCH KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH ZAKŁADU LECZNICZEGO
ORAZ WARUNKI ICH WSPÓŁDZIAŁANIA**

§ 15

1. Oddziałami i ich pododdziałami oraz innymi komórkami organizacyjnymi wchodzącymi w strukturę organizacyjną oddziału kieruje ordynator / lekarz kierujący oddziałem.
2. Blokiem Operacyjnym kieruje kierownik Bloku Operacyjnego.
3. Poradniami Specjalistycznej Przychodni Przyszpitalnej kieruje kierownik Specjalistycznej Przychodni Przyszpitalnej.
4. Działami kierują kierownicy tych komórek organizacyjnych lub koordynatorzy. W przypadku Działu Rehabilitacji AmbulATORYJNEJ, działem tym kieruje ordynator Oddziału Rehabilitacji.
5. Sekcjami kierują kierownicy sekcji, którzy podlegają kierownikom działów w zakresie ich właściwości lub bezpośrednio Dyrektorowi / Zastępcy Dyrektora.

§ 16

1. Kierownik komórki organizacyjnej, nieposiadający wyznaczonego zastępcy, na czas swojej nieobecności, wyznacza osobę do pełnienia funkcji zastępcy kierownika, której deleguje swoje obowiązki i kompetencje.
2. Wyznaczenie zastępcy wymaga akceptacji Dyrektora lub jego Zastępcy, zgodnie z podległością służbową.

KOMÓRKI ORGANIZACYJNE PODLEGŁE DYREKTOROWI

§ 17

1. Pracownik zatrudniony na samodzielnym stanowisku Inspektora Ochrony Danych (zwany dalej: IOD) podlega bezpośrednio Dyrektorowi.
2. Do zadań IOD należy:
 - 1) 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;
 - 2) 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;
 - 3) udzielanie na żądanie zaleceń, co do oceny skutków dla ochrony danych oraz monitorowanie ich wykonania;
 - 4) współpraca z organem nadzorczym - Prezesem Urzędu Ochrony Danych Osobowych (zwanym dalej: PUODO);
 - 5) 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;
 - 6) 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;
 - 7) pełnienie funkcji punktu kontaktowego dla osób fizycznych składających wnioski dotyczące przetwarzania ich danych osobowych i wykonywania ich praw;
 - 8) cykliczne przeprowadzanie audytów zgodności przetwarzania danych osobowych zgodnie z przepisami prawa i bezzwłoczne opracowanie sprawozdań dla ADO;
 - 9) nadzorowanie i obsługa incydentów oraz naruszeń bezpieczeństwa danych osobowych a także prowadzenie odpowiedniej dokumentacji w tym zakresie, przeciwdziałanie im i zabezpieczanie materiału dowodowego;
 - 10) utrzymywanie stałego kontaktu i współpraca z komórkami organizacyjnymi Szpitala w zakresie ochrony danych osobowych.

3. IOD wypełnia swoje zadania z należyтым uwzględnieniem ryzyka związanego z operacjami przetwarzania danych, mając na uwadze charakter, zakres, kontekst i cele przetwarzania.
4. Uprawnienia IOD:
 - 1) IOD jest właściwie i niezwłocznie włączany we wszystkie sprawy dotyczące ochrony danych osobowych oraz wspierany przez ADO w wypełnianiu przez niego zadań, poprzez zapewnienie zasobów niezbędnych do wykonania tych zadań oraz dostępu do danych osobowych i operacji przetwarzania, a także zapewnienie zasobów niezbędnych do utrzymania jego wiedzy fachowej.
 - 2) Przez właściwe włączanie IOD we wszystkie sprawy ADO i IOD rozumie się otrzymywanie informacji odnośnie zawieranych przez Szpital umów, informowanie o wszelkich kwestiach związanych z przetwarzaniem danych i ich udostępnianiem, przekazywanie informacji odnośnie projektów technicznych oraz procedur, instrukcji, regulaminów etc. celem sprawdzenia ich pod kątem zasadności przetwarzania na ich podstawie danych.

§ 18
(skreślono)

§ 19
(skreślono)

§20
(skreślono)

§ 21

1. Dział Zarządzania Kadrami podlega bezpośrednio Dyrektorowi.
2. Na czele Działu stoi kierownik, który koordynuje i nadzoruje pracę podległego personelu, a także odpowiada za jego sprawne funkcjonowanie pod względem merytorycznym, administracyjnym i formalno-prawnym, zgodnie z powierzonym zakresem obowiązków.
3. Podczas nieobecności kierownika, jego obowiązki pełni osoba upoważniona.
4. Do zadań Działu należy:
 - 1) w zakresie spraw osobowych:
 - a) realizacja spraw związanych z zatrudnianiem, zwalnianiem, przeszerkowaniem i nagradzaniem pracowników Szpitala,
 - b) prowadzenie akt osobowych pracowników Szpitala,
 - c) nadzór nad ewidencją czasu pracy i kontrola czasu pracy zgodnie z przepisami prawa pracy i zapisami Regulaminu Pracy,
 - d) wprowadzanie danych, w tym dotyczących absencji, do systemu kadrowo-płacowego,
 - e) ustalanie prawa pracownika do nagrody jubileuszowej, wysokości dodatku stażowego, naukowego,
 - f) opracowywanie Regulaminu Pracy i Regulaminu Wynagradzania,
 - g) kontrola dyscypliny pracy, w tym czasu pracy na polecenie Dyrektora,
 - h) prowadzenie statystyki i sprawozdawczości dotyczącej spraw pracowniczych, przeprowadzanie okresowo badania satysfakcji personelu i realizowanie wniosków wynikających z tej analizy,
 - i) cykliczne przeprowadzenie oceny okresowej zgodnie z wewnętrzną procedurą
 - j) prowadzenie spraw związanych z ubezpieczeniem społecznym pracowników i członków ich rodzin (zgłaszanie i wyrejestrowywanie, zgłaszanie zmian w danych osobowych i innych, analizowanie na bieżąco przepisów w zakresie ubezpieczeń społecznych) - system Płatnik,
 - k) realizowanie wniosków dotyczących przejścia pracowników na rentę lub emeryturę, opracowywanie bilansów potrzeb kadrowych (prognozy, plany) i bieżącej etatyzacji,
 - l) analiza stanu zatrudnienia,
 - m) wystawianie zaświadczeń dla pracowników, świadectw archiwalnych,
 - n) współpraca z radcą prawnym w obszarze spraw z zakresu prawa pracy lub innych (w razie konieczności),

- o) prowadzenie naboru pracowników na wakujące stanowiska w Szpitalu (obsługa strony internetowej- zakładka praca, przygotowywanie ogłoszeń do zamieszczenia w serwisach zewnętrznych, obsługa narzędzi usprawniających proces rekrutacji),
 - p) prowadzenie spraw związanych z przygotowywaniem konkursów na stanowiska kierownicze m.in. ordynatorów oraz pielęgniarek oddziałowych,
 - r) organizowanie postępowań konkursowych na udzielanie świadczeń zdrowotnych;
 - s) zgłaszanie zatrudnienia cudzoziemców, w tym powiadamianie urzędu pracy o powierzeniu wykonywania pracy obywatelowi Ukrainy,
 - t) obsługa Pracowniczych Planów Kapitałowych (zgłoszenia, rezygnacje, zmiany danych).
 - u) prowadzenie od strony administracyjnej procesu kształcenia podyplomowego lekarzy, w szczególności w systemie SMK.
- 2) w zakresie zatrudnienia:
- a) sporządzanie obowiązkowych sprawozdań dotyczących stanu zatrudnienia, struktury zatrudnienia (m.in. dla Głównego Urzędu Statystycznego, Urzędu Marszałkowskiego, Ministerstwa Zdrowia),
 - b) nadzór nad szkoleniami wewnętrznymi i zewnętrznymi,
 - c) prowadzenie spraw i dokumentacji związanej z podnoszeniem kwalifikacji pracowników Szpitala m.in. staże podyplomowe i kierunkowe lekarzy, staże i specjalizacje pielęgniarek i lekarzy,
 - d) szkolenie pracowników Szpitala w zakresie unormowań dotyczących stosunków pracy, prawa pracy i ubezpieczeń społecznych;
- 3) w zakresie spraw socjalnych:
- a) opracowywanie Regulaminu ZFŚS,
 - b) ustalanie i rozliczanie dofinansowania do wypoczynku krajowego pracowników,
 - c) obsługa kartonów sportowych dla pracowników i osób towarzyszących,
 - d) współpraca z Działem Zamówień Publicznych w przygotowaniu warunków przetargu i udział w komisji przetargowej,
 - e) realizacja zadań dotyczących udzielania zapomóg pracownikom, byłym pracownikom w trudnej sytuacji materialnej,
 - f) przygotowywanie umów pożyczki z ZFŚS na cele mieszkaniowe,
 - g) współpraca z komórką finansową i zakładowymi organizacjami związkowymi w zakresie wydatków i przychodów ZFŚS.
- 4) w zakresie praktyk studenckich i wolontariatów:
- a) przygotowywanie porozumień,
 - b) kontakt z uczelniami, studentami, wolontariuszami oraz opiekunami praktyk/wolontariatu,
 - c) prowadzenie dokumentacji,
 - d) przekazywanie informacji koniecznych do wystawienia faktur.
- 5) Bieżący monitoring Biuletynu Informacji Publicznej oraz aktualizacja informacji właściwych dla komórki organizacyjnej.
5. Pracownicy Działu są zobowiązani do:
- 1) wydawania na wniosek pracownika zaświadczeń o zatrudnieniu,
 - 2) zachowania w tajemnicy danych osobowych oraz dotyczących wynagrodzenia i innych informacji pozyskanych w trakcie pełnienia obowiązków służbowych,
 - 3) przygotowywania dokumentów wymaganych od służb pracowniczych przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Państwową Inspekcję Pracy, sądy, prokuratury,
 - 4) wzajemnej współpracy w zakresie terminowego spływu dokumentów,
 - 5) kierowania kandydatów na badania wstępne, kierowania pracowników Szpitala na badania okresowe i kontrolne,
 - 6) aktualizacji wykazu osób udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w ramach umowy z NFZ, na zasadach określonych przez płatnika i Dyrektora.
6. Pracownicy Działu są zobowiązani do monitorowania zmian w zakresie przepisów prawa oraz inicjowania wydawania zarządzeń wewnętrznych, pism wewnętrznych i instrukcji dotyczących, przepisów prawa pracy, funkcjonowania działów, ubezpieczeń społecznych, mających znaczenie dla pracowników Szpitala.

§ 22

1. Inspektor ds. Ochrony Radiologicznej podlega bezpośrednio Dyrektorowi.
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 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 prawa, w tym ustawy Prawo atomowe.

§ 23

(skreślony)

§ 24

1. Radca Prawny jest samodzielnym stanowiskiem i podlega bezpośrednio Dyrektorowi.
2. Radcowie Prawni w Szpitalu tworzą Zespół Radców Prawnych.
3. Za organizację pracy Zespołu Radców Prawnych odpowiada koordynator Zespołu Radców Prawnych.
4. Do zadań koordynatora Zespołu Radców Prawnych należy:
 - 1) uzgadnianie ze współpracującymi radcami prawnymi systemu rozdziału spraw;
 - 2) dbanie o zgodny z ustaleniami rozdział zadań zawodowych;
 - 3) rozdzielanie spraw pomiędzy poszczególnych radców prawnych celem ich załatwienia lub prowadzenia;
 - 4) czuwanie nad zapewnieniem ciągłości obsługi prawnej w Szpitalu;
 - 5) kontrola przestrzegania terminów procesowych oraz innych terminów przewidzianych dla załatwiania spraw;
 - 6) nadzór nad obsługą administracyjną Zespołu Radców Prawnych;
 - 7) dbałość o prawidłowy rozkład czasu pracy radców prawnych uwzględniający potrzeby Szpitala oraz postanowienia ustawy o radcach prawnych;
 - 8) dbanie o ustalenie planu urlopów uwzględniającego potrzeby Zespołu Radców Prawnych i Szpitala;
 - 9) współpraca z komórkami organizacyjnymi Szpitala;
 - 10) reprezentacja Zespołu Radców Prawnych przed Dyrekcją Szpitala.
5. Do zadań Zespołu Radców Prawnych należy w szczególności:
 - 1) prowadzenie postępowania wyjaśniającego w przypadku wpłynięcia do Szpitala skargi lub roszczenia na proces leczniczo-terapeutyczny;
 - 2) prowadzenie w pełnym zakresie spraw związanych z wnioskami pacjentów rozpatrywanymi przez Wojewódzką Komisję ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych;

- 3) występowanie w charakterze pełnomocnika Szpitala w postępowaniach sądowych, administracyjnych, przed Wojewódzką Komisją ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych oraz przed innymi organami orzekającymi, Policją, Prokuraturą;
- 4) udzielanie na bieżąco porad prawnych dla Dyrekcji oraz personelu medycznego w formie pisemnej i ustnej;
- 5) wydawanie ustnych i pisemnych opinii prawnych;
- 6) opiniowanie umów pod kątem formalno-prawnym, w tym umów o prowadzenie badań klinicznych;
- 7) opiniowanie regulaminów, SWKO, umów itp. zawieranych przez Szpital w trybie konkursowym na podstawie ustawy o działalności leczniczej;
- 8) opiniowanie ofert, SWZ oraz umów zawieranych przez Szpital na podstawie ustawy Prawo zamówień publicznych;
- 9) nadzór nad postępowaniami konkursowymi na udzielanie świadczeń zdrowotnych prowadzonymi na podstawie ustawy o działalności leczniczej;
- 10) asysta i pomoc prawna przy rozmowach handlowych i spotkaniach dotyczących funkcjonowania Szpitala;
- 11) opiniowanie dokumentów dotyczących spraw pracowniczych;
- 12) prowadzenie mediacji w przypadku sporów wewnątrz Szpitala;
- 13) udział w opracowywaniu Regulaminu: Wynagradzania, Pracy, Organizacyjnego i innych;
- 14) współpraca z komórką merytoryczną w zakresie spraw formalno-prawnych Szpitala;
- 15) poświadczanie odpisów dokumentów za zgodność z okazanym oryginałem w zakresie określonym odrębnymi przepisami.

§ 25
(skreślony)

§ 25¹
(skreślony)

§ 26

1. Pracownicy zatrudnieni na samodzielnych stanowiskach ds. BHP podlegają bezpośrednio Dyrektorowi.
2. Do zadań pracowników zatrudnionych na samodzielnych stanowiskach ds. BHP należy:
 - 1) przeprowadzanie kontroli warunków pracy oraz przestrzegania przepisów i zasad bezpieczeństwa i higieny pracy, ze szczególnym uwzględnieniem stanowisk pracy, na których są zatrudnione kobiety w ciąży lub karmiące dziecko piersią, młodociani, niepełnosprawni, pracownicy wykonujący pracę zmianową, w tym pracujący w nocy, oraz osoby fizyczne wykonujące pracę na innej podstawie niż stosunek pracy w zakładzie pracy lub w miejscu wyznaczonym przez pracodawcę;
 - 2) bieżące informowanie pracodawcy o stwierdzonych zagrożeniach zawodowych, wraz z wnioskami zmierzającymi do usuwania tych zagrożeń;
 - 3) sporządzanie i przedstawianie pracodawcy, co najmniej raz w roku, okresowych analiz stanu bezpieczeństwa i higieny pracy zawierających propozycje przedsięwzięć technicznych i organizacyjnych mających na celu zapobieganie zagrożeniom życia i zdrowia pracowników oraz poprawę warunków pracy;
 - 4) udział w opracowywaniu planów modernizacji i rozwoju zakładu pracy oraz przedstawianie propozycji dotyczących uwzględnienia w tych planach rozwiązań techniczno-organizacyjnych zapewniających poprawę stanu bezpieczeństwa i higieny pracy;
 - 5) udział w ocenie założeń i dokumentacji dotyczących modernizacji zakładu pracy albo jego części, a także nowych inwestycji, oraz zgłaszanie wniosków dotyczących uwzględnienia wymagań bezpieczeństwa i higieny pracy w tych założeniach i dokumentacji;
 - 6) udział w przekazywaniu do użytkowania nowo budowanych lub przebudowywanych obiektów budowlanych albo ich części, w których przewiduje się pomieszczenia pracy, urządzeń produkcyjnych oraz innych urządzeń mających wpływ na warunki pracy i bezpieczeństwo pracowników;

- 7) zgłaszanie wniosków dotyczących wymagań bezpieczeństwa i higieny pracy w stosowanych oraz nowo wprowadzanych procesach produkcyjnych;
 - 8) zestawianie pracodawcy wniosków dotyczących zachowania wymagań ergonomii na stanowiskach pracy;
 - 9) udział w opracowywaniu zakładowych układów zbiorowych pracy, wewnętrznych zarządzeń, regulaminów i instrukcji ogólnych dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy oraz w ustalaniu zadań osób kierujących pracownikami w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy;
 - 10) opiniowanie szczegółowych instrukcji dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy na poszczególnych stanowiskach pracy;
 - 11) udział w ustalaniu okoliczności i przyczyn wypadków przy pracy oraz w opracowywaniu wniosków wynikających z badania przyczyn i okoliczności tych wypadków oraz zachorowań na choroby zawodowe, a także kontrola realizacji tych wniosków;
 - 12) prowadzenie rejestrów, kompletowanie i przechowywanie dokumentów dotyczących wypadków przy pracy, stwierdzonych chorób zawodowych i podejrzeń o takie choroby, a także przechowywanie wyników badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy;
 - 13) doradztwo w zakresie stosowania przepisów oraz zasad bezpieczeństwa i higieny pracy;
 - 14) udział w dokonywaniu oceny ryzyka zawodowego, które wiąże się z wykonywaną pracą;
 - 15) doradztwo w zakresie organizacji i metod pracy na stanowiskach pracy, na których występują czynniki niebezpieczne, szkodliwe dla zdrowia lub warunki uciążliwe, oraz doboru najwłaściwszych środków ochrony zbiorowej i indywidualnej;
 - 16) współpraca z właściwymi komórkami organizacyjnymi lub osobami, w szczególności w zakresie organizowania i zapewnienia odpowiedniego poziomu szkoleń w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy oraz zapewnienia właściwej adaptacji zawodowej nowo zatrudnionych pracowników;
 - 17) współpraca z laboratoriami upoważnionymi, zgodnie z odrębnymi przepisami, do dokonywania badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia lub warunków uciążliwych, występujących w środowisku pracy, w zakresie organizowania tych badań i pomiarów oraz sposobów ochrony pracowników przed tymi czynnikami lub warunkami;
 - 18) współpraca z laboratoriami i innymi jednostkami zajmującymi się pomiarami stanu środowiska naturalnego, działającymi w systemie państwowego monitoringu środowiska, określonego w odrębnych przepisach;
 - 19) współdziałanie z lekarzem sprawującym profilaktyczną opiekę zdrowotną nad pracownikami, a w szczególności przy organizowaniu okresowych badań lekarskich pracowników;
 - 20) współdziałanie ze społeczną inspekcją pracy oraz z zakładowymi organizacjami związkowymi przy:
 - a) podejmowaniu przez nie działań mających na celu przestrzeganie przepisów oraz zasad bezpieczeństwa i higieny pracy, w trybie i w zakresie ustalonym w odrębnych przepisach,
 - b) podejmowanych przez pracodawcę przedsięwzięciach mających na celu poprawę warunków pracy.
 - 21) uczestniczenie w konsultacjach w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy, a także w pracach komisji bezpieczeństwa i higieny pracy oraz innych zakładowych komisji zajmujących się problematyką bezpieczeństwa i higieny pracy, w tym zapobieganiem chorobom zawodowym i wypadkom przy pracy;
 - 22) inicjowanie i rozwijanie na terenie zakładu pracy różnych form popularyzacji problematyki bezpieczeństwa i higieny pracy oraz ergonomii.
3. Pracownik zatrudniony na samodzielnym stanowisku ds. BHP uprawniony jest do:
- 1) przeprowadzania kontroli stanu bezpieczeństwa i higieny pracy, a także przestrzegania przepisów oraz zasad w tym zakresie w zakładzie pracy i w każdym innym miejscu wykonywania pracy;
 - 2) występowania do osób kierujących pracownikami z zaleceniami usunięcia stwierdzonych zagrożeń wypadkowych i szkodliwości zawodowych oraz uchybień w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy;
 - 3) występowania do pracodawcy z wnioskami o nagradzanie pracowników wyróżniających się w działalności na rzecz poprawy warunków bezpieczeństwa i higieny pracy;

- 4) występowania do pracodawcy o zastosowanie kar porządkowych w stosunku do pracowników odpowiedzialnych za zaniedbanie obowiązków w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy;
- 5) niezwłocznego wstrzymania pracy maszyny lub innego urządzenia technicznego w razie wystąpienia bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia pracownika albo innych osób;
- 6) niezwłocznego odsunięcia od pracy pracownika zatrudnionego przy pracy wzbronionej;
- 7) niezwłocznego odsunięcia od pracy pracownika, który swoim zachowaniem lub sposobem wykonywania pracy stwarza bezpośrednie zagrożenie życia lub zdrowia własnego albo innych osób;
- 8) wnioskowania do pracodawcy o niezwłoczne wstrzymanie pracy w zakładzie pracy, w jego części lub w innym miejscu wyznaczonym przez pracodawcę do wykonywania pracy, w wypadku stwierdzenia bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia pracowników albo innych osób.

§ 27

1. Pracownik zatrudniony na samodzielnym stanowisku ds. obronności podlega bezpośrednio Dyrektorowi.
 2. Do zadań pracownika zatrudnionego na samodzielnym stanowisku ds. obronności należy:
 - 1) analiza danych, opracowanie i aktualizacja Planu udzielania świadczeń szpitalnych na potrzeby obronne państwa oraz Kart realizacji zadań Obrony Cywilnej (zwanej dalej: OC);
 - 1) opracowanie i aktualizacja Procedury postępowania w przypadku zagrożenia bezpieczeństwa państwa, wprowadzenia wyższych stanów gotowości obronnej państwa, wydzielenia łóżek dla służb mundurowych, ostrzegania i alarmowania oraz w przypadku wprowadzenia stopni alarmowych i stopni alarmowych CRP;
 - 2) cykliczne opracowywanie programu i planów w zakresie szkolenia obronnego i OC;
 - 3) opracowywanie i aktualizacja dokumentacji Stałego Dyżuru;
 - 4) opracowywanie i aktualizacja Kart Realizacji Zadań Operacyjnych;
 - 5) stała współpraca ze specjalistycznymi komórkami Wojewody Dolnośląskiego, Marszałka Województwa Dolnośląskiego, Prezydenta Miasta Wrocławia, Komendanta Wojskowego Centrum Rekrutacji zajmującymi się obronnością państwa i obroną cywilną;
 - 6) planowanie i organizacja szkolenia kadry kierowniczej oraz pracowników Szpitala z zakresu obronności państwa i OC zgodnie z obowiązującymi wytycznymi oraz prowadzenie dokumentacji szkoleniowej w tym zakresie;
 - 7) organizowanie niezbędnych dla potrzeb Szpitala oraz jego możliwości kadrowych Formacji OC;
 - 8) udział w szkoleniach, kursach, naradach i konferencjach dotyczących obronności państwa i OC;
 - 9) prowadzenie ewidencji i sprawozdawczości oraz innej dokumentacji wymaganej przepisami prawa i wynikających z wydanych poleceń w zakresie realizacji zadań obronnych i OC;
 - 10) współpraca z pracownikiem zatrudnionym na samodzielnym stanowisku ds. ochrony przeciwpożarowej w zakresie opracowania i aktualizacji procedur postępowania w sytuacjach nadzwyczajnych;
2. 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.

§ 28

1. Pracownik zatrudniony na samodzielnym stanowisku ds. ochrony przeciwpożarowej podlega bezpośrednio Dyrektorowi.
2. Do zadań pracownika zatrudnionego na samodzielnym stanowisku ds. ochrony przeciwpożarowej należy:

- 1) prowadzenie spraw ochrony przeciwpożarowej i bezpośredni nadzór nad tą ochroną w pomieszczeniach i obszarach budynku użytkowanego przez Szpital;
 - 2) realizacja zadań w zakresie bezpieczeństwa pożarowego zgodnie z ustawą o ochronie przeciwpożarowej i aktami wykonawczymi do ustawy;
 - 3) prowadzenie ewidencji zdarzeń nadzwyczajnych (pożarów i innych miejscowych zagrożeń) powstałych na terenie Szpitala, udział w ustalaniu przyczyn zaistniałych zdarzeń oraz przedkładanie wniosków w zakresie eliminowania zagrożeń;
 - 4) sporządzanie analiz stanu bezpieczeństwa pożarowego Szpitala dla potrzeb Dyrekcji i na żądanie właściwych organów Państwowej Straży Pożarnej;
 - 5) przedkładanie Dyrektorowi wniosków w zakresie poprawy warunków bezpieczeństwa pożarowego oraz informowanie o występujących nieprawidłowościach i zagrożeniach;
 - 6) opracowywanie harmonogramów działań w zakresie profilaktyki przeciwpożarowej oraz kontrola ich realizacji;
 - 7) współdziałanie na rzecz ochrony przeciwpożarowej z kierownictwem komórek organizacyjnych, a w szczególności ze osobami zatrudnionymi na samodzielnych stanowiskach ds. obronności i BHP, utrzymywanie kontaktów w sprawach zabezpieczeń przeciwpożarowych ze Spółką Inwestycje Dolnośląskie Sp. z o.o.;
 - 8) organizowanie i prowadzenie ćwiczeń ewakuacji pacjentów oraz pracowników Szpitala przy współudziale pracowników Spółki Inwestycje Dolnośląskie Sp. z o.o.;
 - 9) udział w opracowaniu i aktualizacji wymaganej dokumentacji dotyczącej zagadnień ochrony przeciwpożarowej, w tym: Instrukcji bezpieczeństwa pożarowego oraz procedur postępowania na wypadek sytuacji nadzwyczajnych;
 - 10) prowadzenie kontroli przestrzegania przepisów przeciwpożarowych przez pacjentów i pracowników Szpitala oraz postanowień Instrukcji bezpieczeństwa pożarowego i procedur postępowania na wypadek sytuacji nadzwyczajnych;
 - 11) prowadzenie doraźnych kontroli sprawności technicznych środków zabezpieczeń przeciwpożarowych obsługujących pomieszczenia i obszary komórek organizacyjnych Szpitala, sprawności podręcznego sprzętu gaśniczego oraz oznakowania i drożności dróg ewakuacyjnych,
 - 12) udział w odbiorach prac związanych z wewnętrzną modernizacją terenu Szpitala, instalacją nowych urządzeń z głosem doradczym w sprawach obrony przeciwpożarowej i wydawanie opinii wewnętrznych dotyczących zgodności w wymaganiami przeciwpożarowymi;
 - 13) prowadzenie wstępnych i wewnętrznych szkoleń z zakresu ochrony przeciwpożarowej dla pracowników Szpitala;
 - 14) udział w pracach komisji powoływanych przez Dyrektora na wypadek zaistniałych zdarzeń związanych z zagrożeniami;
 - 15) inicjowanie działalności w zakresie profilaktyki przeciwpożarowej dla pracowników Szpitala;
 - 16) udział w naradach dotyczących zagadnień ochrony przeciwpożarowej organizowanych przez Dyrekcję oraz Spółkę Inwestycje Dolnośląskie Sp. z o.o.;
 - 17) współdziałanie z właściwymi Komendami Państwowej Straży Pożarnej oraz Jednostkami Ratowniczo-Gaśniczymi PSP w zakresie zapewnienia wymaganego poziomu bezpieczeństwa pożarowego.
3. Pracownik zatrudniony na samodzielnym stanowisku ds. ochrony przeciwpożarowej uprawniony jest do:
- 1) przeprowadzania kontroli przestrzegania przepisów przeciwpożarowych przez pracowników i pacjentów Szpitala;
 - 2) wnioskowania do Dyrektora o nagradzanie pracowników wyróżniających się zaangażowaniem na rzecz bezpieczeństwa pożarowego w Szpitalu;
 - 3) występowania do Dyrektora z wnioskiem o zastosowania kar porządkowych wobec pracowników naruszających przepisy przeciwpożarowe.

§ 28¹

1. Dział Organizacji i Jakości podlega bezpośrednio Dyrektorowi.
2. Na czele Działu stoi kierownik, który pełni jednocześnie funkcję Pełnomocnika Dyrektora ds. Zintegrowanego Systemu Zarządzania.

3. Kierownik koordynuje i nadzoruje pracę podległego personelu, a także odpowiada za sprawne jego funkcjonowanie pod względem merytorycznym, administracyjnym i formalno-prawnym, zgodnie z powierzonym zakresem obowiązków.
4. Podczas nieobecności kierownika, jego obowiązki pełni osoba upoważniona.
5. W skład Działu wchodzi:
 - 1) Kancelaria;
 - 2) Składnica Akt;
 - 3) Specjalista ds. kontaktu z mediami.
6. Do zadań Działu należy w szczególności:
 - 1) w zakresie organizacji:
 - a) prowadzenie wszystkich spraw związanych z organizacją pracy Szpitala oraz kontrolą wykonywania zarządzeń i innych poleceń wydanych przez Dyrektorów, a w szczególności:
 - opracowywanie oraz prowadzenie rejestru zarządzeń Dyrektora, poleceń służbowych oraz pism okólnych,
 - opracowywanie i aktualizowanie Regulaminu Organizacyjnego,
 - opracowywanie i aktualizacja Statutu Szpitala oraz innych dokumentów formalno-prawnych (Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez Wojewodę, KRS),
 - b) przygotowywanie oraz obsługa administracyjna i sekretarska spotkań z udziałem Dyrekcji Szpitala, w tym m.in. Rady Społecznej:
 - przygotowywanie materiałów na spotkania,
 - sporządzanie protokołów,
 - prowadzenie rejestru uchwał oraz pism wychodzących i przychodzących do Rady Społecznej.
 - c) opracowywanie pism wychodzących na zewnątrz,
 - d) monitoring ukazujących się aktów normatywnych dotyczących działalności Szpitala,
 - e) prowadzenie działalności marketingowej,
 - f) prowadzenie Składnicy Akt Szpitala zgodnie z obowiązującymi przepisami;
 - g) bieżący monitoring Biuletynu Informacji Publicznej oraz aktualizacja informacji właściwych dla komórki organizacyjnej.
 - 2) w zakresie funkcji kancelaryjnych i sekretarskich:
 - a) postępowanie z korespondencją przychodzącą i wychodzącą zgodnie z Instrukcją kancelaryjną,
 - b) obsługa sekretarska Dyrektorów,
 - c) przekazywanie informacji według rozdzielnika,
 - d) wykonywanie czynności pomocniczych,
 - e) sporządzanie pism.
 - 3) w zakresie jakości:
 - a) nadzór nad politykami systemów zarządzania, zgodnie z głównymi celami Szpitala,
 - b) kompleksowe prowadzenie, nadzorowanie i koordynacja wszelkich spraw związanych z funkcjonowaniem zintegrowanego systemu zarządzania w Szpitalu,
 - c) organizowanie i kompleksowe prowadzenie auditów wewnętrznych,
 - d) organizowanie szkoleń dla personelu Szpitala z zakresu funkcjonowania i doskonalenia zintegrowanego systemu zarządzania,
 - e) utrzymywanie kontaktów z jednostkami certyfikującymi i akredytacyjnymi,
 - f) nadzór nad dokumentacją związaną z pobytem chorych w Szpitalu, korzystaniem ze świadczeń zdrowotnych, zgodnie z obowiązującymi przepisami,
 - g) nadzór - we współpracy z kierownikami poszczególnych szczebli zarządzania - nad stosowaniem, utrzymaniem i doskonaleniem zintegrowanego systemu zarządzania,
 - h) organizowanie, nadzór i koordynowanie prac wszystkich działów związanych z wdrażaniem, realizacją i dokumentowaniem zintegrowanego systemu zarządzania;
 - i) nadzorowanie we współpracy z Działem Zarządzania Kadrami szkoleń, opisów stanowisk, modelu struktury organizacyjnej,
 - j) opracowywanie/ nadzór nad procesem tworzenia, aktualizacji i rozpowszechniania dokumentacji systemowej,

- k) inicjowanie działań korygujących i zapobiegawczych oraz ocena ich skuteczności,
 - l) przygotowanie i okresowe przekazywanie do Dyrektora i kierowników syntetycznych informacji o funkcjonowaniu systemów zarządzania,
 - m) sprawdzanie dokumentacji systemowej przed zatwierdzeniem przez Dyrektora,
 - n) przeprowadzanie szkoleń wewnętrznych nowozatrudnionych pracowników,
 - o) monitorowanie i ewidencjonowanie niezgodności oraz dążenie do wykrycia i wyeliminowania przyczyn i źródeł niezgodności w odniesieniu do normy, wymagań standardów akredytacyjnych, mających zastosowanie przepisów prawnych oraz procedur, instrukcji systemowych.
7. Kierownik Działu ma zagwarantowane prawo dostępu do wszelkich dokumentów (w tym poufnych, z wyjątkiem dokumentacji wojskowej i / lub innej wymagającej specjalnych uprawnień), z zachowaniem przepisów ustawy o ochronie informacji niejawnych, do wszystkich pracowników oraz wszelkich innych źródeł informacji potrzebnych do przeprowadzenia auditów wewnętrznych i kontroli związanych z funkcjonowaniem Szpitala.
8. Kierownik Działu ma prawo uzyskiwać od pracowników Szpitala informacje oraz wyjaśnienia w celu zapewnienia efektywnego i wydajnego przeprowadzania auditów wewnętrznych i kontroli związanych z funkcjonowaniem Szpitala, a także postępowań wyjaśniających, w tym postępowań związanych z wystąpieniem zdarzenia niepożądanego lub postępowań skargowych.
Pracownicy Działu mają prawo uzyskiwać od pracowników Szpitala informacje oraz wyjaśnienia w celu przeprowadzenia postępowań wyjaśniających, w tym postępowań związanych z wystąpieniem zdarzenia niepożądanego lub postępowań skargowych.
9. Kierownik Działu zobowiązany jest do organizowania w Szpitalu raz w roku Przeglądu Kierownictwa, na którym omawiane są główne aspekty funkcjonowania zintegrowanego systemu zarządzania.
10. Raport z Przeglądu Kierownictwa przedstawiany jest Dyrektorowi do końca grudnia każdego roku.
11. Obowiązkiem kierownika Działu jest rzetelne, obiektywne i niezależne:
- 1) ustalenie stanu faktycznego w zakresie funkcjonowania zintegrowanego systemu zarządzania;
 - 2) określenie oraz analiza przyczyn i skutków uchybień;
 - 3) przedstawienie uwag i wniosków w sprawie usunięcia uchybień;
 - 4) nadzór nad realizacją działań korygujących i zapobiegawczych.

§ 28²

1. Kancelaria wchodzi w skład Działu Organizacji i Jakości oraz podlega bezpośrednio jego kierownikowi.
2. Nadzór nad bieżącą pracą Kancelarii pełni pracownik wyznaczony przez kierownika Działu Organizacji i Jakości.
3. Do zadań Kancelarii należy:
- 1) postępowanie z korespondencją przychodzącą i wychodzącą zgodnie z Instrukcją kancelaryjną;
 - 2) obsługa sekretarska Dyrektorów:
 - a) załatwianie spraw zleconych przez Dyrektorów,
 - b) udzielanie informacji dla osób z zewnątrz,
 - c) przyjmowanie telefonów i łączenie rozmów,
 - d) obsługa poczty elektronicznej, w tym platform e-puap, e-doręczenia,
 - e) przyjmowanie i załatwianie interesantów zgodnie z przyjętymi zasadami;
 - 3) prowadzenie rejestrów zgodnie z Instrukcją Kancelaryjną oraz innymi procedurami wewnętrznymi.
 - 4) obsługa administracyjna i sekretarska spotkań z udziałem Dyrekcji Szpitala,
 - 5) załatwianie korespondencji dotyczącej pobytu pacjenta w Szpitalu;
 - 6) kopiowanie dokumentów na zlecenie Dyrektorów lub Kierownika Działu, w tym dokumentacji medycznej.
4. W Kancelarii wykonywane są również inne zadania, niepodane w niniejszym Regulaminie, a określone odpowiednimi przepisami lub zlecone przez przełożonych.

§ 28³

1. Składnica Akt wchodzi w skład Działu Organizacji i Jakości oraz podlega bezpośrednio jego kierownikowi.
2. Nadzór nad bieżącą pracą Składnicy Akt pełni pracownik wyznaczony przez kierownika Działu Organizacji i Jakości.
3. Do zadań Składnicy Akt należy w szczególności:
 - 1) prowadzenie Składnicy Akt Szpitala zgodnie z obowiązującymi przepisami, w tym Instrukcją w sprawie organizacji i zakresu działania Składnicy Akt;
 - 2) współpraca z Archiwum Państwowym;
 - 3) nadzór nad elektronicznym obiegiem dokumentów i jego zgodnością z przepisami prawa oraz procedurami wewnętrznymi;
 - 4) okresowa kontrola dokumentacji medycznej pod względem kompletności,
 - 5) prowadzenie szkoleń wewnętrznych dla pracowników Szpitala z zakresu archiwistyki, Instrukcji Kancelaryjnej oraz Instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania Składnicy Akt
4. W Składnicy Akt wykonywane są również inne zadania, niepodane w niniejszym Regulaminie, a określone odpowiednimi przepisami lub zlecone przez przełożonych.

§ 28⁴

1. Pracownik zatrudniony na stanowisku Specjalisty ds. Kontaktów z Mediami wchodzi w skład Działu Organizacji i Jakości oraz podlega bezpośrednio jego kierownikowi.
2. Do zadań pracownika zatrudnionego na stanowisku Specjalisty ds. Kontaktów z Mediami należy w szczególności:
 - 1) opracowywanie strategii przekazywania kluczowych informacji oraz realizacja założeń polityki informacyjnej uzgodnionej z Dyrektorem Szpitala;
 - 2) bieżące kontakty z mediami (prasa, radio, telewizja), organizacja obsługi prasowej, przygotowywanie konferencji, briefingów itp.;
 - 3) współpraca z Dyrekcją Szpitala, pracownikami Szpitala, zleceniobiorcami;
 - 4) koordynacja spotkań z przedstawicielami podmiotów zewnętrznych, w tym fundacji oraz stowarzyszeń;
 - 5) organizowanie udziału przedstawicieli Szpitala w audycjach radiowych i telewizyjnych oraz przygotowania ich do wywiadów w massmediach;
 - 6) przygotowywanie informacji prasowych, komunikatów, monitorowanie mediów oraz reagowanie na krytykę wyrażoną w mediach (m.in. sprostowania);
 - 7) monitorowanie opinii pojawiających się w mediach dotyczących Szpitala,
 - 8) prowadzenie strony internetowej oraz mediów społecznościowych Szpitala, w tym aktualizacja informacji tam zamieszczonych.

KOMÓRKI ORGANIZACYJNE PODLEGŁE ZASTĘPCY DYREKTORA DS. EKONOMICZNO - EKSPLOATACYJNYCH

§ 29

1. Dział Aparatury Medycznej podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomiczno-Eksploatacyjnych.
2. Na czele Działu stoi kierownik, który koordynuje i nadzoruje pracę podległego personelu, a także odpowiada za sprawne jego funkcjonowanie pod względem merytorycznym, administracyjnym i formalno-prawnym, zgodnie z powierzonym zakresem obowiązków.
3. Podczas nieobecności kierownika, jego obowiązki pełni osoba upoważniona.
4. Do zadań Działu należy zapewnienie prawidłowej i w miarę możliwości ciągłej eksploatacji urządzeń i aparatury medycznej, a w szczególności:
 - 1) zapewnienie ciągłej pracy urządzeń i aparatury medycznej;
 - 2) dokonywanie okresowych przeglądów i konserwacji sprzętu i aparatury medycznej według ustalonego harmonogramu;
 - 3) prowadzenie i bieżąca aktualizacja ewidencji sprzętu i aparatury medycznej w systemie informatycznym MM Ewidencja;

- 4) sprawowanie nadzoru nad prawidłową eksploatacją sprzętu i aparatury medycznej;
- 5) sprawowanie nadzoru nad prawidłowością wywiązywania się serwisów z napraw i umów serwisowych dotyczących sprzętu i aparatury medycznej;
- 6) przyjmowanie zgłoszeń awarii i usterek ze wszystkich oddziałów oraz spowodowanie ich usunięcia;
- 7) bieżący nadzór nad wykonywanymi naprawami i remontami;
- 8) dokonywanie napraw sprzętu i aparatury medycznej w miarę możliwości warsztatowych we własnym zakresie oraz zakup niezbędnych materiałów i części do napraw;
- 9) w zakresie dokumentacji:
 - a) prowadzenie paszportów technicznych urządzeń,
 - b) prowadzenie odpowiedniej dokumentacji w dziale zgodnie z obowiązującymi przepisami zewnętrznymi i wewnętrznymi,
 - c) wydawanie bądź zlecanie opinii technicznych na poczet kasacji ww. sprzętu,
 - d) prowadzenie ewidencji wykorzystywanej aparatury medycznej;
- 10) bieżąca współpraca z Działem Rozliczeń i Statystyki Medycznej celem aktualizacji danych dotyczących aparatury i sprzętu medycznego w systemach informatycznych NFZ;
- 11) bieżące prowadzenie bazy wykorzystania aparatury medycznej w wersji elektronicznej i sporządzanie kwartalnych raportów dla Dyrekcji;
- 12) przekazywanie za pośrednictwem Systemu Ewidencji Zasobów Ochrony Zdrowia informacji o wyrobach medycznych zgodnie z zapisami ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informatyzacji w ochronie zdrowia.

§ 30

1. Dział Ekonomiczno-Finansowy podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomiczno-Eksploatacyjnych.
2. Na czele Działu stoi Główny Księgowy, pełniący jednocześnie funkcję kierownika Działu, który koordynuje i nadzoruje pracę działu, a także odpowiada za jego sprawne funkcjonowanie pod względem merytorycznym, administracyjnym i formalno-prawnym, zgodnie z powierzonym zakresem obowiązków.
3. Podczas nieobecności Głównego Księgowego jego obowiązki pełni Zastępca Głównego Księgowego.
4. Głównego Księgowego zatrudnia Dyrektor.
5. Do zadań Głównego Księgowego należy prowadzenie i nadzorowanie działalności finansowo - księgowej Szpitala, a w szczególności:
 - 1) prowadzenie rachunkowości Szpitala zgodnie z obowiązującymi przepisami i zasadami, polegające na: zorganizowaniu, sporządzaniu, przyjmowaniu, obiegu, archiwizowaniu i kontroli dokumentów w sposób zapewniający:
 - a) właściwy przebieg operacji gospodarczych,
 - b) ochronę mienia będącego w posiadaniu Szpitala,
 - c) sporządzanie sprawozdawczości finansowej;
 - 2) bieżące i prawidłowe prowadzenie księgowości poprzez ujęcie w księgach rachunkowych w sposób umożliwiający:
 - a) terminowe przekazywanie rzetelnych informacji finansowych Dyrektorowi Szpitala,
 - b) terminowe przekazywanie wymaganych sprawozdań finansowych właściwym, organom, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa,
 - c) prowadzenie ewidencji ilościowo-wartościowej mienia będącego w posiadaniu Szpitala oraz terminowe i prawidłowe rozliczanie osób materialnie odpowiedzialnych za to mienie,
 - d) prawidłowe i terminowe dokonywanie rozliczeń finansowych, nadzorowaniu całokształtu prac z zakresu rachunkowości wykonywanych przez poszczególne komórki organizacyjne;
 - 3) sporządzanie rocznego sprawozdania finansowego nie później niż w ciągu 3 miesięcy od dnia bilansowego i przedstawiania go właściwym organom zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
 - 4) prowadzenie gospodarki finansowej Szpitala, zgodnie z obowiązującymi zasadami, polegające na:
 - a) wykonywaniu dyspozycji środkami pieniężnymi Szpitala zgodnie z przepisami,
 - b) zapewnieniu pod względem finansowym prawidłowości umów zawieranych przez Szpital,
 - c) przestrzeganiu zasad rozliczeń pieniężnych i ochrony wartości pieniężnych,

- d) zapewnieniu terminowego ściągania należności i dochodzenia roszczeń spornych oraz spłaty zobowiązań;
 - 5) analiza wykorzystania środków będących w dyspozycji Szpitala;
 - 6) dokonywanie w ramach kontroli wewnętrznej:
 - a) wstępnej kontroli legalności dokumentów dotyczących wykonywania planów finansowych Szpitala oraz ich zmian,
 - b) następcej kontroli operacji gospodarczych Szpitala, stanowiących przedmiot księgowy;
 - 7) opracowywanie projektów przepisów wewnętrznych wydawanych przez Dyrektora Szpitala dotyczących prowadzenia rachunkowości oraz opracowywanie projektów aktualizacji przepisów wewnętrznych, a w szczególności:
 - a) opracowywanie i aktualizowanie zakładowego planu kont,
 - b) opracowywanie projektów przepisów wewnętrznych i aktualizacji dotyczących obiegu dokumentów (dowodów księgowych),
 - c) opracowywanie i aktualizacja zasad prowadzenia i rozliczania inwentaryzacji.
 - 8) Bieżący monitoring Biuletynu Informacji Publicznej oraz aktualizacja informacji właściwych dla komórki organizacyjnej.
6. W celu realizacji określonych zadań Główny Księgowy ma prawo:
- 1) wnioskować o określenie trybu, według którego mają być wykonywane przez inne komórki organizacyjne prace niezbędne do zapewnienia prawidłowości gospodarki finansowej oraz księgowości, sprawozdawczości finansowej;
 - 2) żądać od innych komórek organizacyjnych udzielenia w formie ustnej lub pisemnej niezbędnych informacji i wyjaśnień, jak również udostępniania do wglądu dokumentów i wyliczeń będących źródłem tych informacji i wyjaśnień, żądać od innych komórek organizacyjnych usunięcia w wyznaczonym terminie nieprawidłowości dotyczących:
 - a) przyjmowania, wystawiania, obiegu i kontroli dokumentów,
 - b) systemu kontroli wewnętrznej,
 - c) systemu wewnętrznej informacji finansowej,
 - 3) występować do Dyrektora z wnioskiem o przeprowadzenie kontroli określonych zagadnień, które nie leżą w zakresie działania Głównego Księgowego.
7. W skład Działu wchodzi:
- 1) Sekcja Księgowości Finansowej;
 - 2) Sekcja Płac;
 - 3) Stanowisko ds. inwentaryzacji.
8. Do zadań Działu należy w szczególności:
- 1) prowadzenie rachunkowości Szpitala zgodnie z obowiązującymi przepisami;
 - 2) prowadzenie komputerowej ewidencji operacji gospodarczych i finansowych zgodnie z obowiązującymi zasadami rachunkowości;
 - 3) prowadzenie komputerowej ewidencji przychodów, kosztów i wydatków z uwzględnieniem źródeł ich powstania;
 - 4) prowadzenie ewidencji oraz wypłacanie wynagrodzeń i innych świadczeń wynikających ze stosunku pracy lub ubezpieczenia społecznego;
 - 5) pobieranie zaliczek i rozliczanie podatku dochodowego od osób fizycznych, podatku dochodowego od osób prawnych, bieżące rozliczanie podatku od towarów i usług oraz składek ZUS i ubezpieczeń zdrowotnych;
 - 6) prowadzenie obsługi kasowej Szpitala;
 - 7) prowadzenie kontroli w zakresie operacji kasowych i materiałowych;
 - 8) współpraca z bankami oraz Urzędem Marszałkowskim i innymi urzędami w zakresie ustalonym przez Dyrektora;
 - 9) przechowywanie dokumentacji księgowej zgodnie z obowiązującymi przepisami;
 - 10) prowadzenie kontroli zarządczej zgodnie z przepisami prawa i wewnętrznymi regulacjami;
 - 11) opracowywanie planu finansowego w oparciu o zakładane wykonanie zadań oraz ewidencję i kontrolę ich realizacji;
 - 12) sporządzanie rocznego sprawozdania finansowego (bilansu, rachunku zysków i strat oraz sprawozdania z przepływów środków pieniężnych);

- 13) sporządzanie innych sprawozdań okresowych (miesięcznych i kwartalnych) wymaganych obowiązującymi przepisami zewnętrznymi i wewnętrznymi;
- 14) prowadzenie rejestru faktur dostawców materiałów i usług;
- 15) przygotowywanie dokumentów do inwentaryzacji materiałów, środków trwałych i wyposażenia (niskocennych składników majątku trwałego);
- 16) rozliczanie inwentaryzacji:
 - a) wycena arkuszy spisów z natury,
 - b) księgowanie różnic inwentaryzacyjnych na podstawie zatwierdzonych przez Dyrektora dokumentów.
- 17) przygotowywanie dokumentacji związanej z przyjęciem do użytkowania środków trwałych;
- 18) przygotowywanie dokumentacji związanej z przyjęciem darowizn pieniężnych, materiałów, usług, wyposażenia i środków trwałych;
- 19) prowadzenie ewidencji środków trwałych wraz z naliczaniem umorzenia i amortyzacji oraz sporządzanie sprawozdań wewnętrznych i zewnętrznych w tym zakresie;
- 20) prowadzenie pozabilansowej ewidencji wyposażenia (niskocennych składników majątku trwałego);
- 21) prowadzenie ewidencji i rozliczeń:
 - a) ZFŚS,
 - b) pożyczek mieszkaniowych z ZFŚS,
 - c) Pracowniczej Kasy Zapomogowo-Pożyczkowej;
- 22) prowadzenie centralnego rejestru zawartych przez Szpital umów i przechowywanie oryginałów umów;
- 23) sporządzanie rocznego sprawozdania z działalności Szpitala.

§ 31

1. Sekcja Księgowości Finansowej wchodzi w skład Działu Ekonomiczno-Finansowego i podlega Głównemu Księgowemu.
2. Na czele Sekcji stoi kierownik Sekcji Księgowości Finansowej.
3. Do zadań Sekcji należy w szczególności:
 - 1) prowadzenie księgowości w oparciu o obowiązujące przepisy;
 - 2) czuwanie nad prawidłowym obiegiem dokumentacji finansowej;
 - 3) przygotowanie i dekretacja dokumentów, nadawanie numerów poszczególnym dokumentom oraz wpisywanie do rejestrów dowodów źródłowych, dotyczących wszystkich operacji finansowych;
 - 4) wprowadzanie zapisów księgowych do programu finansowo-księgowego;
 - 5) sporządzanie sprawozdań z przychodów i kosztów za okresy sprawozdawcze (miesięczne, kwartalne i roczne);
 - 6) analiza obrotów i sald poszczególnych kont ewidencyjnych;
 - 7) w zakresie rozrachunków z dostawcami i odbiorcami:
 - a) prowadzenie korespondencji z dostawcami i odbiorcami,
 - b) przygotowywanie dokumentów do banków, sporządzanie poleceń przelewów i przekazywanie ich do banków,
 - c) potwierdzenie sald na zakończenie roku.
 - 8) w zakresie windykacji należności:
 - a) analiza kont rozrachunków z odbiorcami usług pod kątem ich terminowego rozliczania,
 - b) sporządzanie wezwań do zapłaty i upomnień,
 - c) naliczanie odsetek od przeterminowanych należności,
 - d) prowadzenie niezbędnej korespondencji z odbiorcami w tym zakresie,
 - e) w przypadku braku skutku powyższych działań, przygotowywanie dokumentów dla Kancelarii Prawnej w celu windykacji należności poprzez sądy.
 - 9) dekretacja i ewidencja wyciągów bankowych;
 - 10) ewidencja i rozliczanie kosztów;
 - 11) naliczanie i odprowadzanie podatku od towarów i usług VAT;
 - 12) sporządzanie bilansu rocznego, rachunku zysków i strat oraz sprawozdania z przepływów środków pieniężnych, deklaracji podatku od nieruchomości, podatku VAT i wpłat na PFRON;
 - 13) prowadzenie księgowości Pracowniczej Kasy Zapomogowo-Pożyczkowej;

- 14) prowadzenie centralnego rejestru umów zawartych przez Szpital i przechowywanie oryginałów umów;
- 15) prowadzenie rejestru zakupów materiałów i usług:
 - a) wprowadzanie do systemu finansowo-księgowego przychodzących z zewnątrz faktur i innych dokumentów księgowych,
 - b) rozprowadzanie faktur do komórek organizacyjnych, których dotyczą, w celu ich akceptacji pod względem zgodności z zawartymi umowami, merytorycznym i rachunkowym oraz sporządzania i wprowadzania do systemu Finansowo-Księgowego (F-K) dowodów PZ (przyjęcie zewnętrzne),
 - c) sprawdzanie dokumentów pod względem formalnym i rachunkowym, kontrola poprawności sporządzania dokumentów PZ (przyjęcie zewnętrzne), dekretacja dokumentów i wprowadzanie do systemu komputerowego,
 - d) przygotowywanie dokumentów do zatwierdzenia przez Głównego Księgowego i Dyrektora,
 - e) księgowanie zatwierdzonych dokumentów w systemie komputerowym,
- 16) prowadzenie ewidencji pożyczek mieszkaniowych z ZFŚS:
 - a) księgowanie udzielonych pożyczek,
 - b) analiza kont indywidualnych pod względem ratałnych spłat pożyczek,
 - c) prowadzenie korespondencji z byłymi pracownikami, którzy nieterminowo spłacają pożyczki,
- 17) prowadzenie obsługi kasowej zgodnie z procedurą dotyczącą gospodarki kasowej, a w szczególności:
 - a) dokonywanie wypłat wynagrodzeń, zaliczek i z innych tytułów zatwierdzonych przez Dyrektora i Głównego Księgowego,
 - b) przyjmowanie wpłat wartości pieniężnych do max wysokości równowartości 15 000 euro przeliczonych według kursu średniego NBP z ostatniego dnia poprzedniego miesiąca,
 - c) współpraca z bankami, odprowadzanie środków pieniężnych na rachunki bankowe, pobieranie w banku gotówki na wynagrodzenia i inne uzasadnione wypłaty,
 - d) sporządzanie raportów kasowych;
- 18) przyjmowanie wartościowych depozytów pacjentów i ich przechowywanie;
- 19) prowadzenie księgi ewidencyjnej wartościowych depozytów chorych i ich zabezpieczenie w kasie oraz wydawanie;
- 20) prowadzenie ewidencji, przechowywanie i wydawanie arkuszy spisu z natury, czeków i innych druków ścisłego zarachowania.

§ 32

1. Sekcja Płac wchodzi w skład Działu Ekonomiczno-Finansowego i podlega Głównemu Księgowemu.
2. Na czele Sekcji stoi kierownik Sekcji Płac.
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) prowadzenie spraw w aplikacji służącej finansowaniu rezydentur w podmiotach akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego (System Informatyczny Rezydentur);

- 10) współpraca z Działem Zarządzania Kadrami w zakresie terminowego spływu dokumentów stanowiących podstawę do naliczania wynagrodzeń.

§ 33

1. Pracownik ds. inwentaryzacji podlega bezpośrednio Zastępcy Głównego Księgowego.
2. Do zadań pracownika na tym stanowisku należy w szczególności:
 - 1) przygotowanie dokumentów do inwentaryzacji materiałów, środków trwałych i innych składników majątku Szpitala;
 - 2) rozliczanie inwentaryzacji:
 - a) wycena arkuszy spisu z natury,
 - b) ustalanie różnic inwentaryzacyjnych,
 - c) rozliczanie różnic inwentaryzacyjnych na podstawie wniosków Komisji Inwentaryzacyjnej zatwierdzonych przez Głównego Księgowego i Dyrektora;
 - 3) prowadzenie komputerowej ewidencji wyposażenia według rodzajów i użytkowników;
 - 4) prowadzenie komputerowej ewidencji środków trwałych, w tym:
 - a) przygotowywanie dokumentacji związanej z przyjęciem do użytkowania środków trwałych zakupionych, pochodzących z darowizn lub inwestycji,
 - b) sporządzanie i wprowadzanie do systemu dokumentów OT (przyjęcie środka trwałego) i LT (likwidacja środka trwałego),
 - c) sporządzanie rocznego planu amortyzacji środków trwałych,
 - d) miesięczne naliczanie amortyzacji środków trwałych i przysyłanie danych do systemu finansowo-księgowego.
3. Wykonywanie innych poleceń wydanych przez przełożonych.

§ 34

(skreślono)

§ 35

1. Dział Rozliczeń i Statystyki Medycznej podporządkowany jest bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomiczno-Eksploatacyjnych.
2. Na czele Działu stoi kierownik, który koordynuje i nadzoruje pracę podległego personelu, a także odpowiada za sprawne jego funkcjonowanie pod względem merytorycznym, administracyjnym i formalno-prawnym, zgodnie z powierzonym zakresem obowiązków.
3. Podczas nieobecności kierownika, jego obowiązki pełni osoba upoważniona.
4. W skład Działu wchodzi:
 - 1) Koordynator ds. obsługi pacjenta.
5. Do zadań Działu należy w szczególności:
 - 1) w zakresie statystyki medycznej:
 - a) kompletowanie, uzupełnianie i przekazywanie we właściwych terminach zestawień statystycznych do właściwych urzędów,
 - b) obsługa systemów informatycznych funkcjonujących w Szpitalu,
 - c) kontrola celowana dokumentacji medycznej pod kątem zgodności z przepisami dotyczącymi jej prowadzenia i uregulowań wewnętrznych,
 - 2) w zakresie rozliczeń z płatnikami:
 - a) sporządzanie oraz przekazywanie do NFZ i innych płatników comiesięcznych sprawozdań z ilości udzielonych świadczeń przez oddziały, poradnie, działy i pracownie diagnostyczne,
 - b) przygotowywanie i prawidłowe wystawianie faktur,
 - c) wyjaśnianie not księgowych do faktur we współpracy z poszczególnymi oddziałami, działami medycznymi i innymi komórkami organizacyjnymi,
 - d) prowadzenie wszelkich spraw związanych ze sporządzonymi sprawozdaniami i wystawionymi fakturami dla poszczególnych płatników,
 - e) sporządzanie zestawień świadczonych usług medycznych na polecenie Dyrekcji oraz

- przekazywanie ich płatnikom,
- f) prowadzenie korespondencji z NFZ, innymi płatnikami i podmiotami leczniczymi w zakresie rozliczeń świadczeń medycznych,
- g) bieżący nadzór w zakresie sprawozdawczości z wykonanych świadczeń medycznych - zgodności z dokumentacją medyczną oraz przepisami prawa i szczegółowymi uregulowaniami płatnika,
- 3) Pozostałe zadania:
 - a) przygotowywanie ofert do płatników,
 - b) przygotowywanie konkursów ofert i zawieranie umów na świadczenia zdrowotne,
 - c) nadzór nad prowadzeniem dokumentacji związanej z pobytem pacjentów w Szpitalu, zgodnie z obowiązującymi przepisami,
 - d) aktualizacja danych w systemie obsługi potencjału we współpracy z Działem Zarządzania Kadrami, Działem Aparatury Medycznej.
- 6. W Dziale wykonywane są również inne zadania, nie podane w niniejszym Regulaminie, a określone odpowiednimi przepisami lub zlecone przez przełożonych.

§ 36
(skreślono)

§ 37
(skreślono)

§ 38

1. W celu koordynowania, organizacji i nadzoru nad pracą sekretarek medycznych i rejestratorek powołano koordynatora ds. obsługi pacjenta.
2. Koordynator ds. obsługi pacjenta podlega bezpośrednio kierownikowi Działu Rozliczeń i Statystyki Medycznej.
3. Koordynatorowi ds. obsługi pacjenta podlegają bezpośrednio:
 - 1) sekretarki medyczne w oddziałach szpitalnych,
 - 2) rejestratorki medyczne w Izbie Przyjęć,
 - 3) rejestratorki medyczne w Specjalistycznej Przychodni Przyszpitalnej,
 - 4) rejestratorki medyczne w pozostałych działach i pracowniach medycznych
 - 5) pracownicy Punktu Opłat i Wydawania Dokumentacji Medycznej,
 - 6) rejestratorki medyczne w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym (w zakresie organizacyjnym).
4. Koordynator ds. obsługi pacjenta bezpośrednio odpowiada za:
 - 1) planowanie, organizowanie i nadzorowanie pracy podległych pracowników oraz prowadzenie kontroli funkcjonalnej;
 - 2) podział zadań i środków do ich wykonania, z uwzględnieniem ich rangi i priorytetu, kwalifikacji pracowników oraz ich obciążenia pracą bieżącą;
 - 3) zwiększenie efektywności działań podległych pracowników;
 - 4) dokonywanie oceny jakości pracy podległych pracowników;
 - 5) nadzorowanie przestrzegania wewnętrznych aktów normatywnych (instrukcji, regulaminów, procedur) przez podległych pracowników;
 - 6) wprowadzanie nowo przyjętych pracowników w przydzielone im zadania;
 - 7) udzielania pracownikom informacji dotyczących obowiązków, uprawnień oraz zakresu ich odpowiedzialności;
 - 8) ustalanie grafików pracy i planowanie urlopów podległych pracowników.
5. Do zadań koordynatora ds. obsługi pacjenta należy m.in.:
 - 1) bezpośrednia i telefoniczna obsługa Pacjentów;
 - 2) umawianie Pacjentów na wizyty, konsultacje i badania wewnętrzne;
 - 3) nadzór nad dokumentacją medyczną;
 - 4) informowanie Pacjentów o świadczonych usługach medycznych;
 - 5) pełnienie zastępstwa w przypadku nieobecności podległych pracowników w zakresie szczegółowym właściwym dla ich stanowiska pracy.

6. Do obowiązków sekretarek medycznych i rejestratorek należy w szczególności: wprowadzanie w systemie informatycznym Szpitala oraz weryfikacja ze stanem faktycznym danych niezbędnych do rozliczenia z płatnikami udzielonych świadczeń zdrowotnych wykonanych w: oddziałach szpitalnych, poradniach Specjalistycznej Przychodni Przyszpitalnej, Izbie Przyjęć, pracowniach i działach diagnostycznych / medycznych oraz na Bloku Operacyjnym:
- 1) potwierdzanie w systemie (eWUŚ) uprawnień do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych oraz odbieranie od pacjentów oświadczeń dotyczących prawa do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych;
 - 2) udzielanie niezbędnych informacji pacjentom i ich bliskim;
 - 3) prowadzenie harmonogramu przyjęć;
 - 4) prowadzenie oddziałowego ruchu chorych;
 - 5) zgłaszanie asystentowi socjalnemu pacjentów nieubezpieczonych;
 - 6) kontrola dokumentacji medycznej pod względem kompletności i zgodności z przepisami dotyczącymi jej prowadzenia oraz dbanie o jej terminowe przekazywanie do Składnicy Akt;
 - 7) przygotowywanie pacjentom lub rodzinom pacjentów zaświadczeń o pobycie w oddziale;
 - 8) załatwianie bieżących spraw oddziału / komórki organizacyjnej;
 - 9) zabezpieczenie komórki organizacyjnej we wszelkie stosowane druki niezbędne do prawidłowego funkcjonowania;
 - 10) weryfikacja oraz potwierdzanie ilości konsultacji wewnętrznych i zewnętrznych;
 - 11) monitorowanie terminowego spływu wyników badań histopatologicznych i genetycznych oraz prowadzenie rejestru otrzymanych wyników;
 - 12) przygotowywanie pism na zlecenie ordynatora / kierownika komórki organizacyjnej;
 - 13) nadzór nad korespondencją wychodzącą i przychodzącą do komórki organizacyjnej;
 - 14) sporządzanie sprawozdań dla innych komórek organizacyjnych zgodnie ze specyfiką komórki organizacyjnej;
 - 15) na polecenie przełożonego pełnienie zastępstwa w innych oddziałach szpitalnych, w rejestracjach, Izbie Przyjęć, w punkcie przekazywania materiałów do badań histopatologicznych i genetycznych;
 - 16) wykonywanie innych czynności, wynikających ze specyfiki komórki organizacyjnej, zleconych przez przełożonego lub ordynatora / kierownika komórki organizacyjnej, zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami, ze szczególnym uwzględnieniem administracyjnych czynności asystenckich ukierunkowanych na pomoc personelowi lekarskiemu.
7. Do obowiązków pracowników Punktu Opłat i Wydawania Dokumentacji Medycznej w szczególności należy:
- 1) przyjmowanie wniosków o wydanie dokumentacji medycznej, ich rozpatrzenie a następnie realizowanie zgodnie z obowiązującym przepisami prawa oraz z procedurami obowiązującymi w szpitalu;
 - 2) załatwianie korespondencji dotyczącej pobytu pacjenta w Szpitalu, tj. wyjaśnianie wszelkich wątpliwości we współpracy z komórkami organizacyjnymi;
 - 3) dostarczanie dokumentacji / kopii osobom uprawnionym lub na żądanie uprawnionego organu, w tym uprawnionym pracownikom Szpitala;
 - 4) pobieranie opłat przewidzianych w cenniku Szpitala;
 - 5) obsługa kasy fiskalnej, wystawianie faktur dla pacjenta nieubezpieczonego oraz dotyczących dokumentacji medycznej;
 - 6) prowadzenie niezbędnych rejestrów, w tym rejestru wniosków o wydanie dokumentacji medycznej, rejestru wydanych oryginałów dokumentacji medycznej;
 - 7) w Punkcie Opłat i Wydawania Dokumentacji Medycznej wykonywane są również inne zadania, nie podane w niniejszym Regulaminie, a określone odpowiednimi przepisami lub zlecone przez przełożonych.

§ 39

1. Dział Teleinformatyki podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomiczno-Eksploatacyjnych.

2. Na czele Działu stoi kierownik, który koordynuje i nadzoruje pracę Działu, a także odpowiada za jego sprawne funkcjonowanie pod względem merytorycznym, administracyjnym i formalno-prawnym, zgodnie z powierzonym zakresem obowiązków.
3. Podczas nieobecności kierownika, jego obowiązki pełni osoba upoważniona.
4. Do zadań Działu należy w szczególności:
 - 1) prowadzenie wszelkich spraw związanych z wdrażaniem w Szpitalu systemów informatycznych, a w szczególności:
 - a) opracowywanie planów wdrożenia, uwzględniających potrzeby i możliwości finansowe Szpitala,
 - b) określanie funkcji użytkowych i wymagań, jakie mają spełniać przyszłe systemy i oprogramowanie,
 - c) inicjowanie zakupu oprogramowania i sprzętu informatycznego zgodnie z wewnętrznym Regulaminem Udzielania Zamówień Publicznych,
 - d) testowanie eksploatowanych systemów,
 - e) szkolenie pracowników w zakresie obsługi użytkowanych w Szpitalu systemów informatycznych;
 - 2) prowadzenie nadzoru nad wdrożonymi w Szpitalu systemami informatycznymi w tym: HIS, ERP, T-DOC', RIS, PACS, systemem przyzywowym i innymi systemami powiązаныmi z aparaturą medyczną;
 - 3) naprawa sprzętu komputerowego, tj.:
 - a) przyjmowanie zgłoszeń o awariach sprzętu i oprogramowania z komórek organizacyjnych,
 - b) bieżąca konserwacja i naprawy sprzętu komputerowego,
 - c) zlecanie napraw do odpowiednich serwisów,
 - d) zlecanie napraw gwarancyjnych;
 - 4) prowadzenie szpitalnego archiwum baz danych;
 - 5) zarządzanie kopiami zapasowymi;
 - 6) nadzór nad prowadzeniem stron internetowej i intranetowej Szpitala; nadzór nad prowadzeniem Biuletynu Informacji Publicznej, zgodnie z obowiązującymi przepisami;
 - 7) prowadzenie rejestru zainstalowanego w Szpitalu sprzętu komputerowego i urządzeń peryferyjnych;
 - 8) prowadzenie rejestru posiadanych licencji;
 - 9) zabezpieczenie komputerów zainstalowanych w Szpitalu w systemy antywirusowe;
 - 10) współpraca z Inspektorem Ochrony Danych w zakresie wynikającym z przepisów prawa;
 - 11) realizacja obowiązków Szpitala w zakresie teleinformatyki, cyberbezpieczeństwa i SOC, w tym w szczególności w obszarach:
 - a) serwery:
 - utrzymanie sprawności i administrowanie serwerami z systemami wykorzystywanymi przez Szpital do prowadzonej działalności (tzw. Oprogramowanie „białe” i „szare”), odpowiedzialność za wprowadzane dane i ich administrowanie w tych systemach,
 - zapewnienie zabezpieczenia serwerów wykorzystywanych przez Spółkę Inwestycje Dolnośląskie Sp. z o.o. znajdujących się w serwerowni przed ingerencją osób innych niż upoważnione przez NSzW,
 - b) system kontroli dostępu SKD (we współpracy z IOD):
 - zarządzanie systemem,
 - nadawanie uprawnień dostępu pracownikom i innym osobom ze strony Szpitala, a także pracownikom i innym osobom imiennie zgłoszonym przez Spółkę Inwestycje Dolnośląskie Sp. z o.o.,
 - niezwłoczne przekazywanie Spółce Inwestycje Dolnośląskie Sp. z o.o. informacji o nieuprawnionym dostępie lub innych nieprawidłowościach systemu w strefach związanych z działalnością NSzW,
 - przekazywanie Spółce Inwestycje Dolnośląskie Sp. z o.o. okresowych raportów na temat nieuprawnionychostępów i funkcjonowania systemu, pozwalających na przeprowadzanie analiz oraz wprowadzanie ewentualnych zmian w działaniach związanych z ochroną Obiektu Szpitalnego.
 - c) system telewizji IPTV (telewizja Szpitalna) - zarządzanie dystrybucją sygnału z dedykowanego serwera;

- 12) ochrona danych osobowych przed dostępem, modyfikacją oraz zniszczeniem, ujawnieniem lub pozyskaniem danych przez osoby nieupoważnione;
 - 13) śledzenie nowości na rynku IT i analizowanie ich ewentualnego zastosowania w Szpitalu;
 - 14) dokładne i sumienne wykonywanie wyznaczonych zadań i poleceń przełożonych;
 - 15) dotrzymywanie terminów, które wynikają z istoty i okoliczności realizowanych zadań, bądź są ustalone przepisami lub wyznaczone przez przełożonego;
 - 16) składanie informacji swojemu bezpośredniemu przełożonemu o stanie wykonania nałożonych zadań i ewentualnie napotkanych trudności;
 - 17) przestrzeganie regulaminów, standardów i zarządzeń wewnętrznych;
 - 18) nadzór nad przestrzeganiem i realizacją procedur dotyczących polityki bezpieczeństwa, zarządzania systemem informatycznym oraz postępowania w sytuacji naruszenia ochrony danych osobowych;
 - 19) bieżąca współpraca z IOD w zakresie przestrzegania i realizacji procedur systemu zarządzania jakością.
5. W Dziale wykonywane są również inne zadania, niepodane w niniejszym Regulaminie, a określone odpowiednimi przepisami lub zlecone przez przełożonych.

§ 40

1. Dział Zamówień Publicznych podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomiczno-Eksploatacyjnych.
2. Na czele działu stoi kierownik, który koordynuje i nadzoruje pracę podległego personelu, a także odpowiada za sprawne jego funkcjonowanie pod względem merytorycznym, administracyjnym i formalno-prawnym, zgodnie z powierzonym zakresem obowiązków.
3. Podczas nieobecności kierownika, jego obowiązki pełni osoba upoważniona.
4. Do zadań działu należy:
 - 1) tworzenie i realizacja planu zakupu towarów, usług oraz robót budowlanych według zasad postępowania opisanych w Wewnętrznym Regulaminie Udzielania Zamówień Publicznych;
 - 2) prowadzenie rejestrów związanych z udzielaniem zamówień publicznych Szpitala;
 - 3) tworzenie planów postępowań o udzielenie zamówienia publicznego Szpitala i ich aktualizacja;
 - 4) sprawozdawczość związana z udzielaniem zamówień publicznych Szpitala;
 - 5) nadzorowanie prawidłowego przebiegu postępowań o udzielenie zamówienia publicznego Szpitala,
 - 6) prowadzenie i archiwizowanie dokumentacji związanej z postępowaniami o udzielenie zamówienia publicznego Szpitala;
 - 7) zamieszczanie w Biuletynie Informacji Publicznej odpowiednich informacji związanych z prowadzonymi postępowaniami o udzielenie zamówienia publicznego Szpitala.

§ 41

1. Dział Analiz Ekonomicznych, Planowania i Kontrolingu podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomiczno-Eksploatacyjnych.
2. Na czele Działu stoi kierownik, który koordynuje i nadzoruje pracę podległego personelu, a także odpowiada za jej sprawne funkcjonowanie pod względem merytorycznym, administracyjnym i formalno-prawnym, zgodnie z powierzonym zakresem obowiązków.
3. Podczas nieobecności kierownika, jego obowiązki pełni osoba upoważniona.
4. Do zadań Działu należy:
 - 1) monitoring danych rzeczowych i finansowych według zapotrzebowania;
 - 2) opracowywanie analiz wskazanych odcinków funkcjonowania Szpitala;
 - 3) sporządzanie informacji o poniesionych kosztach i uzyskanych przychodach oraz wyniku na działalności dla oddziałów, przychodni i pracowni diagnostycznych;
 - 4) opracowywanie materiałów ekonomicznych i statystycznych na potrzeby ofert do NFZ we współpracy z Działem Organizacji i Jakości;
 - 5) opracowywanie zestawień ekonomiczno-statystycznych dla Rady ordynatorów, Rady Społecznej, itp.;
 - 6) opracowywanie budżetów kosztów i przychodów dla komórek organizacyjnych;
 - 7) sporządzanie kalkulacji procedur medycznych i ich uaktualnianie;

- 8) opracowywanie informacji i cenników dla obcych jednostek w celu zawarcia umów na świadczenie usług medycznych,;
- 9) ustalanie i aktualizowanie Cennika usług stanowiącego Załącznik Nr 1 do niniejszego Regulaminu;
- 10) sporządzanie zestawień i opracowań statystycznych w oparciu o zebrane dane i materiały;
- 11) opracowanie planów zaopatrzenia Szpitala w wyroby medyczne i produkty biobójcze, zgodnie z Wewnętrznym Regulaminem Udzielania Zamówień Publicznych;
- 12) bieżąca ocena realizacji planu rzeczowego i analiza odchyień;
- 13) sporządzanie zestawień, raportów na potrzeby instytucji zewnętrznych;
- 14) analiza zapotrzebowań na produkty lecznicze, biobójcze i wyroby medyczne z oddziałów, działów (korekty planów);
- 15) przekazywanie za pośrednictwem Systemu Ewidencji Ochrony Zdrowia informacji o środkach ochrony osobistej zgodnie z zapisami ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informatyzacji w ochronie zdrowia.

§ 41¹

1. Dział Utrzymania Ruchu podlega bezpośrednio Z-cy dyrektora ds. ekonomiczno-eksploatacyjnych.
2. Na czele Działu stoi Kierownik, który koordynuje i nadzoruje pracę podległego personelu, a także odpowiada za sprawne jego funkcjonowanie pod względem merytorycznym, administracyjnym i formalno- prawnym, zgodnie z powierzonym zakresem obowiązków.
3. Podczas nieobecności kierownika, jego obowiązki pełni Zastępca kierownika Działu Utrzymania Ruchu.
4. W skład działu wchodzi:
 - 1) Koordynator ds. porządkowych, kierujący pracą pracowników porządkowych (grupą porządkową oraz transportową);
 - 2) Pozostali pracownicy działu zatrudnieni zgodnie z obowiązującą etatyzacją działu.
5. W dziale wykonywane są zadania:
 - 1) nadzór nad prawidłową eksploatacją obiektu szpitalnego mającą na celu utrzymanie go w stanie nie pogorszonym;
 - 2) przyjmowanie zgłoszeń usterek i uszkodzeń infrastruktury technicznej i wyposażenia obiektu szpitalnego;
 - 3) usuwanie usterek i uszkodzeń infrastruktury technicznej i wyposażenia obiektu szpitalnego, wynikającego z podziału obowiązków zawartych w umowie dzierżawy;
 - 4) przekazywanie do Spółki Inwestycje Dolnośląskie Sp. z o.o. zgłoszeń wszelkich awarii, usterek i uszkodzeń infrastruktury technicznej i wyposażenia obiektu szpitalnego niebędących po stronie Szpitala, a wynikających z podziału obowiązków zawartych w umowie dzierżawy. Uczestniczenie przy ich usuwaniu;
 - 5) zgłaszanie potrzeb modernizacyjnych obiektu szpitalnego;
 - 6) nadzór nad gospodarką kluczami oraz przeznaczeniem pomieszczeń, bieżące zgłaszanie zmian w tym zakresie do Spółki Inwestycje Dolnośląskie Sp. z o.o. oraz organów sanitarno-epidemiologicznych, budowlanych itp.
 - 7) dokonywanie rozliczeń i kontroli materiałów zużytych do usuwania usterek i uszkodzeń;
 - 8) zapewnienie sprawności technicznej oraz bezawaryjnej pracy Działu Sterylizacji i stacji uzdatniania wody;
 - 9) nadzór nad książkami Urzędu Dozoru Technicznego urządzeń ciśnieniowych;
 - 10) bieżące rozwiązywanie problemów techniczno- eksploatacyjnych występujących w komórkach organizacyjnych Szpitala;
 - 11) prowadzenie rozliczeń pomiędzy Spółką Inwestycje Dolnośląskie Sp. z o.o., a Szpitalem w zakresie korzystania z mediów;
 - 12) właściwe i zgodne ze stanem faktycznym rozliczanie kosztów usług zewnętrznych świadczonych na rzecz Szpitala z rozbiorem na poszczególne ośrodki kosztów, a także merytoryczny nadzór nad prawidłową realizacją umów;
 - 13) zabezpieczenie usług specjalistycznego serwisu technicznego;
 - 14) kontrola nad prawidłową dystrybucją gazów medycznych;

- 15) sprzątanie i zapewnienie czystości w poniższych komórkach organizacyjnych Szpitala, według zasad opisanych w planie higieny:
 - a) Dział Radiologii i Diagnostyki Obrazowej,
 - b) Specjalistyczna Przychodnia Przyszpitalna,
 - c) Dział Elektrodiagnostyki,
 - d) uchylony,
 - e) klatki schodowe,
 - f) ciągi korytarzowe, korytarze, hol,
 - g) pomieszczenia administracji Szpitala, szatnie, magazyny, pomieszczenia gospodarcze itp.
- 16) dbanie o prawidłowe gospodarowanie i postępowanie z odpadami wytworzonymi w Szpitalu;
- 17) współpraca z firmami obsługującymi Szpital w zakresie odbioru odpadów medycznych, komunalnych i pozostałych;
- 18) sprawny i szybki załadunek bielizny szpitalnej dostarczonej i odbieranej ze Szpitala przez pralnię;
- 19) prowadzenie spraw administracyjnych związanych z transportem tj. przygotowywanie dokumentacji do przetargów, rozliczanie zleconych transportów oraz bieżącej konserwacji szpitalnego ambulansu;
- 20) bieżące zarządzanie, obsługa i naprawy oraz odpowiedzialność za system przyzywowy oraz odbiorniki telewizyjne i piloty do telewizorów, aparaty telefoniczne stacjonarne, przenośne i komórkowe (we współpracy z Działem Teleinformatyki);
- 21) nadzór nad prawidłowym użytkowaniem wyposażenia obiektu Szpitala zgodnie z zapisami umowy dzierżawy pomiędzy Szpitalem a Spółką Inwestycje Dolnośląskie Sp. z o.o.;
- 22) nadzór nad prawidłową gospodarką sprzętem gospodarczym, dozownikami, pojemnikami i meblami stanowiącym wyposażenie komórek organizacyjnych Szpitala;
- 23) nadzór nad umowami na usługi z firmami zewnętrznymi, którym powierzono świadczenie usług na rzecz Szpitala;
- 24) bieżąca współpraca z komórkami organizacyjnymi Szpitala w zakresie korzystania ze sprzętu i wyposażenia przyznanego do użytku przez Spółkę Inwestycje Dolnośląskie Sp. z o.o.;
- 25) współpraca z Spółką Inwestycje Dolnośląskie Sp. z o.o. w zakresie bieżącego korzystania z obiektu oraz sprzętu i urządzeń przekazanych komórkom organizacyjnym Szpitala do użytkowania;
- 26) prowadzenie rozliczeń pomiędzy kontrahentami zewnętrznymi a Szpitalem w zakresie dzierżawionych powierzchni oraz korzystania z mediów;
- 27) prowadzenie sprawozdawczości i analiz prowadzonych rozliczeń;
- 28) prowadzenie rozliczeń usług sterylizacji sprzętu oraz innych rozliczeń wynikających ze świadczenia usług przez Szpital na rzecz podmiotów zewnętrznych oraz osób fizycznych;
- 29) właściwe i zgodne ze stanem faktycznym rozliczanie kosztów usług zewnętrznych świadczonych na rzecz Szpitala z rozbiorem na poszczególne ośrodki kosztów, a także sprawowanie merytorycznego nadzoru nad prawidłową realizacją umów;
- 30) opiniowanie wniosków składanych przez kierowników komórek organizacyjnych Szpitala w zakresie usług i zakupów w środki i artykuły z grup kosztowych prowadzonych przez Dział;
- 31) koordynowanie współpracy pomiędzy oddziałami Szpitala a wykonawcami świadczącymi usługi w zakresie żywienia, prania bielizny, utylizacji odpadów medycznych, transportu sanitarnego i innych usług świadczonych przez firmy zewnętrzne na rzecz Szpitala;
- 32) kontrola przestrzegania przez firmę zewnętrzną zobowiązań wynikających z umowy we współpracy z dietetykiem szpitalnym;
- 33) realizacja dostaw zgodnych z przyjętymi rozdzielnikami oraz opiniowanie korekt w grupach asortymentowych objętych rozdzielnikami, w szczególności:
 - a) bielizny szpitalnej wielorazowej i jednorazowej,
 - b) odzieży ochronnej, ubrań roboczych i materiałów ochronnych,
 - c) materiałów biurowych i druków,
 - d) środków czystości i higieny,
 - e) materiałów eksploatacyjnych do konserwacji,
 - f) środków trwałych o niskiej wartości.
- 34) prowadzenie sprawnie funkcjonującej gospodarki magazynowej Magazynu Gospodarczego, Magazynu Biurowego i Druków, Magazynów bielizny brudnej i czystej;

- 35) wydawanie towarów z magazynów zgodnie z rozdzielnikami, prowadzenie analiz rozchodów z podziałem na miejsca i ośrodki powstawania kosztów;
- 36) prawidłowe i harmonijne zaopatrzenie Szpitala w dostawy towarów według grup asortymentowych;
- 37) prowadzenie kartotek odzieżowych;
- 38) wystawianie faktur dla podmiotów zewnętrznych;
- 39) analiza i rozliczanie rozmów telefonicznych prowadzonych w poszczególnych komórkach organizacyjnych i samodzielnych stanowiskach;
- 40) nadzór nad załadunkiem i rozładunkiem bielizny szpitalnej dostarczanej i odbieranej ze Szpitala przez pralnię zewnętrzną;
- 41) przyjmowanie i segregowanie bielizny brudnej, wydawanie bielizny czystej wraz z prowadzeniem ewidencji i rozliczeń w rozbiciu na poszczególne komórki kosztowe;
- 42) ścisła współpraca z komórkami organizacyjnymi Szpitala w zakresie bieżącej działalności, wspieranie w sytuacjach tego wymagających;
- 43) nadzór nad prowadzeniem chłodni do przechowywania zwłok oraz wydawaniem zwłok osobom i instytucjom uprawnionym;
- 44) koordynacja, nadzór i zamawianie pieczęci dla komórek organizacyjnych oraz prowadzenie rejestru pieczęci;
- 45) prowadzenie spraw związanych z kasacją i likwidacją środków trwałych oraz pozostałego wyposażenia, wyjaśnianie różnic i braków w stanach inwentarza przekazanych do użytkowania przez Spółkę Inwestycje Dolnośląskie Sp. z o.o.;
- 46) przygotowanie projektów umów dostaw i usług oraz porozumień w zakresie spraw prowadzonych przez Dział Utrzymania Ruchu;
- 47) prowadzenie spraw dotyczących ubezpieczenia mienia szpitalnego w szczególności spraw związanych z odszkodowaniem z tytułu zniszczenia, uszkodzenia itp.;
- 48) prowadzenie spraw związanych z kradzieżami oraz współpraca z Policją i Prokuraturą w zakresie prowadzonych postępowań karnych;
- 49) prowadzenie depozytu rzeczy osobistych pacjentów przebywających w Szpitalu;
- 50) prowadzenie ewidencji związanej z odpadami wytwarzanymi w Szpitalu oraz sprawozdawczości zgodnie z wymogami prawa ochrony środowiska;
- 51) realizacja obowiązku Szpitala w zakresie wynikającego z Umowy dzierżawy zawartej pomiędzy Szpitalem, a Spółką Inwestycje Dolnośląskie Sp. z o.o. w obszarze systemu telefonii IP (system telefonów bezprzewodowych i stacjonarnych oparty o centrale VoIP) - odpowiedzialność za aparaty telefoniczne w zakresie ich właściwego użytkowania oraz zarządzanie numerami wewnętrznymi.

KOMÓRKI ORGANIZACYJNE PODLEGŁE ZASTĘPCY DYREKTORA DS. LECZNICTWA

§ 42

1. Ordynator/ lekarz kierujący oddziałem / lekarz kierujący komórką medyczną podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.
2. Ordynator/ lekarz kierujący oddziałem/ lekarz kierujący komórką medyczną ponosi odpowiedzialność materialną, organizacyjną i merytoryczną związaną z funkcjonowaniem jego oddziału / komórki medycznej.
3. Do zakresu obowiązków ordynatorów / lekarzy kierujących oddziałem / lekarzy kierujących komórką medyczną należy w szczególności:
 - 1) nadzór i koordynowanie udzielania świadczeń zdrowotnych w kierowanej komórce organizacyjnej, w szczególności nadzór nad prawidłowym prowadzeniem harmonogramów przyjęć;
 - 2) nadzór nad realizacją umów zawartych z NFZ, MZ i innymi podmiotami oraz planów budżetów przychodów i kosztów;
 - 3) planowanie i realizacja celów operacyjnych komórki organizacyjnej zmierzających do osiągnięcia równowagi pomiędzy kosztami działalności prowadzonej komórki organizacyjnej a osiąganymi przychodami;

- 4) opracowywanie okresowych sprawozdań z działalności podległej komórki organizacyjnej oraz programów naprawczych;
- 5) wnioskowanie o zakup sprzętu i aparatury medycznej oddziału / komórki medycznej w zakresie niezbędnym do prawidłowego wykonywania powierzonych zadań oraz dbałość o powierzone mienie;
- 6) przestrzeganie właściwej i racjonalnej gospodarki lekami, wyrobami medycznymi i sprzętem,
- 7) zlecanie i nadzór nad żywieniem pacjentów;
- 8) nadzór nad prowadzeniem profilaktyki zakażeń szpitalnych i stanem sanitarno-epidemiologicznym oddziału/ komórki medycznej;
- 9) nadzór nad prowadzeniem zbiorczej i indywidualnej dokumentacji pacjenta przez podległy personel, zgodnie z aktualnymi wymogami formalnymi i obowiązującymi przepisami;
- 10) przestrzeganie praw pacjentów;
- 11) wnioskowanie o dobór i zatrudnienie pracowników w sposób zapewniający wysoki poziom udzielanych świadczeń zdrowotnych, udział w negocjacjach płacowych (niezależnie od formy zatrudnienia);
- 12) prowadzenie procesu rekrutacji na wakuujące stanowiska pracy w grupie personelu lekarskiego;
- 13) nadzór nad przestrzeganiem przez podległy personel obowiązujących przepisów prawa oraz wewnętrznych procedur;
- 14) terminowe udzielenie odpowiedzi na pisma, w tym skargi, roszczenia, zdarzenia niepożądane itp.;
- 15) wdrażanie i kontrola realizacji procedur, zarządzeń i innych przepisów wewnętrznych i prawa powszechnie obowiązującego w kierowanej komórce organizacyjnej;
- 16) nadzór nad kształceniem podyplomowym lekarzy.

§ 43

1. Do zadań komórek organizacyjnych prowadzących działalność medyczną należy udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego, innego niż szpitalne oraz ambulatoryjnego.
2. Do zadań oddziałów należy w szczególności:
 - 1) udzielanie pomocy medycznej, zwłaszcza w przypadkach nagłych (wypadkach i zachorowaniach);
 - 2) udzielanie konsultacji specjalistycznych pacjentom z innych oddziałów oraz pacjentom kierowanym na konsultacje przez podmioty, z którymi zostały zawarte umowy w tym zakresie;
 - 3) zlecanie badań diagnostycznych na rzecz pacjentów hospitalizowanych, w oparciu o odpowiednie pracownie diagnostyczne;
 - 4) zapewnienie profesjonalnej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej na optymalnym poziomie ilościowym i jakościowym, uwarunkowanej stanem zdrowia pacjenta;
 - 5) zapewnienie przyjętemu pacjentowi leków, produktów leczniczych, wyrobów medycznych i artykułów sanitarnych;
 - 6) prowadzenie instruktażu w zakresie włączania pacjentów i ich rodzin do realizacji zachowań prozdrowotnych;
 - 7) prowadzenie specjalizacji, szkoleń oraz doskonalenia pracowników medycznych;
 - 8) prowadzenie spraw związanych z dokumentacją i statystyką medyczną;
 - 9) gromadzenie informacji medycznych z realizacji kontraktu z NFZ oraz innymi podmiotami w zakresie udzielanych przez oddział świadczeń zdrowotnych;
 - 10) współpraca ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Szpitala w oparciu o niniejszy Regulamin oraz o aktualnie obowiązujące regulacje prawne.
3. W oddziałach zabiegowych w zależności od potrzeb / w razie konieczności / lekarze poszczególnych oddziałów zobowiązani są do wzajemnego asystowania przy zabiegach.
4. Lekarz dyżurny oddziału jest obowiązany w czasie pełnienia dyżuru medycznego (w godzinach popołudniowych, nocnych i w dni wolne od pracy) zapewnić opiekę medyczną pacjentom przebywającym w oddziale, a w szczególności:
 - 1) rozpocząć dyżur o ustalonej godzinie - zgodnie z harmonogramem;
 - 2) kończyć dyżur w momencie rozpoczęcia normalnej ordynacji lekarskiej oddziału, składając raport z odbytego dyżuru ordynatorowi / lekarzowi kierującemu oddziałem/ koordynatorowi Oddziału lub Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa;

- 3) kończyć dyżur w dni wolne od pracy oraz w dni świąteczne po zgłoszeniu się następcy, któremu powinien przekazać informacje z odbytego dyżuru i zapoznać ze stanem pacjentów przebywających w oddziale;
- 4) przebywać w oddziale przez cały czas trwania dyżuru, a w razie uzasadnionej konieczności wyjścia na inny oddział, poinformować personel pielęgniarski o miejscu pobytu oraz posiadać przy sobie służbowy aparat telefoniczny zapewniający możliwość kontaktu;
- 5) dokładnie zbadać każdego pacjenta skierowanego na leczenie szpitalne i po ustaleniu, przy pomocy wszystkich dostępnych środków rozpoznania, wytyczyć plan postępowania i rozpocząć leczenie;
- 6) na prośbę lekarza dyżurnego innego oddziału, przeprowadzić badanie konsultacyjne lub uczestniczyć w radzie lekarskiej, powołanej w celu ustalenia rozpoznania lub uzgodnienia dalszego postępowania, przy czym konsultacje specjalistyczne winny być udzielane:
 - a) jeżeli brak takiej konsultacji mógłby spowodować zagrożenie życia,
 - b) w nagłych przypadkach pogorszenia stanu zdrowia;
- 7) w przypadku konieczności opuszczenia oddziału, w związku z wykonaniem pilnych konsultacji w innych oddziałach, lekarz dyżurny powinien poprosić o czasowy nadzór nad podległymi mu pacjentami lekarza dyżurnego z najbliższego oddziału;
- 8) wykonywać wizyty lekarskie w godzinach wieczornych, a w dni wolne od pracy oraz dni świąteczne - także porannych.

§ 44

W Izbie Przyjęć odbywa się przyjmowanie pacjentów do oddziałów/klinik:

- 1) Chirurgii Dziecięcej;
- 2) Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej;
- 3) Chirurgii Plastycznej;
- 4) Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej;
- 5) Chorób Wewnętrznych;
- 6) Endokrynologii, Diabetologii i Chorób Wewnętrznych;
- 7) Kardiologii;
- 8) Neurochirurgii;
- 9) Neurologii Dziecięcej;
- 10) Neurologii z Pododdziałem Udarowym;
- 11) Rehabilitacji;
- 12) Reumatologii i Chorób Wewnętrznych;
- 13) Urologii i Onkologii Urologicznej.

§ 45

1. Do zadań Specjalistycznej Przychodni Przyszpitalnej w skład, której wchodzi poradnie i gabinety zabiegowe, należy w szczególności:
 - 1) udzielanie indywidualnych porad specjalistycznych z zakresu danej specjalności poradni;
 - 2) przeprowadzanie ambulatoryjnych zabiegów specjalistycznych;
 - 3) prowadzenie spraw z zakresu orzecznictwa lekarskiego;
 - 4) prowadzenie spraw związanych z dokumentacją i statystyką medyczną;
 - 5) wnioskowanie w sprawach zaopatrzenia w środki pomocnicze i przedmioty ortopedyczne;
 - 6) wykonywanie w gabinetach zabiegowych badań: EKG, pomiar ciśnienia, pomiar tętna, pomiar temperatury ciała oraz pobieranie krwi do badań laboratoryjnych, wykonywanie szczepień ochronnych dla pracowników według kalendarza szczepień, jak również zabiegów pielęgnacyjnych i opatrunków.
2. Poradnie udzielają świadczeń zdrowotnych w zakresie swojej specjalności w wyznaczonych dniach i godzinach przyjęć, zgodnie z zawartą umową z NFZ, jeżeli ją posiadają.
3. Świadczenia zdrowotne udzielane są w możliwie najkrótszym terminie, według ustalonej w rejestracji godziny, poza sytuacjami wymagającymi natychmiastowego udzielenia świadczenia zdrowotnego ze względu na stan zdrowia osoby zgłaszającej się.
4. W przypadku dużej ilości zgłoszeń do lekarza, w poradni ustalany jest termin planowego przyjęcia i odnotowywany w rejestrze pacjentów oczekujących na wykonanie świadczenia zdrowotnego.

5. Wszystkie poradnie, co najmniej jeden dzień w tygodniu, przyjmują pacjentów w godzinach popołudniowych.

§ 46

1. Do zadań Poradni Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej należy udzielanie świadczeń opieki lekarskiej i pielęgniarstwa po godzinie 18:00 do godziny 08:00 w dni powszednie oraz całodobowo w dni wolne od pracy w przypadku nagłego zachorowania lub pogorszenia stanu zdrowia, gdy:
 - 1) nie ma objawów sugerujących bezpośrednie zagrożenie życia lub grożących istotnym uszczerbkiem na zdrowiu;
 - 2) zastosowane środki domowe lub leki dostępne bez recepty nie przyniosły spodziewanej poprawy;
 - 3) zachodzi obawa, że oczekiwanie na otwarcie przychodni może znacząco niekorzystnie wpłynąć na stan zdrowia.
2. Dyżurujący personel lekarski udziela porad w warunkach ambulatoryjnych oraz telefonicznie. W razie konieczności, w uzasadnionych medycznie przypadkach personel lekarski i pielęgniarstwa realizuje świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w domu chorego.

§ 47

1. Do zadań Bloku Operacyjnego należy w szczególności:
 - 1) utrzymywanie w gotowości i przygotowywanie sal operacyjnych, aparatury i sprzętu medycznego do zabiegów operacyjnych, za wyjątkiem aparatury anestezjologicznej;
 - 2) przygotowywanie pacjentów do zabiegów operacyjnych;
 - 3) udzielanie pacjentom przebywającym na Bloku Operacyjnym premedykacji, a następnie odpowiedniego znieczulenia;
 - 4) wykonywanie zabiegów operacyjnych zgodnie z powszechnie obowiązującymi standardami;
 - 5) szczególne przestrzeganie zasad higieny, dezynfekcji pomieszczeń i sterylności narzędzi;
 - 6) prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami;
 - 7) prowadzenie nadzoru pooperacyjnego.
2. Koordynatorem okołoperacyjnej karty kontrolnej jest lekarz anestezjolog będący członkiem zespołu zabiegowego, a w przypadku zabiegu wykonywanego w znieczuleniu miejscowym lekarz chirurg operator.

§ 48

1. Do zadań Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii należy w szczególności:
 - 1) anestezja - wykonywanie znieczulenia ogólnego lub regionalnego do zabiegów operacyjnych oraz do celów diagnostycznych lub leczniczych;
 - 2) intensywna terapia - postępowanie mające na celu podtrzymywanie funkcji życiowych oraz leczenie chorych w stanach zagrożenia życia, spowodowanych potencjalnie odwracalną niewydolnością jednego lub kilku podstawowych układów organizmu, w szczególności oddychania, krążenia, ośrodkowego układu nerwowego;
 - 3) diagnostyka i leczenie chorych, w tym pacjentów małoletnich, którzy znajdują się w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, który wynika przede wszystkim z zaburzeń w układzie krążenia i/ lub oddychania;
 - 4) organizowanie i współudział w postępowaniu resuscytacyjnym na terenie Szpitala;
 - 5) zabezpieczanie postępowania terapeutycznego chorych w stanie zagrożenia życia;
 - 6) współudział w ustalaniu zasad przygotowania pacjentów do zabiegów operacyjnych;
 - 7) współudział w nadzorze pooperacyjnym w oddziałach zabiegowych oraz na Bloku Operacyjnym, a także prowadzenie pacjentów wymagających intensywnego nadzoru w okresie pooperacyjnym w Oddziale oraz na Bloku Operacyjnym;
 - 8) konsultowanie pacjentów w oddziałach Szpitala i kwalifikowanie ich do leczenia w Oddziale.
2. Koordynator transplantacyjny jest członkiem zespołu Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii, podlega bezpośrednio kierownikowi Oddziału.

3. Do zadań koordynatora należy prowadzenie czynności w zakresie rekrutacji zmarłych dawców i koordynacja pobrania narządów, w szczególności:

- 1) identyfikacja i wstępna kwalifikacja medyczna potencjalnych zmarłych dawców narządów;
- 2) organizacja i dokumentacja pracy lekarzy stwierdzających śmierć mózgu;
- 3) autoryzacja pobrania, w tym rozmowa z rodziną zmarłego dawcy, pozyskanie opinii prokuratora w przypadkach, kiedy jest to konieczne;
- 4) organizacja opieki nad potencjalnym dawcą;
- 5) koordynacja pobrania wielonarządowego;
- 6) organizacja pozyskania i zabezpieczania materiału do typowania tkankowego - organizacja pobrania w Szpitalu;
- 7) współpraca z koordynatorami ośrodka transplantacyjnego oraz z Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnym do spraw Transplantacji „POLTRANSPLANT” - dokumentacja pobrania narządów;
- 8) monitorowanie pacjentów w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii i dyskontowanie potencjałów dawstwa w Szpitalu oraz składanie sprawozdań do POLTRANSPLANT.

§ 48¹

Do zadań Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii Dziecięcej należy w szczególności:

- 1) anestezja - wykonywanie znieczulenia ogólnego lub regionalnego do zabiegów operacyjnych oraz do celów diagnostycznych lub leczniczych;
- 2) intensywna terapia - postępowanie mające na celu podtrzymywanie funkcji życiowych oraz leczenie chorych w stanach zagrożenia życia, spowodowanych potencjalnie odwracalną niewydolnością jednego lub kilku podstawowych układów organizmu, w szczególności oddychania, krążenia, ośrodkowego układu nerwowego;
- 3) diagnostyka i leczenie chorych małoletnich, którzy znajdują się w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, który wynika przede wszystkim z zaburzeń w układzie krążenia i/ lub oddychania;
- 4) organizowanie i współudział w postępowaniu resuscytacyjnym pacjentów małoletnich na terenie Szpitala;
- 5) zabezpieczanie postępowania terapeutycznego chorych poniżej 18. roku życia w stanie zagrożenia życia;
- 6) współudział w ustalaniu zasad przygotowania pacjentów małoletnich do zabiegów operacyjnych;
- 7) kwalifikacja pacjentów małoletnich do znieczuleń;
- 8) współudział w nadzorze pooperacyjnym w oddziałach zabiegowych oraz na Bloku Operacyjnym, a także prowadzenie pacjentów wymagających intensywnego nadzoru w okresie pooperacyjnym w Oddziale oraz na Bloku Operacyjnym w zakresie usług świadczonych pacjentom małoletnim;
- 9) konsultowanie pacjentów małoletnich w oddziałach Szpitala i kwalifikowanie ich do leczenia w Oddziale;
- 10) organizacja pracy sal operacyjnych dziecięcych;
- 11) organizacja pracy przy znieczuleniach dzieci w pracowniach poza Blokiem Operacyjnym;
- 12) organizacja współpracy z pracownikami Oddziału Chirurgii Dziecięcej w realizowaniu zadań Centrum Urazowego dla Dzieci;
- 13) konsultowanie pacjentów małoletnich w oddziałach Szpitala w zakresie leczenia bólu.

§ 49

Do zadań Oddziału Chirurgii Dziecięcej należy w szczególności:

- 1) diagnostyka i leczenie pacjentów w zakresie ogólnej chirurgii dziecięcej, chirurgii onkologicznej, chirurgii urazowej, ortopedii, urologii, chirurgii plastycznej, neurochirurgii, chirurgii noworodka oraz sprawowanie intensywnego nadzoru pooperacyjnego w Oddziale i na Bloku Operacyjnym;
- 2) prowadzenie czynności kwalifikacyjnych i wykonywanie zabiegów z ww. zakresów;

- 3) świadczenie usług diagnostycznych i konsultacyjnych w zakresie reprezentowanych specjalności na rzecz innych oddziałów Szpitala, a w szczególności na rzecz Szpitalnego Oddziału Ratunkowego i Oddziału Neurologii Dziecięcej.
- 4) działalność dydaktyczna i naukowa z zakresem zgodnym z kodeksem etyki lekarza. Szkolenie rezydentów, specjalistów i studentów.

§ 50

Do zadań Oddziału Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej należy w szczególności:

- 1) diagnostyka i leczenie pacjentów w zakresie chirurgii ogólnej, onkologicznej i naczyniowej oraz sprawowanie intensywnego nadzoru pooperacyjnego w Oddziale i na Bloku Operacyjnym;
- 2) prowadzenie czynności kwalifikacyjnych i wykonywanie zabiegów z zakresu chirurgii: ogólnej, onkologicznej i naczyniowej;
- 3) świadczenie usług diagnostycznych i konsultacyjnych w zakresie reprezentowanej specjalności na rzecz innych oddziałów Szpitala;
- 4) zapewnianie pacjentom kompleksowego leczenia otyłości.

§ 51

Do zadań Oddziału Chirurgii Plastycznej należy w szczególności:

- 1) diagnostyka i leczenie pacjentów ze schorzeniami wymagającymi diagnostyki i/ lub interwencji z zakresu chirurgii plastycznej oraz sprawowanie intensywnego nadzoru pooperacyjnego w Oddziale i na Bloku Operacyjnym;
- 2) prowadzenie czynności kwalifikacyjnych i wykonywanie zabiegów z zakresu chirurgii plastycznej;
- 3) świadczenie usług diagnostycznych i konsultacyjnych w zakresie reprezentowanej specjalności na rzecz innych oddziałów Szpitala.

§ 52

Do zadań Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej należy w szczególności:

- 1) diagnostyka i leczenie pacjentów w zakresie chirurgii urazowej i ortopedycznej oraz sprawowanie intensywnego nadzoru pooperacyjnego w Oddziale i na Bloku Operacyjnym;
- 2) prowadzenie czynności kwalifikacyjnych i wykonywanie zabiegów z zakresu chirurgii: urazowej i ortopedycznej;
- 3) świadczenie usług diagnostycznych i konsultacyjnych w zakresie reprezentowanej specjalności na rzecz innych oddziałów Szpitala;
- 4) pełnienie dyżurów medycznych w Oddziale Chirurgii Plastycznej zgodnie z ustalonym grafikiem pracy.

§ 53

Do zadań Oddziału Chorób Wewnętrznych należy w szczególności:

- 1) diagnostyka i leczenie pacjentów ze schorzeniami internistycznymi;
- 2) świadczenie usług diagnostycznych i konsultacyjnych w zakresie reprezentowanej specjalności na rzecz innych oddziałów Szpitala;
- 3) pełnienie dyżurów medycznych w Oddziale Reumatologii i Chorób Wewnętrznych lub Oddziale Endokrynologii Diabetologii i Chorób Wewnętrznych zgodnie z ustalonym grafikiem pracy.

§ 54

Do zadań Oddziału Endokrynologii, Diabetologii i Chorób Wewnętrznych należy w szczególności:

- 1) diagnostyka i leczenie pacjentów w zakresie endokrynologii, diabetologii oraz chorób wewnętrznych,
- 2) świadczenie usług diagnostycznych i konsultacyjnych w zakresie reprezentowanych specjalności na rzecz innych oddziałów Szpitala.

§ 55

Do zadań Oddziału Kardiologii należy w szczególności:

- 1) diagnostyka i leczenie pacjentów w zakresie chorób układu krążenia i chorób wewnętrznych oraz sprawowanie intensywnego nadzoru;
- 2) prowadzenie czynności kwalifikacyjnych i wykonywanie zabiegów z zakresu kardiologii interwencyjnej i elektrofizjologii;
- 3) świadczenie usług diagnostycznych i konsultacyjnych w zakresie reprezentowanej specjalności na rzecz innych oddziałów Szpitala;
- 4) pełnienie dyżurów medycznych w Oddziale Rehabilitacji zgodnie z ustalonym grafikiem pracy.

§ 56

Do zadań Oddziału Neurochirurgii należy w szczególności:

- 1) diagnostyka i leczenie pacjentów w zakresie chorób ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego i kręgosłupa kwalifikujących się do zabiegu operacyjnego oraz sprawowanie intensywnego nadzoru pooperacyjnego w Oddziale i na Bloku Operacyjnym;
- 2) świadczenie usług diagnostycznych i konsultacyjnych w zakresie reprezentowanej specjalności na rzecz innych oddziałów Szpitala.

§ 57

Do zadań Oddziału Neurologii Dziecięcej należy w szczególności:

- 1) diagnostyka i leczenie pacjentów w zakresie chorób obwodowego i ośrodkowego układu nerwowego;
- 2) świadczenie usług diagnostycznych i konsultacyjnych w zakresie reprezentowanej specjalności na rzecz innych oddziałów Szpitala, a w szczególności na rzecz Szpitalnego Oddziału Ratunkowego i Oddziału Chirurgii Dziecięcej.

§ 58

Do zadań Oddziału Neurologii z Pododdziałem Udarowym należy w szczególności:

- 1) diagnostyka i leczenie pacjentów w zakresie chorób obwodowego i ośrodkowego układu nerwowego oraz sprawowanie intensywnego nadzoru;
- 2) świadczenie usług diagnostycznych i konsultacyjnych w zakresie reprezentowanej specjalności na rzecz innych oddziałów Szpitala.

§ 59

Do zadań Oddziału Rehabilitacji należy w szczególności:

- 1) prowadzenie stacjonarnej rehabilitacji neurologicznej, po uprzednim badaniu kwalifikacyjnym;
- 2) zabezpieczenie rehabilitacji, w tym wczesnej rehabilitacji przyłóżkowej, pacjentom oddziałów szpitalnych wymagającym usprawnienia;
- 3) świadczenie usług konsultacyjnych w zakresie reprezentowanej specjalności na rzecz innych oddziałów Szpitala.

§ 60

Do zadań Oddziału Reumatologii i Chorób Wewnętrznych należy w szczególności:

- 1) diagnostyka i leczenie pacjentów ze schorzeniami reumatologicznymi i internistycznymi;
- 2) świadczenie usług diagnostycznych i konsultacyjnych w zakresie reprezentowanej specjalności na rzecz innych oddziałów Szpitala.

§ 61

Do zadań Oddziału Toksykologii i Chorób Wewnętrznych należy w szczególności:

- 1) diagnostyka i leczenie pacjentów w zakresie toksykologii i chorób wewnętrznych oraz sprawowanie intensywnego nadzoru;
- 2) świadczenie usług diagnostycznych i konsultacyjnych w zakresie reprezentowanych specjalności na rzecz innych oddziałów Szpitala;
- 3) prowadzenie toksykologicznej informacji telefonicznej dla podmiotów zewnętrznych;

- 4) pełnienie dyżurów medycznych w Oddziale Reumatologii i Chorób Wewnętrznych lub Oddziale Endokrynologii Diabetologii i Chorób Wewnętrznych zgodnie z ustalonym grafikiem pracy.

§ 62

Do zadań Oddziału Urologii i Onkologii Urologicznej należy w szczególności:

- 1) diagnostyka i leczenie pacjentów w zakresie urologii, chirurgii onkologicznej, onkologii klinicznej oraz sprawowanie nadzoru pooperacyjnego w Oddziale i na Bloku Operacyjnym;
- 2) prowadzenie czynności kwalifikacyjnych i wykonywanie zabiegów z ww. zakresów;
- 3) świadczenie usług diagnostycznych i konsultacyjnych w zakresie reprezentowanej specjalności na rzecz innych oddziałów Szpitala.

§ 63

1. Do zadań Szpitalnego Oddziału Ratunkowego należy udzielanie świadczeń zdrowotnych, polegających na wstępnej diagnostyce i podjęciu leczenia w zakresie niezbędnym do stabilizacji funkcji życiowych osób znajdujących się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.
2. Ponadto do zadań Szpitalnego Oddziału Ratunkowego należy w szczególności:
 - 1) udzielanie świadczeń zdrowotnych, w zakresie określonymi w ust. 1, podczas zdarzeń masowych i katastrof;
 - 2) hospitalizacja chorych w sali intensywnego nadzoru będących w trakcie diagnostyki, oczekujących na przyjęcie lub transport do innego podmiotu leczniczego;
 - 3) obserwacja chorych do czasu podjęcia decyzji o dalszej hospitalizacji lub odmowie hospitalizacji w innych oddziałach szpitalnych;
 - 4) dokonywanie zabezpieczenia medycznego pacjentów oraz organizowanie transportu do innych podmiotów wykonujących działalność leczniczą w razie konieczności leczenia specjalistycznego;
 - 5) sprawdzanie uprawnień do korzystania ze świadczeń zdrowotnych zgłaszających się chorych oraz zabezpieczenie opieki zdrowotnej i pomocy pielęgniarzkiej oraz lekarskiej;
 - 6) przekazywanie do oddziałów chorych zakwalifikowanych do leczenia szpitalnego;
 - 7) udzielanie pomocy doraźnej chorym, którzy nie zostali zakwalifikowani do leczenia w Szpitalu lub nie zostali zakwalifikowani do przyjęcia w późniejszym terminie;
 - 8) współpraca ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Szpitala;
 - 9) transport zwłok z oddziałów szpitalnych do pomieszczeń Pro morte, a następnie do pomieszczeń chłodni;
 - 10) udzielanie świadczeń medycznych w komorze hiperbarycznej;
 - 11) udzielanie świadczeń medycznych małoletnim pacjentom w ramach Centrum Urazowego dla Dzieci.
3. Poza godzinami pracy Ordynatora/Lekarza kierującego oddziałem tj. od godz. 15⁰⁰ do godz. 7²⁵ w dni powszednie oraz przez całą dobę w dni wolne od pracy, kompetencje Ordynatora/Lekarza kierującego oddziałem w zakresie świadczeń zdrowotnych i koordynacji pracy personelu, wynikające z obowiązujących przepisów prawa oraz regulaminów i zarządzeń wewnętrznych, sprawuje kierownik dyżuru SOR.
4. Do zadań Kierownika dyżuru SOR należy, w szczególności:
 - 1) koordynacja i nadzór nad przekazaniem pacjentów z SOR do innych oddziałów szpitala;
 - 2) koordynacja i nadzór nad przekazaniem pacjentów SOR, w sytuacjach szczególnych, do innych podmiotów;
 - 3) zgłaszanie zdarzeń niepożądanych;
 - 4) prowadzenie księgi raportów lekarskich;
 - 5) podejmowanie decyzji w zakresie odmowy przyjęcia pacjenta przetransportowanego przez zespół ratownictwa medycznego do szpitala.
5. Personel rejestracji SOR rejestruje dane osobowe wszystkich pacjentów, którzy zgłosili się lub zostali przetransportowani do SOR.
6. Segregację medyczną osób, o których mowa w ust. 5, przeprowadza pielęgniarka systemu, ratownik medyczny lub lekarz systemu przez przeprowadzenie wywiadu medycznego i zebranie danych

służących ocenie stanu zdrowia osoby i zakwalifikowaniu jej do jednej z kategorii, z wykorzystaniem systemu zarządzającego trybami obsługi pacjenta w szpitalnym oddziale ratunkowym, o którym mowa w art. 33a ust. 4 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.

7. W wyniku przeprowadzonej segregacji medycznej osoba, o której mowa w ust. 5, jest przydzielana do jednej z pięciu kategorii zróżnicowanych pod względem stopnia pilności udzielenia jej świadczeń zdrowotnych, zwanej dalej "kategorią pilności", gdzie:
 - 1) kolor czerwony oznacza natychmiastowy kontakt z lekarzem;
 - 2) kolor pomarańczowy oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 10 minut;
 - 3) kolor żółty oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 60 minut;
 - 4) kolor zielony oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 120 minut;
 - 5) kolor niebieski oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 240 minut.
8. W razie potrzeby w ramach segregacji medycznej dodatkowo jest dokonywany pomiar poziomu glukozy we krwi włosniczkowej i temperatury ciała oraz jest wykonywane badanie EKG.
9. Pielęgniarka systemu, ratownik medyczny lub lekarz systemu informują pacjenta lub osobę jej towarzyszącą o przydzielonej kategorii pilności oraz o liczbie osób i maksymalnym przewidywanym czasie oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem.
10. Osoby, o których mowa w ust. 5, pozostają na terenie oddziału pod opieką pielęgniarki systemu, ratownika medycznego lub lekarza systemu i w razie potrzeby poddawane są ocenie ich stanu klinicznego. Ocena stanu klinicznego dokonywana jest nie rzadziej niż co 90 minut, licząc od chwili pobrania biletu, a jej wyniki są odnotowywane w dokumentacji medycznej.
11. Pielęgniarka systemu, ratownik medyczny lub lekarz systemu informują pacjenta, któremu przydzielono kategorię pilności oznaczoną kolorem zielonym lub niebieskim o możliwości skierowania pacjenta z Oddziału do miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej lub Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej.
12. Pacjentowi przysługuje prawo udzielenia świadczeń w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym, mimo decyzji o przekierowaniu do miejsc udzielania świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej lub Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej. W takim przypadku pacjent zachowuje przydzieloną kategorię pilności i otrzymuje świadczenia na zasadach obowiązujących przy udzielaniu świadczeń w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym.
13. Informację o nieprzyjęciu decyzji przez pacjenta o przekierowaniu do miejsc udzielania świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej umieszcza się w karcie segregacji medycznej.
14. W przypadku skierowania pacjenta do miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej lub Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej pacjent otrzymuje kartę segregacji medycznej z odpowiednią adnotacją.
15. Lekarz systemu, dokonuje badania podmiotowego i przedmiotowego, a w razie konieczności zleca badania dodatkowe oraz konsultacje specjalistyczne i podejmuje decyzje o:
 - 1) kontynuacji leczenia w innym oddziale Szpitala;
 - 2) w sytuacjach szczególnych, skierowaniu pacjenta do innego podmiotu z zaznaczeniem, jakim transportem sanitarnym może być przewieziony;
 - 3) wypisaniu pacjenta po ustaniu stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego;
 - 4) odmowie przyjęcia do SOR osoby niebędącej w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.
16. Lekarz systemu ma obowiązek podjąć decyzję, o której mowa w ust. 15 pkt 1)- 3) powyżej, w czasie do 8 godzin od przyjęcia do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego.
17. W przypadku odmowy przyjęcia do SOR osoby niebędącej w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, lekarz systemu odnotowuje ten fakt w księdze odmów przyjęć oraz wydaje pacjentowi informację o rozpoznaniu choroby, problemu zdrowotnego lub urazu, wynikach przeprowadzonych badań, przyczynie odmowy przyjęcia do szpitala, udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz ewentualnych zaleceniach.
18. Kierownik dyżuru SOR nadzoruje przepływ chorych pomiędzy Szpitalnym Oddziałem Ratunkowym i oddziałami szpitala.

19. Lekarz oddziału ma obowiązek podjąć decyzję o hospitalizacji pacjenta w oddziale szpitalnym w czasie do 5 godzin od podjęcia decyzji przez Kierownika dyżuru SOR o skierowaniu pacjenta na leczenie do Oddziału.
20. Decyzja lekarza oddziału, o której mowa w ust. 19 powyżej obejmuje decyzję o:
 - 1) przyjęciu pacjenta na Oddział lub
 - 2) przekazaniu pacjenta do innego podmiotu leczniczego, po wcześniejszym uzgodnieniu z lekarzem dyżurnym tego podmiotu leczniczego.
21. W przypadku niepodjęcia decyzji, o której mowa powyżej, po upływie czasu wskazanego w ust. 19, kierownik dyżuru Szpitala, po konsultacji z kierownikiem dyżuru SOR, podejmuje decyzję o przekazaniu pacjenta na Oddział. Decyzja ta musi zostać, w postaci przyjęcia pacjenta na Oddział, wykonana przez lekarzy tego Oddziału w czasie do 5 godzin od czasu podjęcia decyzji przez Kierownika dyżuru szpitala.
22. Decyzja, o której mowa powyżej jest wiążąca dla wszystkich oddziałów Szpitala.
23. Decyzja Kierownika dyżuru SOR o odmowie przyjęcia pacjenta przetransportowanego przez zespół ratownictwa medycznego do szpitala odnotowywana jest w karcie medycznych czynności ratunkowych i potwierdzana jest podpisem Kierownika dyżuru SOR.
24. W oddziale nie odbywają się przyjęcia osób skierowanych na leczenie szpitalne w trybie planowym.

§ 64

1. Dział Rehabilitacji AmbulATORYJNEJ podlega bezpośrednio ordynatorowi Oddziału Rehabilitacji. Nadzór nad leczeniem, dokumentacją, personelem, sprzętem i pomieszczeniami w Ośrodku Rehabilitacji Kardiologicznej pełni ordynator Oddziału Kardiologii, Ordynator Oddziału Rehabilitacji zobowiązany jest do zapewnienia personelu fizjoterapeutycznego.
2. W skład Działu wchodzi:
 - 1) Zespół Rehabilitacji Domowej;
 - 2) Ośrodek Rehabilitacji Kardiologicznej Diennej.
3. Do zadań Działu Rehabilitacji AmbulATORYJNEJ należy w szczególności:
 - 1) W zakresie Zespołu Rehabilitacji Domowej: realizacja świadczeń w warunkach domowych w zakresie porad lekarskich, wizyt fizjoterapeutycznych i zabiegów fizjoterapeutycznych;
 - 2) W zakresie Ośrodka Rehabilitacji Kardiologicznej: rehabilitacja kardiologiczna pacjentów, którym udzielane są świadczenia w ramach opieki kompleksowej u pacjentów po zawale mięśnia sercowego.

§ 65

1. Apteka Szpitalna podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.
2. Na czele Apteki Szpitalnej stoi kierownik, który koordynuje i nadzoruje pracę podległego personelu, a także odpowiada za jej sprawne funkcjonowanie pod względem merytorycznym, administracyjnym i formalno-prawnym, zgodnie z powierzonym zakresem obowiązków.
3. Podczas nieobecności kierownika Apteki Szpitalnej jego obowiązki pełni zastępca kierownika Apteki Szpitalnej.
4. W skład Apteki Szpitalnej wchodzi Sekcja Farmakoekonomiki.
5. Apteka Szpitalna jest niedostępna dla pacjentów, a dostęp pracowników Szpitala jest ograniczony do poczekalni.
6. Apteka Szpitalna realizuje następujące zadania:
 - 1) opracowuje i sporządza plany zaopatrzenia Szpitala w produkty lecznicze i opakowania na produkty lecznicze;
 - 2) utrzymuje i właściwie przechowuje minimalny i niezbędny zapas produktów leczniczych, wyrobów medycznych i produktów biobójczych;
 - 3) sporządza wybrane leki recepturowe dla oddziałów i działów;
 - 4) rozpuszcza antybiotyki na zlecenie lekarskie;
 - 5) prowadzi zamawianie i dystrybucję leków w ramach importu docelowego;
 - 6) prowadzi kontrolę jakości i tożsamości produktów leczniczych, wyrobów medycznych i produktów biobójczych;

- 7) współpracuje przy tworzeniu analiz dotyczących zapotrzebowania na produkty lecznicze, biobójcze i wyroby medyczne z oddziałów, działów;
 - 8) prowadzi nadzór nad gospodarką lekami w oddziałach, w szczególności nad lekami narkotycznymi;
 - 9) prowadzi ewidencję próbek do badań klinicznych oraz uzyskiwanych darów produktów leczniczych i wyrobów medycznych;
 - 10) przeprowadza okresowe kontrole apteczek oddziałowych;
 - 11) udziela informacji o lekach, w tym nowych wprowadzonych do obrotu (skład, działanie, wskazania i przeciwwskazania do ich stosowania);
 - 12) kierownik Apteki Szpitalnej lub jego zastępca uczestniczy w pracach komitetu terapeutycznego i zespołu kontroli zakażeń szpitalnych;
 - 13) kierownik Apteki Szpitalnej lub jego zastępca udziela informacji ordynatorom i Dyrekcji o aktualnym stanie zaopatrzenia w produkty lecznicze i wyroby medyczne;
 - 14) zgłasza incydenty medyczne zgodnie z obowiązującymi przepisami i uregulowaniami wewnętrznymi Szpitala;
 - 15) wykonuje również inne zadania, czynności, określone odpowiednimi przepisami lub zlecone przez Dyrektora.
7. W Aptece Szpitalnej prowadzona jest odpowiednia dokumentacja, a ewidencja i rozliczanie odbywa się zgodnie z wymogami zarządzeń zewnętrznych i wewnętrznych.
 8. Przyjmowanie, wydawanie i rozliczanie produktów leczniczych, produktów biobójczych i wyrobów medycznych odbywa się przy pomocy systemu informatycznego.
 9. Apteka Szpitalna sporządza odpowiednią sprawozdawczość zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz zarządzeniami zewnętrznymi i wewnętrznymi.
 10. Apteka Szpitalna pracuje w systemie jednozmianowym w dni robocze od godz. 7⁰⁰ do godz. 14³⁵.

§ 66

1. Sekcja Farmakoekonomiki wchodzi w skład Apteki Szpitalnej oraz podlega bezpośrednio jego kierownikowi.
2. Nadzór nad bieżącą pracą Sekcji Farmakoekonomiki pełni kierownik Apteki Szpitalnej.
3. Do zadań Sekcji Farmakoekonomiki należy:
 - 1) sporządzanie pod względem formalno-prawnym planów postępowań przetargowych;
 - 2) obsługa procesu postępowań przetargowych i poza przetargowych oraz bieżący nadzór nad ich przebiegiem i realizacją;
 - 3) prowadzenie sprawozdawczości zgodnie z Wewnętrznym Regulaminem Udzielania Zamówień Publicznych;
 - 4) prawidłowe i terminowe opisywanie faktur oraz nadzór nad ich obiegiem;
 - 5) nadzór nad terminowością aktualizacji receptariusza oraz pozostałych procedur, których właścicielem jest kierownik Apteki Szpitalnej;
 - 6) opracowywanie harmonogramu kontroli apteczek oddziałowych oraz przygotowywanie pism o stwierdzonych niezgodnościach dla kierowników komórek organizacyjnych oraz Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa;
 - 7) nadzór i realizacja procesów związanych z działaniami niepożądanymi leków oraz incydentami medycznymi;
 - 8) nadzór nad pracą zespołu ds. farmakoterapii we współpracy z Pełnomocnikiem Dyrektora ds. ZSZ – udział w tworzeniu planu pracy zespołu, terminowe zwoływanie spotkań, pełnienie funkcji sekretarza zespołu;
 - 9) opracowanie oraz nadzór nad wykazem aktów prawnych dotyczących Apteki oraz bieżące informowanie kierownika Apteki Szpitalnej o zmianach, współpraca z Działem Analiz Ekonomicznych i Kontrolingu w zakresie zamówień na wyroby medyczne i produkty biobójcze Oddziałów oraz z współpracą z Działem Ekonomiczno-Finansowym w zakresie rozchodów grup kosztowo-rodzajowych.
4. W Sekcji wykonywane są również inne zadania, nie podane w niniejszym Regulaminie, a określone odpowiednimi przepisami lub zlecone przez przełożonych.

§ 67

1. Dział Endoskopii podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.
2. Na czele Działu stoi kierownik, który koordynuje i nadzoruje pracę podległego personelu, a także odpowiada za sprawne jego funkcjonowanie pod względem merytorycznym, administracyjnym i formalno-prawnym, zgodnie z powierzonym zakresem obowiązków.
3. W skład Działu wchodzi:
 - 1) Pracownia Gastroskopii;
 - 2) Pracownia Kolonoskopii;
 - 3) Pracownia Endoskopii Pediatricznej.
4. Do zadań Działu należy wykonywanie następujących badań i zabiegów leczniczych (w tym z pobraniem wycinka do badań histopatologicznych) wraz z opisem:
 - 1) endoskopowa ocena górnego odcinka przewodu pokarmowego:
 - a) badanie przełyku - ezofagoscopia,
 - b) badanie żołądka - gastroskopia,
 - c) badanie dwunastnicy - duodenoscopia,
 - d) badanie dróg żółciowych - cholangiografia wsteczna (ERCP);
 - 2) endoskopowe badanie jelita grubego – kolonoskopia;
 - 3) tamowanie krwawień żołądkowo-dwunastniczych ostrzykiwaniem;
 - 4) tamowanie krwawień żyłaków przełyku drogą ich sklerotyzacji lub inną metodą;
 - 5) polipektomia.
5. Dział wykonuje badania dla pacjentów:
 - 1) hospitalizowanych w oddziałach;
 - 2) kierowanych przez inne podmioty lecznicze na podstawie skierowania oraz innych zleceńodawców na podstawie zawartych umów;
 - 3) poradni Specjalistycznej Przychodni Przyszpitalnej (i innych podmiotów posiadających zawartą umowę z NFZ);
 - 4) kierowanych ze Szpitalnego Oddziału Ratunkowego.
6. Badania wykonywane są w trybie „planowym” i „cito”.
7. Przyjmowanie pacjentów hospitalizowanych w Szpitalu do badań planowych odbywa się według harmonogramu uzgodnionego z ordynatorami oddziałów, na podstawie skierowań lekarskich zawierających odpowiednie informacje (dane kliniczne).
8. Przyjmowanie pacjentów poradni Specjalistycznej Przychodni Przyszpitalnej (lub innych poradni mających podpisaną umowę z NFZ) do badań planowych odbywa się na podstawie skierowań, na zasadach określonych w umowie z NFZ.
9. Przyjmowanie pacjentów do badań planowych na podstawie zawartych umów, odbywa się na podstawie skierowań wystawionych przez uprawnionego lekarza, zawierających odpowiednie informacje (dane kliniczne).
10. W Dziale prowadzone są odpowiednie księgi pracowni diagnostycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami, zarządzeniami.
11. Ewidencja badań, rozliczanie i sprawozdawczość prowadzona jest zgodnie z obowiązującymi zarządzeniami zewnętrznymi i wewnętrznymi.

§ 68

1. Dział Elektrodiagnostyki podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.
2. Na czele Działu stoi kierownik, który koordynuje i nadzoruje pracę podległego personelu, a także odpowiada za sprawne jego funkcjonowanie pod względem merytorycznym, administracyjnym i formalno-prawnym, zgodnie z powierzonym zakresem obowiązków.
3. Dział Elektrodiagnostyki obejmuje:
 - 1) Pracownię EEG;
 - 2) Pracownię EMG;
 - 3) Pracownię Videodiagnostyki;
 - 4) Pracownię Potencjałów Wywołanych.
4. Do zadań Działu należy ponadto:
 - 1) wykonywanie opisów badań;

- 2) prowadzenie szkoleń dla pracowników Działu.
5. Pacjenci przyjmowani są na podstawie skierowań lekarskich, zawierających niezbędne informacje kliniczne.
6. W Dziale prowadzone są odpowiednie księgi pracowni diagnostycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami i zarządzeniami.
7. Ewidencja badań, rozliczanie i sprawozdawczość prowadzone są zgodnie z wewnętrznymi zarządzeniami.
8. Dział wykonuje badania dla pacjentów:
 - 1) hospitalizowanych w Szpitalu;
 - 2) poradni Specjalistycznej Przychodni Przyszpitalnej;
 - 3) kierowanych przez inne podmioty lecznicze na podstawie zawartych umów.
9. Badania w dziale wykonywane są w trybie „planowym” i „cito”.
10. Przyjmowanie pacjentów do badań odbywa się według planu uzgodnionego z ordynatorami oddziałów i lekarzami na podstawie skierowań zawierających niezbędne informacje kliniczne.
11. O kolejności badań decyduje data pisemnego skierowania na badanie, za wyjątkiem badań w trybie „cito”.

§ 69

1. Dział Higieny i Epidemiologii podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.
2. Na czele Działu stoi kierownik, który koordynuje i nadzoruje pracę podległego personelu, a także odpowiada za sprawne jego funkcjonowanie pod względem merytorycznym, administracyjnym i formalno-prawnym, zgodnie z powierzonym zakresem obowiązków.
3. Do zadań Działu należy w szczególności:
 - 1) prowadzenie spraw związanych z zakażeniami szpitalnym;
 - 2) prowadzenie szkoleń dla pracowników Szpitala;
 - 3) sporządzanie sprawozdań, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, zarządzeniami zewnętrznymi i wewnętrznymi;
 - 4) uczestniczenie w pracach zespołu kontroli zakażeń szpitalnych zgodnie z obowiązującymi przepisami,
 - 5) przeprowadzanie analiz epidemiologicznych;
 - 6) wykrywanie ognisk zakażeń w Szpitalu i koordynowanie przedsięwzięć mających na celu zmniejszanie ilości zakażeń;
 - 7) regularne przeprowadzanie kontroli pod kątem sanitarno-epidemiologicznym w oddziałach szpitalnych i innych komórkach organizacyjnych oraz analizowanie ich wyników;
 - 8) opracowywanie standardów i zasad postępowania przy wykonywaniu różnych czynności mających na celu poprawę stanu sanitarno-epidemiologicznego w Szpitalu;
 - 9) okresowe kontrole postępowania z odpadami medycznymi;
 - 10) prowadzenie korespondencji i bieżąca współpraca z Wojewódzką Stacją Sanitarno - Epidemiologiczną i Powiatową Stacją Sanitarno - Epidemiologiczną

§ 70

1. Dział Radiologii i Diagnostyki Obrazowej podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.
2. Na czele Działu stoi kierownik, który koordynuje i nadzoruje pracę działu, a także odpowiada za sprawne jego funkcjonowanie pod względem merytorycznym, administracyjnym i formalno-prawnym, zgodnie z powierzonym zakresem obowiązków.
3. Za stan ochrony radiologicznej odpowiada fizyk medyczny oraz Inspektor ds. Ochrony Radiologicznej, posiadający uprawnienia odpowiednie do zakresu działalności Zakładu i podlegający bezpośrednio Dyrektorowi.
4. W skład Działu wchodzi:
 - 1) Pracownia Rentgenodiagnostyki Ogólnej;
 - 2) Pracownia Ultrasonografii;
 - 3) Pracownia Rezonansu Magnetycznego;
 - 4) Pracownia Tomografii Komputerowej;
 - 5) Pracownia Neuroradiologii Zabiegowej.

5. Do zadań Działu należy:
 - 1) wykonywanie badań obrazowych oraz ich opisów dla oddziałów i komórek organizacyjnych oraz dla innych podmiotów leczniczych na podstawie zawartych umów;
 - 2) prowadzenie szkolenia i doszkalanie pracowników Działu;
 - 3) prowadzenie szkoleń dla asystentów Szpitala i rezydentów;
 - 4) wdrażanie Programu Zapewnienia Jakości Radiologicznej we współpracy z Inspektorem ds. Ochrony Radiologicznej i pod jego kontrolą;
 - 5) prowadzenie odpowiednich ksiąg pracownianych (w tym rejestracja wyników);
 - 6) wykonywanie badań obrazowych oraz ich opisów dla pacjentów w ramach umowy z Dolnośląskim Oddziałem Narodowego Funduszu Zdrowia w rodzaju ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne w zakresie tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego.
6. Ewidencja badań, rozliczanie i sprawozdawczość prowadzona jest zgodnie z obowiązującymi zarządzeniami zewnętrznymi i wewnętrznymi.
7. Dział wykonuje badania dla pacjentów:
 - 1) hospitalizowanych w oddziałach szpitalnych;
 - 2) kierowanych ze Specjalistycznej Przychodni Przyszpitalnej (w zakresie USG i RTG);
 - 3) kierowanych przez inne podmioty lecznicze na podstawie zawartych umów;
 - 4) kierowanych na podstawie zawartej umowy z Dolnośląskim Oddziałem Narodowego Funduszu Zdrowia w rodzaju ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne.
8. Badania obrazowe wykonywane są w trybie „planowym” i „cito”.
9. Przyjmowanie pacjentów hospitalizowanych w Szpitalu do badań planowych odbywa się według harmonogramu uzgodnionego z ordynatorami oddziałów / lekarzami kierującymi oddziałami, na podstawie skierowań lekarskich zawierających odpowiednie informacje (dane kliniczne).
10. W Dziale prowadzone są odpowiednie księgi pracowni diagnostycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami, zarządzeniami.
11. Ewidencja badań, rozliczanie i sprawozdawczość prowadzona jest zgodnie z obowiązującymi zarządzeniami zewnętrznymi i wewnętrznymi.
12. Dział pracuje w trybie całodobowym.
13. Przyjmowanie pacjentów w ramach umowy z Dolnośląskim Oddziałem Narodowego Funduszu Zdrowia odbywa się za zasadach określonych w obowiązujących przepisach prawa.

§ 71

1. Zakład Medycyny Nuklearnej podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.
2. Na czele Zakładu stoi kierownik, który koordynuje i nadzoruje pracę działu, a także odpowiada za sprawne jego funkcjonowanie pod względem merytorycznym, administracyjnym i formalno-prawnym, zgodnie z powierzonym zakresem obowiązków.
3. Zakład Medycyny Nuklearnej obejmuje:
 - 1) Pracownię Izotopową;
 - 2) Pracownię SPECT – CT;
 - 3) Pracownię Badań Tarczycy.
4. Za stan ochrony radiologicznej odpowiada - Inspektor ds. Ochrony Radiologicznej, posiadający uprawnienia odpowiednie do zakresu działalności Zakładu i podlegający bezpośrednio Dyrektorowi.
5. W Zakładzie obowiązuje Regulamin pracy z otwartymi źródłami promieniotwórczymi oraz Zakładowy plan postępowania awaryjnego.
6. Do zadań Zakładu należy wykonywanie następujących czynności:
 - 1) badania scyntygraficzne;
 - 2) terapia izotopowa dla pacjentów przyjmowanych w trybie ambulatoryjnym.
7. Zakład wykonuje badania dla pacjentów:
 - 1) hospitalizowanych w oddziałach;
 - 2) kierowanych przez podmioty lecznicze na podstawie skierowania;
 - 3) kierowanych ze Specjalistycznej Przychodni Przyszpitalnej (i innych podmiotów posiadających zawartą umowę z NFZ);
 - 4) innych zleceńodawców na podstawie zawartych umów.

8. Przyjmowanie pacjentów poradni Specjalistycznej Przychodni Przyszpitalnej (lub innych podmiotów mających podpisaną umowę z NFZ) do badań planowych odbywa się na podstawie skierowań, na zasadach określonych w umowie z NFZ.
9. Do zadań Zakładu należy ponadto:
 - 1) kwalifikowanie pacjentów do badań scyntygraficznych;
 - 2) konsultowanie i kwalifikowanie chorych do terapii izotopowej;
 - 3) prowadzenie szkoleń dla pracowników komórki organizacyjnej.
10. W Zakładzie prowadzone są odpowiednie księgi pracowni diagnostycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami, zarządzeniami.
11. Ewidencja badań, rozliczanie i sprawozdawczość prowadzona jest zgodnie z obowiązującymi zarządzeniami zewnętrznymi i wewnętrznymi.

§ 72

1. Stanowisko ds. pomocy społecznej podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.
2. Stanowisko ds. pomocy społecznej stanowi swoisty „łącznik” pomiędzy pacjentem hospitalizowanym a środowiskiem, w którym normalnie przebywa, innymi podmiotami leczniczymi, zakładami pracy, domami pomocy społecznej i ośrodkami pomocy społecznej.
3. Do zadań osób zatrudnionych na stanowisku ds. pomocy społecznej należy:
 - 1) współpraca z ordynatorami / lekarzami kierującymi oddziałami, pielęgniarkami/pielęgniarzami oddziałowymi i innymi komórkami organizacyjnymi w ramach swojej działalności;
 - 2) badanie środowiska chorego, jego warunków socjalno-bytowych i sytuacji rodzinnej;
 - 3) występowanie na zlecenie ordynatora oddziału / lekarza kierującego oddziałem lub lekarza prowadzącego do właściwych podmiotów leczniczych i ośrodków pomocy społecznej w sprawie zapewnienia opieki lekarskiej i pielęgniarskiej lub opieki;
 - 4) podejmowanie działań związanych z uzyskiwaniem i przyznawaniem przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej prawa do świadczeń opieki zdrowotnej;
 - 5) podejmowanie działań związanych z umieszczeniem pacjenta w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, pielęgnacyjnym lub w domu pomocy społecznej;
 - 6) podejmowanie działań związanych z umieszczeniem pacjentów małoletnich pozbawionych opieki domowej w domu małego dziecka lub w pogotowiu opiekuńczym;
 - 7) załatwianie formalności związanych z usprawnianiem i przekwalifikowaniem chorego, który w następstwie przebytej choroby stał się inwalidą w stopniu umożliwiającym wykonywanie wyuczonego zawodu;
 - 8) uchylony; zapewnienie odpowiednich środków i schronienia osobom bezdomnym opuszczającym Szpital;
4. uchylony. Pracownik ds. pomocy społecznej wykonuje również inne zadania nieujęte w niniejszym Regulaminie, a określone odpowiednimi przepisami lub zlecone przez przełożonych.

KOMÓRKI ORGANIZACYJNE PODLEGŁE ZASTĘPCY DYREKTORA DS. PIELĘGNIARSKICH - PIELĘGNIARCE NACZELNEJ

§ 73

1. Dział Sterylizacji podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Pielęgniarskich - Pielęgniarsce Naczelnej.
2. Na czele Działu stoi kierownik, który koordynuje i nadzoruje pracę podległego personelu, a także odpowiada za sprawne jego funkcjonowanie pod względem merytorycznym, administracyjnym i formalno-prawnym, zgodnie z powierzonym zakresem obowiązków.
3. Dział świadczy usługi na rzecz jednostek organizacyjnych Szpitala oraz dla odbiorców zewnętrznych na podstawie zawartych umów.
4. Dział jest jednostką usługową, której zadaniem jest mycie, dezynfekcja i sterylizacja powierzonych narzędzi, sprzętu itp.
5. Proces sterylizacji jest monitorowany wskaźnikami fizycznymi, chemicznymi i biologicznymi. Wyniki kontroli są przechowywane i archiwizowane.
6. W Dziale odbywa się:

- 1) przyjmowanie narzędzi, sprzętu i materiału z Bloku Operacyjnego niezwłocznie po zabiegach operacyjnych;
 - 2) przyjmowanie narzędzi, sprzętów i materiału z oddziałów i innych komórek w szczelnie zamkniętych pojemnikach wraz z dokumentacją przekazania;
 - 3) mycie i dezynfekcja termiczno-chemiczna w myjniach – dezynfektorach;
 - 4) sterylizacja;
 - 5) kontrola fizyczna chemiczna i biologiczna sterylizatorów oraz wsadów;
 - 6) kontrola fizyczna i chemiczna myjni – dezynfektorów;
 - 7) dokumentowanie procesów dezynfekcji i sterylizacji;
 - 8) wydawanie materiałów po sterylizacji.
7. W Dziale prowadzone są odpowiednie sprawozdawczości zgodnie z obowiązującymi zarządzeniami zewnętrznymi i wewnętrznymi.
8. Dział w pracuje w systemie dwuzmianowym w dni robocze od godz. 06:00 do godz. 21:00, a w niedziele od godz. 07:00 do godz. 14:35

§ 73¹

1. Koordynator medyczny ds. higieny szpitalnej i transportu wewnętrznego podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Pielęgniarskich - Pielęgniarsce Naczelnej .
2. Koordynator jest odpowiedzialny za utrzymanie należytego stanu higieniczno-sanitarnego pomieszczeń wraz z wyposażeniem w obszarze medycznym szpitala zgodnie z Planem Higieny Szpitalnej oraz transport wewnętrzy pacjentów.
3. Koordynator jest odpowiedzialny za zapewnienie kompleksowej realizacji zadań w zakresie:
 - a) organizowania wewnętrznego transportu pacjentów oraz transportu asortymentu związanego z udzielaniem świadczeń między komórkami organizacyjnymi szpitala,
 - b) organizowania szkoleń ogólnoszpitalnych w zakresie higieny i utrzymania czystości,
 - c) koordynowania współpracy pomiędzy oddziałami szpitala a wykonawcami świadczącymi usługi w zakresie prania bielizny, utylizacji odpadów medycznych oraz transportu sanitarnego.
4. Koordynator ściśle współpracuje z pielęgniarkami oddziałowymi/koordynującymi, pielęgniarkami epidemiologicznymi oraz z Zespołem Kontroli Zakażeń Szpitalnych.

§ 74

W celu koordynowania, organizacji i nadzoru nad pracą personelu pielęgniarskiego oraz personelu pomocniczego zatrudnionego w Szpitalu powołano Przełożoną Pielęgniarek, która podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Pielęgniarskich - Pielęgniarsce Naczelnej, którą podczas nieobecności zastępuje.

§ 75

1. Przełożona Pielęgniarek podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Pielęgniarskich - Pielęgniarsce Naczelnej.
2. Przełożona Pielęgniarek jest odpowiedzialna za zagwarantowanie kompleksowej i profesjonalnej opieki pielęgniarskiej w Szpitalu.
3. Przełożona Pielęgniarek jest zwierzchnikiem personelu pielęgniarskiego, ratowników medycznych, opiekunów medycznych oraz personelu niższego.
4. Przełożona Pielęgniarek sprawuje swoją funkcję przy pomocy bezpośrednio jej podległych pielęgniarek/rzy oddziałowych i pielęgniarek koordynujących.
5. W zakresie odpowiedzialności za zagwarantowanie kompleksowej i profesjonalnej opieki pielęgniarskiej do zadań Przełożonej Pielęgniarek należy:
 - 1) opracowywanie i opiniowanie w sprawie podziału etatów na poszczególne komórki organizacyjne;
 - 2) stała analiza zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską poprzez bieżącą analizę potrzeb kadrowych personelu pielęgniarskiego/opiekunów medycznych oraz ratowników medycznych w oparciu o ilość i stan pacjentów oraz alokację personelu zgodnie z potrzebami kadrowymi;
 - 3) bieżącą analizę potrzeb kadrowych salowych/sanitariuszów oraz alokację personelu zgodnie z potrzebami kadrowymi;

- 4) wnioskowanie o rotację, przyjęcia i zwolnienia pracowników;
 - 5) nadzór nad prawidłową pracą oddziałów w zakresie gospodarki lekami, wyrobami medycznymi, podziałem obowiązków na poszczególnych stanowiskach pracy, kontrolowanie harmonogramów czasu pracy oraz nadzór nad rozliczaniem czasu pracy podległego personelu;
 - 6) nadzór nad sporządzaniem i realizacją planu urlopów wypoczynkowych oraz zastępstw w komórkach organizacyjnych;
 - 7) systematyczna ocena jakości udzielanych świadczeń pielęgniarских oraz ich dokumentowania w wersji elektronicznej i papierowej;
 - 8) tworzenie warunków i koordynowanie współdziałania personelu pielęgniarского z pozostałym personelem medycznym;
 - 9) współpraca z komórkami organizacyjnymi Szpitala w zakresie niezbędnym do zapewnienia warunków realizacji świadczeń pielęgniarских;
 - 10) nadzór nad realizacją zadań na podległych stanowiskach oraz nad przestrzeganiem regulaminów obowiązujących w Szpitalu, przepisów bhp, przeciwpożarowych i sanitarno - epidemiologicznych;
 - 11) przeprowadzanie okresowych kontroli na dyżurach w zakresie wykonywanych zadań przez podległy personel oraz udzielanie w miarę potrzeby wskazówek dotyczących pracy;
 - 12) organizacja i prowadzenie okresowych narad z podległym personelem;
 - 13) znajomość przepisów dotyczących wykonywania świadczeń przez personel pielęgniarский;
 - 14) współuczestnictwo w ustalaniu zasad wynagradzania podległych pracowników;
 - 15) współudział w rozpatrywaniu wniosków i skarg składanych przez podległy personel i pacjentów (w zakresie opieki pielęgniarской);
 - 16) uczestniczenie w naborze personelu;
 - 17) okresowa analiza stanu zatrudnienia i planowanie potrzeb w tym zakresie.
6. W zakresie rozwoju zawodowego kadr pielęgniarских poprzez:
- 1) nadzorowanie przebiegu adaptacji zawodowej przyjętych pracowników oraz prowadzenie szkoleń w zakresie:
 - a) struktury organizacyjnej Szpitala,
 - b) określenia miejsca pracownika w strukturze organizacyjnej,
 - c) zadań komórek organizacyjnych,
 - d) określenia współpracy i powiązań z innymi komórkami organizacyjnymi,
 - e) zapoznania pracownika z Kodeksem Etyki Zawodowej,
 - f) obiegu informacji w Szpitalu,
 - 2) planowanie i organizowanie doskonalenia zawodowego pracowników;
 - 3) współpracę z placówkami szkolenia zawodowego w zakresie szkoleń zewnętrznych;
 - 4) organizację szkoleń wewnętrznych i zewnętrznych dla podległego personelu.
7. Przełożona Pielęgniarek sprawuje nadzór nad całokształtem spraw sanitarno- epidemiologicznych wszystkich komórek organizacyjnych, a w szczególności do jej zadań należy:
- 1) nadzór stanu sanitarno-epidemiologicznego komórek organizacyjnych, realizacja zaleceń pokontrolnych i egzekwowanie ich realizacji;
 - 2) stała współpraca z kierownictwem komórek organizacyjnych i Działem Higieny i Epidemiologii w zakresie spraw sanitarno-epidemiologicznych;
 - 3) nadzór nad dystrybucją posiłków przez podległych pracowników w Szpitalu, zgłaszanie wszelkich uwag dotyczących żywienia pacjentów;
 - 4) nadzór nad wdrożeniem zarządzeń i wytycznych dotyczących spraw sanitarno-epidemiologicznych, profilaktycznych i zwalczania zakażeń szpitalnych;
 - 5) uczestniczenie w kontrolach inicjowanych przez Dział Higieny i Epidemiologii oraz inspekcję sanitarno-epidemiologiczną;
 - 6) stała współpraca z lekarzem medycyny pracy w zakresie zagadnień sanitarno-epidemiologicznych;
 - 7) realizacja innych spraw związanych z całokształtem zadań sanitarno-epidemiologicznych.
8. Koordynowanie współpracy pomiędzy oddziałami Szpitala a wykonawcami świadczącymi usługi w zakresie żywienia, prania bielizny, utylizacji odpadów medycznych, transportu sanitarnego i innych usług świadczonych przez firmy zewnętrzne na rzecz Szpitala.

9. Sporządzanie okresowych sprawozdań dla Zastępcy Dyrektora ds. Pielęgniarskich-Pielęgniarki Naczelnej w zakresie sprawowanej funkcji.
10. Przełożona Pielęgniarek zobowiązana jest do zachowania tajemnicy zawodowej i służbowej oraz do nadzorowania podległego personelu w zakresie przestrzegania obowiązku zachowania tajemnicy i respektowania praw pacjenta.
11. Przełożona Pielęgniarek wykonuje inne zadania zlecone przez Dyрекcję w ramach swoich kwalifikacji zawodowych.

§ 76

1. Pielęgniarka oddziałowa/ Pielęgniarz oddziałowy/ Pielęgniarka koordynująca podlega bezpośrednio Przełożonej Pielęgniarek, przed którą odpowiada za realizację zadań oddziału/ komórki w zakresie zagwarantowania jakości i ilości świadczeń pielęgniarskich w obrębie oddziału/ komórki organizacyjnej, a także organizowania i nadzorowania pracy podległego personelu.
2. Pielęgniarka oddziałowa/ Pielęgniarz oddziałowy/ Pielęgniarka koordynująca organizuje i kieruje pracą personelu pielęgniarskiego, ratowników medycznych oraz personelu pomocniczego zatrudnionego w oddziale / komórce organizacyjnej.
3. Do zakresu obowiązków Pielęgniarki oddziałowej/ Pielęgniarza oddziałowego/ Pielęgniarki koordynującej należy w szczególności:
 - 1) uczestniczenie w wizytach lekarskich;
 - 2) organizacja pracy podległego personelu poprzez planowanie i dobór właściwych metod postępowania pielęgniarskiego stosownie do kwalifikacji personelu, stanu zdrowia pacjentów, ustalonego planu leczenia oraz wyposażenia komórki organizacyjnej;
 - 3) nadzór nad prowadzeniem procesu pielęgnowania przez podległy personel, uczestniczenie w tworzeniu planu opieki;
 - 4) proponowanie nowych rozwiązań na rzecz usprawniania pracy oraz poprawy jakości udzielanych świadczeń;
 - 5) organizowanie i nadzór nad prawidłową realizacją zadań z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia w stosunku do chorych, ich rodzin lub osób im bliskich;
 - 6) dbanie o jak najwyższy poziom satysfakcji pacjentów z udzielanych świadczeń pielęgniarskich;
 - 7) zapewnianie właściwego przepływu informacji o pacjencie pomiędzy wszystkimi członkami zespołu terapeutycznego;
 - 8) analizowanie zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską w podległej komórce;
 - 9) aktywne uczestniczenie w procesie rekrutacji w zakresie grup podległego personelu medycznego;
 - 10) monitorowanie, ocenianie i analizowanie jakości opieki pielęgniarskiej;
 - 11) dbanie o zaopatrzenie oddziału / komórki organizacyjnej w leki i wyroby medyczne gromadzone w apteczce oraz dokonywanie okresowego remanentu leków;
 - 12) zapewnianie prawidłowego i terminowego wykonywania zabiegów diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych, pielęgniarskich, terapeutycznych;
 - 13) planowanie rozkładu czasu pracy oraz ewidencjonowanie czasu pracy podległego personelu, a także kontrolowanie pracy podporządkowanych pracowników;
 - 14) nadzorowanie sposobu żywienia pacjentów;
 - 15) odbieranie raportów od podległego personelu;
 - 16) nadzór nad prowadzeniem zbiorczej i indywidualnej dokumentacji pacjenta przez podległy personel, zgodnie z aktualnymi wymogami formalnymi i obowiązującymi przepisami;
 - 17) czuwanie nad utrzymaniem higieny i czystości chorych oraz pomieszczeń oddziału/ komórki organizacyjnej;
 - 18) prowadzenie profilaktyki zakażeń szpitalnych;
 - 19) prowadzenie na bieżąco instruktażu podległego personelu oraz udzielanie fachowej pomocy i wskazówek niezbędnych do właściwej opieki nad chorymi;
 - 20) przestrzeganie praw pacjenta;
 - 21) przestrzeganie właściwej i racjonalnej gospodarki lekami, wyrobami medycznymi i sprzętem;
 - 22) opracowywanie okresowych sprawozdań z działalności podległego oddziału/komórki organizacyjnej;
 - 23) terminowe udzielanie odpowiedzi na pisma w tym skargi, roszczenia, zdarzenia niepożądane itp.;

- 24) uczestniczenie w kształceniu przeddyplomowym i podyplomowym personelu pielęgniarskiego;
- 25) nadzór nad przestrzeganiem przez podległy personel obowiązujących przepisów prawa oraz wewnętrznych procedur.

§ 76¹

1. Dietetycy podlegają bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Pielęgniarskich - Pielęgniarsce Naczelnej.
2. Do zadań dietetyka należy w szczególności:
 - 1) nadzór nad właściwą organizacją pracy firmy cateringowej świadczącej usługi na rzecz Szpitala w zakresie żywienia pacjentów;
 - 2) kontrolowanie jakości przygotowywanych posiłków, sposobu ich pakowania i wydawania z kuchni zależnej na oddziały Szpitala oraz ich dystrybucji na oddziały;
 - 3) interweniowanie w przypadkach wykonywania usługi żywienia niezgodnie z zakresem opisanym w umowie na dostawę posiłków do Szpitala;
 - 4) koordynowanie przepływu informacji pomiędzy wykonawcą usługi żywienia a oddziałami;
 - 5) zbieranie uwag i wniosków dotyczących żywienia oraz natychmiastowe korygowanie nieprawidłowości z przedstawicielami firmy w celu poprawy jakości świadczonych usług;
 - 6) przygotowanie dokumentów przekazywanych na oddziały Szpitala, na podstawie których przygotowywane są zapotrzebowania na diety dla hospitalizowanych pacjentów;
 - 7) weryfikacja jadłospisów dekadowych oraz jednodniowych przekazywanych przez firmę cateringową świadczącą usługi żywienia pacjentów;
 - 8) rozliczanie ilości posiłków profilaktycznych dla pracowników, którym one przysługują na podstawie zapotrzebowań składanych przez uprawnione komórki organizacyjne Szpitala oraz uzgadnianie ilości posiłków na dany dzień z firmą cateringową;
 - 9) przygotowywanie miesięcznych rozliczeń ilościowo-wartościowych posiłków z podziałem kosztów na komórki organizacyjne Szpitala a w szczególności rozliczanie ilości osobodni żywionych z poszczególnych oddziałów szpitalnych na podstawie zapotrzebowań dziennych na posiłki z uwzględnieniem pacjentów wypisywanych i przyjmowanych do Szpitala, sprawdzanie poprawności wyliczeń miesięcznych zestawień wykonanych osobodni;
 - 10) zatwierdzanie kwitów RW na wodę mineralną dla pracowników Szpitala oraz kontrola limitów zużycia wody we współpracy z BHP;
 - 11) Prowadzenie analiz ponoszonych przez Szpital kosztów związanych z usługami żywieniowymi;
 - 12) sprawowanie nadzoru nad prawidłową realizacją umowy na żywienie oraz współpraca z dietetykami firmy cateringowej realizującej usługi na rzecz Szpitala;
 - 13) udział w pracach komisji przetargowych i wykonywanie obowiązków z tym związanych w zakresie powierzonych merytorycznie spraw;
 - 14) terminowe przekazywanie rzetelnych informacji ekonomicznych dotyczących rozliczeń prowadzonych w powierzonym zakresie umożliwiającym dokonywanie bieżących i okresowych analiz;
 - 15) wnioskowanie o naliczeniu kar umownych w zakresie realizacji umowy z firmą cateringową;
 - 16) reklamowanie nienależnych i niewłaściwych naliczeń z tytułu realizacji umów na żywienie;
 - 17) przeprowadzanie konsultacji dietetycznych na wszystkich oddziałach szpitalnych, tworzenie materiałów edukacyjnych zgodnie z aktualnymi badaniami naukowymi;
 - 18) wykonywanie czynności wynikających z członkostwa w zespole ds. leczenia żywieniowego;
 - 19) wykonywanie innych dodatkowych zadań wynikających z bieżących potrzeb organizacyjnych, a nie wchodzących w zwykły zakres obowiązków pracowniczych.
3. Do zadań Dietetyka z zakresu obsługi i wspierania Ośrodka Rehabilitacji Diennej należy:
 - 1) przeprowadzanie konsultacji dietetycznych u pacjentów;
 - 2) omawianie z lekarzem prowadzącym pacjenta zaleceń dietetycznych dla osób po zawale mięśnia sercowego oraz prowadzenie dokumentacji medycznej w zakresie zaleceń dietetycznych;
 - 3) udzielanie pacjentom wskazówek prawidłowego komponowania posiłków w codziennym jadłospisie, aktywności fizycznej oraz utrzymania odpowiedniej masy ciała;
 - 4) opracowywanie materiałów edukacyjnych dla pacjentów zgodnie z aktualną wiedzą dietetyczną i wynikami popartymi badaniami naukowymi;

- 5) opracowywanie i przekazywanie dodatkowych broszur informacyjno-edukacyjnych dotyczących chorób współistniejących u pacjentów objętych rehabilitacją.

PRZEBIEG PROCESU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W KOMÓRKACH ORGANIZACYJNYCH SZPITALA

§ 77

1. Świadczenia zdrowotne są udzielane wyłącznie przez pracowników medycznych, którzy posiadają odpowiednie kwalifikacje do wykonywania świadczeń, potwierdzone dyplomami, certyfikatami i/ lub innymi uprawnieniami.
2. 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.
3. Aby pacjent mógł skorzystać z bezpłatnych świadczeń zdrowotnych, muszą zostać spełnione następujące warunki:
 - 1) pacjent potwierdzi swoją tożsamość poprzez okazanie dowodu osobistego (lub mDowód w aplikacji mObywatel), paszportu, prawa jazdy albo legitymacji szkolnej; legitymacja szkolna może być okazana jedynie przez osobę, która nie ukończyła 18. roku życia;
 - 2) 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;
 - 3) 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.
4. Żadne okoliczności nie mogą stanowić podstawy do odmowy udzielania świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia.
5. Proces udzielania świadczeń zdrowotnych rozpoczyna się w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym, Izbie Przyjęć (planowych), rejestracji Specjalistycznej Przychodni Przyszpitalnej, rejestracji Poradni Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej, rejestracji pracowni diagnostycznych.
6. Przed przyjęciem pacjent zobowiązany jest każdorazowo posiadać, w formie wynikającej z przepisów prawa:
 - 1) skierowanie od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego – w przypadku, gdy świadczenie ma być udzielone w ramach umowy z NFZ (za wyjątkiem sytuacji przewidzianych w przepisach prawa);
 - 2) skierowanie od pracodawcy – w przypadku badania z zakresu medycyny pracy;
 - 3) dowód osobisty (lub mDowód w aplikacji mObywatel), 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 1), 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. W przypadku konieczności natychmiastowej hospitalizacji pacjenta, gdy Szpital nie zapewnia realizacji świadczeń w wymaganym zakresie lub nie dysponuje wolnymi miejscami w oddziale szpitalnym realizującym świadczenia w wymaganym zakresie, lekarz

przyjmujący pacjenta ustala telefonicznie miejsce, w miarę możliwości w najbliższej placówce realizującej świadczenia w wymaganym zakresie oraz w razie konieczności organizuje transport medyczny. Do czasu przekazania pacjent jest hospitalizowany w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym.

12. Postępowanie z rzeczami pacjentów ujęte zostało w procedurze dotyczącej przechowywania rzeczy i depozytów stanowiących własność pacjentów.
13. Podczas udzielania świadczeń zdrowotnych w Szpitalu przestrzegane są prawa pacjenta, określone w odrębnych przepisach.
14. W Specjalistycznej Przychodni Przyszpitalnej oraz w Poradni Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej udziela się porad lekarskich również w formie teleporady, na zasadach określonych w obowiązujących przepisach prawa.

§ 78

1. Osoby zatrudnione w Szpitalu oraz pozostające w stosunku cywilnoprawnym ze Szpitalem, są obowiązane nosić w widocznym miejscu identyfikator zawierający imię i nazwisko, zdjęcie oraz funkcję tej osoby według zatwierdzonego wzoru.
2. 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.
3. 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.
4. Przy przyjęciu do Szpitala pacjentowi zakłada się niezwłocznie dokumentację medyczną, spełniającą obowiązujące wymogi rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania oraz wewnętrzne procedury Szpitala.
5. Przy przyjęciu do Szpitala w trybie planowym każdy pacjent jest informowany o przysługujących mu prawach wynikających z ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
6. W dokumentacji medycznej indywidualnej zamieszcza się:
 - 1) oświadczenie pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania informacji o jego stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej oraz danych umożliwiających kontakt z tą osobą, albo oświadczenie o braku takiego upoważnienia;
 - 2) oświadczenie pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania dokumentacji, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej, albo oświadczenie o braku takiego upoważnienia.
7. Szpital informuje pacjenta przed złożeniem przez niego oświadczeń, o których mowa w ust. 6, o możliwości ich złożenia za pośrednictwem Internetowego Konta Pacjenta i skutkach ich złożenia.
8. W sytuacji, gdy stan zdrowia pacjenta uniemożliwia uzyskanie ww. oświadczeń przy przyjęciu, w historii choroby należy odnotować przyczynę nie odebrania od pacjenta powyższych i uzyskać je od pacjenta w trakcie pobytu w Szpitalu, z chwilą, gdy stan zdrowia pacjenta na to pozwoli.
9. Udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych może nastąpić wyłącznie po uzyskaniu świadomej zgody pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego, a w przypadku zabiegu operacyjnego albo zastosowania metody leczenia lub diagnostyki o podwyższonym ryzyku, wyłącznie po uzyskaniu świadomej zgody pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego w formie pisemnej.

§ 78¹

1. Na terenie szpitala jest prowadzony monitoring wizyjny (rejestracja obrazu) bez dźwięku.
2. Szpital może powierzyć prowadzenie monitoringu firmom zewnętrznym.
3. Administratorem danych osobowych jest Spółka Inwestycje Dolnośląskie.
4. W Szpitalu prowadzone są obserwacje ogólnodostępnych pomieszczeń (ciągi komunikacyjne) w celu zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów oraz pracowników.
5. W Szpitalu może być prowadzona również obserwacja pomieszczeń:
 - 1) w których są udzielane świadczenia zdrowotne oraz pobytu pacjentów, w szczególności pokoi łóżkowych, pomieszczeń higieniczno-sanitarnych, przebieralni, szatni, jeżeli wynika to
 - 2) z odrębnych przepisów prawa;

- 3) w których są udzielane świadczenia zdrowotne, jeżeli jest to konieczne w procesie leczenia pacjentów lub do zapewnienia im bezpieczeństwa.
6. O wskazanych w ust. 5 przypadkach pacjent każdorazowo jest informowany i pytany o zgodę, zanim wejdzie w obszar objęty monitoringiem.
7. Monitoring jest prowadzony za pomocą urządzeń umożliwiających rejestrację obrazu, uwzględniając:
 - 1) poszanowanie intymności i godności pacjenta, w tym przekazywanie obrazu z monitoringu w sposób uniemożliwiający ukazywanie intymnych czynności fizjologicznych;
 - 2) potrzebę zastosowania monitoringu w danym pomieszczeniu;
 - 3) konieczność ochrony danych osobowych.
8. Szczegółowe zasady prowadzenia monitoringu określa wewnętrzna procedura QP-19/BI - Regulamin prowadzenia monitoringu wizyjnego w Szpitalu im. Marciniaka.

§ 79

1. W celu zabezpieczenia prawidłowej kolejności udzielania świadczeń, określone komórki organizacyjne prowadzą listy ubezpieczonych oczekujących na udzielenie świadczeń zdrowotnych - zgodnie z zapisami zarządzenia Dyrektora w tej kwestii.
2. Szpital zapewnia przyjętemu pacjentowi:
 - 1) realizację świadczeń zdrowotnych;
 - 2) produkty lecznicze i wyroby medyczne konieczne do wykonywania świadczenia;
 - 3) pomieszczenia i wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia.
3. Na każdym etapie udzielania świadczeń zdrowotnych pacjent ma prawo do złożenia skargi / zażalenia na zachowanie lub czynności personelu. Tryb postępowania ze skargami reguluje zarządzenie Dyrektora w tej kwestii.
4. Dyrektor Szpitala powołuje zarządzeniem Pełnomocnika do spraw praw pacjenta.

§ 80

1. W razie pogorszenia się stanu zdrowia pacjenta, powodującego zagrożenie życia lub w razie jego śmierci, lekarz prowadzący lub lekarz dyżurny ma obowiązek powiadomić w każdy dostępny sposób o zaistniałej sytuacji osobę upoważnioną do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, wskazaną imiennie w historii choroby pacjenta.
2. Szczegółowy tryb postępowania ze zwłokami w przypadku śmierci pacjenta reguluje procedura dotycząca postępowania ze zwłokami w przypadku śmierci pacjenta.
3. W razie śmierci pacjenta Szpital obowiązany jest:
 - 1) należycie przygotować zwłoki poprzez ich umycie i okrycie, z zachowaniem godności należytej osobie zmarłej, w celu ich wydania osobie lub instytucji uprawnionej do ich pochowania;
 - 2) przechowywać zwłoki nie dłużej niż przez 72 godziny, licząc od godziny, w której nastąpiła śmierć pacjenta.
4. Czynności, o których mowa w ust. 3 pkt 1), nie stanowią przygotowania zwłok zmarłego pacjenta do pochowania.
5. Nie pobiera się opłat za czynności, o których mowa w ust. 3.
6. Zwłoki pacjenta mogą być przechowywane w chłodni dłużej niż 72 godziny, jeżeli:
 - 1) nie mogą zostać wcześniej odebrane przez osoby lub instytucje uprawnione do pochowania zwłok pacjenta;
 - 2) w związku ze zgonem zostało wszczęte dochodzenie albo śledztwo, a prokurator nie zezwolił na pochowanie zwłok;
 - 3) przemawiają za tym inne niż wymienione w pkt 1) i 2) ważne przyczyny, za zgodą albo na wniosek osoby lub instytucji uprawnionej do pochowania zwłok pacjenta.
7. Szpital pobiera opłatę za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż określony w ust. 3 pkt 2) od osób lub instytucji uprawnionych do pochowania zwłok na podstawie ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych, od podmiotów, na zlecenie których przechowuje się zwłoki w związku z toczącym się postępowaniem karnym oraz podmiotów, z którymi

Szpital zawarł umowy na przechowywanie zwłok. Opłaty nie pobiera się, jeżeli przepisy odrębne tak stanowią.

8. 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 niepochowaniem ich przez inne uprawnione osoby lub instytucje.

§ 81

Dyrektor określa szczegółowe zasady, standardy postępowania i procedury wykonywane w poszczególnych jednostkach i komórkach organizacyjnych w celu zapewnienia właściwego poziomu i jakości świadczeń zdrowotnych.

WARUNKI WSPÓŁDZIAŁANIA Z INNYMI PODMIOTAMI WYKONUJĄCYMI DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ W ZAKRESIE ZAPEWNIENIA PRAWIDŁOWOŚCI DIAGNOSTYKI, LECZENIA, PIELĘGNACJI I REHABILITACJI PACJENTÓW ORAZ CIĄGŁOŚCI PRZEBIEGU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

§ 82

1. Szpital udziela świadczeń zdrowotnych na podstawie umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych, przysługującym osobom ubezpieczonym w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, zawartych z NFZ, z innymi podmiotami leczniczymi oraz z podmiotami uprawnionymi na podstawie ustawy o działalności leczniczej zawartymi na czas udzielania świadczeń zdrowotnych lub na czas określony, na podstawie wyników przeprowadzonego konkursu ofert na udzielenie zamówienia (jeżeli przepisy tego wymagają).
2. Szpital w celu zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji pacjentów oraz ciągłości przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, współdziała z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą, udzielającymi świadczeń zdrowotnych na rzecz tych pacjentów.
3. Szpital współdziała z innymi podmiotami leczniczymi w zakresie prawidłowości diagnostyki, leczenia pacjentów i ciągłości postępowania, w szczególności poprzez:
 - 1) kierowanie pacjentów do innych placówek w celu konsultacji specjalistycznych w specjalnościach nie mieszczących się w zakresie działalności Szpitala;
 - 2) kierowanie na zabiegi specjalistyczne, o ile nie ma możliwości wykonania ich w Szpitalu;
 - 3) zawieranie umów w sprawie udzielania świadczeń zdrowotnych.
4. Szczegółowe zasady współdziałania z innymi podmiotami leczniczymi określają przepisy prawa oraz postanowienia umów zawartych między tymi podmiotami a Szpitalem.
5. Współdziałanie z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą odbywa się z poszanowaniem powszechnie obowiązujących przepisów prawa oraz z poszanowaniem praw pacjenta.

ZASADY POBYTU W ODDZIALE

§ 83

1. Pacjent ma prawo min. do:
 - 1) świadczeń zdrowotnych;
 - 2) wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych;
 - 3) informacji;
 - 4) zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza;
 - 5) zgłaszania działań niepożądanych produktów leczniczych;
 - 6) tajemnicy informacji z nim związanych;
 - 7) poszanowania intymności i godności pacjenta;
 - 8) dokumentacji medycznej;
 - 9) poszanowania życia prywatnego i rodzinnego;
 - 10) opieki duszpasterskiej;
 - 11) przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie;
 - 12) leczenia bólu;
 - 13) wglądu do ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta za pośrednictwem personelu.

Szczegółowy opis ww. praw pacjenta zawierają wywieszki informacyjne umieszczone na tablicach ogłoszeń znajdujących się na terenie Szpitala.

2. Pacjent ma obowiązek:
 - 1) stosować się do wszystkich zaleceń i wskazówek lekarzy i personelu pielęgniarstwa;
 - 2) przechowywać swoje prywatne pożywienie wyłącznie w miejscach do tego przeznaczonych, tj. w szafkach przyłóżkowych lub w lodówkach;
 - 3) stosować się do wszystkich obowiązujących zarządzeń Dyrektora Szpitala.
3. Pacjent nie ma prawa:
 - 1) zmieniać łóżka bez zgody personelu pielęgniarstwa;
 - 2) wychodzić poza teren Szpitala;
 - 3) przyjmować leków ani poddawać się jakimkolwiek zabiegom bez zalecenia lekarza prowadzącego, bądź lekarza dyżurnego;
 - 4) zanieczyszczać ani zaśmiecać pomieszczeń szpitalnych oraz wyrzucać przez okno odpadków.
4. Na terenie całego Obiektu Szpitalnego obowiązuje zakaz palenia tytoniu.
5. Niedopuszczalne jest przynoszenie i spożywanie na terenie Szpitala jakichkolwiek napojów alkoholowych oraz używanie innych środków odurzających.
6. Pacjent ponosi odpowiedzialność za rzeczy szpitalne oddane mu do użytku na czas pobytu w Szpitalu.
7. Za powstałe z winy pacjenta szkody, zostanie on obciążony kosztami ich usunięcia.
8. Pacjent oraz sprawująca nad nim opiekę bliska osoba nie powinni korzystać z aparatów i urządzeń leczniczych, wentylacyjnych, prywatnych odbiorników radiowych i telewizyjnych i innych urządzeń elektrycznych.
9. Cisza nocna obowiązuje od godz. 22:00 do godz. 06:00.
10. Wypisanie pacjenta (zgodnie z zapisami ustawy o działalności leczniczej), jeżeli przepisy odrębne nie stanowią inaczej, następuje:
 - 1) gdy stan zdrowia pacjenta nie wymaga dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych;
 - 2) na żądanie pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego;
 - 3) gdy pacjent w sposób rażący narusza porządek lub przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, a nie zachodzi obawa, że odmowa lub zaprzestanie udzielania świadczeń zdrowotnych może spowodować bezpośrednie niebezpieczeństwo dla jego życia lub zdrowia albo życia lub zdrowia innych osób.
11. Jeżeli przedstawiciel ustawowy żąda wypisania pacjenta, którego stan zdrowia wymaga dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych, można odmówić wypisania do czasu wydania w tej sprawie orzeczenia przez właściwy ze względu na miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych sąd opiekuńczy chyba, że przepisy odrębne stanowią inaczej.
12. W przypadku, o którym mowa w ust. 11, niezwłocznie zawiadamia się właściwy sąd opiekuńczy o odmowie wypisania i jej przyczynach.
13. Pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy występujący z żądaniem, o którym mowa w ust. 10 pkt 2), jest informowany przez lekarza o możliwych następstwach zaprzestania dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych. Pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy składa pisemne oświadczenie w dokumentacji medycznej o wypisaniu na własne żądanie. W przypadku odmowy złożenia takiego oświadczenia lekarz sporządza adnotację w dokumentacji medycznej, podpisując ją, jeżeli jest to możliwe wspólnie ze świadkiem z personelu.
14. Gmina właściwa ze względu na miejsce zamieszkania, a w przypadku niemożności ustalenia miejsca zamieszkania właściwa ze względu na ostatnie miejsce pobytu pacjenta, pokrywa koszty transportu sanitarnego pacjenta małoletniego lub osoby niezdolnej do samodzielnej egzystencji do miejsca pobytu, jeżeli przedstawiciel ustawowy pacjenta albo osoba, na której w stosunku do pacjenta ciąży ustawowy obowiązek alimentacyjny, nie odbiera pacjenta w wyznaczonym terminie.
15. Dyrektor niezwłocznie zawiadamia wójta (burmistrza, prezydenta) o okolicznościach, o których mowa w ust. 14, i organizuje transport sanitarny na koszt gminy określonej w tym przepisie. Gminie przysługuje roszczenie o zwrot kosztów transportu sanitarnego od przedstawiciela ustawowego pacjenta albo od osoby, na której w stosunku do pacjenta ciąży ustawowy obowiązek alimentacyjny.
16. Gmina pokrywa koszty transportu sanitarnego, o którym mowa w ust. 15, na podstawie rachunku wystawionego przez Dyrektora.

17. Pacjent, którego stan zdrowia nie wymaga dalszego udzielania świadczeń szpitalnych lub osoba, na której w stosunku do pacjenta ciąży ustawowy obowiązek alimentacyjny, ponoszą koszty pobytu pacjenta, poczynwszy od upływu terminu określonego przez Dyrektora (na podstawie dokumentacji medycznej i wniosku ordynatora/ lekarz kierującego oddziałem), niezależnie od uprawnień do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych określonych w przepisach odrębnych.

REGULAMIN ODWIEDZIN

§ 84

Regulamin odwiedzin pacjentów określono w wewnętrznej procedurze QP-44/BE – Zasady odwiedzin pacjentów.

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

§ 85

1. Rodzina lub osoby bliskie pacjentowi małoletniego lub niepełnosprawnego mogą brać udział w opiece zwiększającej poczucie bezpieczeństwa chorego, ułatwiają adaptację 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 możliwe jak najszerzej, lecz nieobciążające 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. 06:00.
5. Osoba towarzysząca pacjentowi małoletniemu może przebywać Szpitalu przez całą dobę, za zgodą ordynatora / lekarza kierującego oddziałem, o ile istnieją ku temu odpowiednie warunki w oddziale.
6. Pacjent małoletni, który ukończył 16 lat, może sam decydować, kto z jego rodziny lub osób bliskich może mu towarzyszyć.
7. Kontrolowaniem dostępu do pacjentów w oddziałach dziecięcych zajmuje się personel medyczny tych oddziałów, dbający o bezpieczeństwo swoich podopiecznych.
8. 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.
9. Rodzina lub osoby bliskie pacjentowi małoletniemu lub niepełnosprawnemu:
 - 1) pomagają ocenić stan pacjenta udzielając lekarzowi informacji podczas wywiadu (osoba małoletnia, osoby z problemami w porozumiewaniu się);
 - 2) pomagają wytłumaczyć pacjentowi celowość wykonywanych zabiegów, pomagają porozumieć się z pacjentem (pacjent małoletni, pacjent negatywnie nastawiony, osoba z problemami w porozumiewaniu się);
 - 3) mobilizują do aktywnego współdziałania w procesie terapii, wypracowania u chorego motywacji do działania, aktywizowania zasobów psychicznych (pacjenci negatywnie nastawieni, z obniżonym nastrojem psychicznym);
 - 4) 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);
 - 5) powinni wspierać bliską osobę psychicznie poprzez dobre słowo, rozmowę, obecność przy chorym;
 - 6) mogą obserwować chorego (ewentualnie zgłaszać personelowi medycznemu oddziału uwagi);
 - 7) mogą pomagać przy spożywaniu posiłków, pojeniu chorego (jeżeli oddział posiada do dyspozycji urządzenia kuchenne mogą przyrządzać choremu jego ulubione pokarmy);
 - 8) mogą pomagać przy czynnościach higienicznych takich jak:
 - a) kąpiel,

- b) mycie głowy,
 - c) zmiana pieluchy higienicznej,
 - d) toaleta jamy ustnej,
 - e) masaż ciała, oklepywanie (po instruktażu pielęgniarki/ pielęgniarza);
- 9) mogą świadczyć pomoc przy:
- a) zmianie bielizny osobistej i pościelowej,
 - b) ułożeniu chorego (w pozycji wskazanej przez lekarza lub wysokiej, na boku, leżącej itp.),
 - c) wstawaniu, sadzaniu, przemieszczaniu się,
 - d) asystowaniu przy chodzeniu,
 - e) umożliwieniu kontaktu z innymi bliskimi osobami,
 - f) budowaniu pozytywnego klimatu,
 - g) zapewnieniu poczucia bezpieczeństwa (akceptacji, szacunku),
 - h) 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

§ 86

1. Szpital udostępnia dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta zgodnie z przepisami określonymi w ustawie z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz w rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).
2. Pacjent ma prawo do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych.
- 2¹ Szpital nie pobiera opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej w przypadku udostępniania dokumentacji medycznej pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu po raz pierwszy.
3. 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:
 - 1) opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej dotyczącej diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego pacjentowi posiadającemu kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego (DiLO);
 - 2) opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej pacjentowi po raz pierwszy;
 - 3) udostępniania dokumentacji medycznej w związku z postępowaniem przed Wojewódzką Komisją do Spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych;
 - 4) przepis ust. 3 nie narusza uprawnień organów rentowych, od których nie pobiera się opłaty za sporządzenie wyciągów, odpisów lub kopii dokumentacji medycznej.
4. Maksymalna wysokość opłaty za:
 - 1) 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;
 - 2) jedną stronę kopii lub wydruku dokumentacji medycznej - nie może przekraczać 0,00007 przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa w pkt 1);
 - 3) udostępnienie dokumentacji medycznej na informatycznym nośniku danych - nie może przekraczać 0,0004 przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa w pkt 1).
5. Maksymalną wysokość opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej poprzez sporządzenie jej wyciągów, odpisów lub kopii określa Cennik usług stanowiący Załącznik nr 1 do niniejszego Regulaminu.

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

§ 87

1. Opłaty mogą być pobierane od pacjentów w następujących przypadkach:
 - 1) za świadczenia zdrowotne:
 - a) w przypadku udzielania świadczeń pacjentowi nieubezpieczonemu lub takiemu, który nie potrafi udokumentować uprawnień do świadczeń medycznych finansowanych ze środków publicznych,
 - b) w przypadku udzielania świadczeń cudzoziemcom nieuprawnionym do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji,
 - c) w przypadku udzielania świadczeń zdrowotnych nie objętych kontraktem z NFZ;
 - 2) za czynności administracyjne m.in.:
 - a) za wydanie odpisu, wypisu lub kopii dokumentacji medycznej, zgodnie z odpowiednimi przepisami w tym zakresie,
 - b) za wydanie orzeczenia lekarskiego o stanie zdrowia pacjenta, do potrzeb innych niż proces leczenia i diagnozowania choroby,
 - c) za rozmowę telefoniczną,
 - d) za wysłanie korespondencji.
2. Wysokość pobieranej opłaty za udzielone świadczenia zdrowotne ustala się w oparciu o Cennik usług opracowany na podstawie ewidencji kosztów.
3. Wysokość opłat za wykonywanie świadczeń zdrowotnych niefinansowanych ze środków publicznych określa Cennik usług stanowiący Załącznik nr 1 do niniejszego Regulaminu. Cennik usług podany jest do publicznej wiadomości poprzez wywieszenie na tablicach ogłoszeń Szpitala.
4. W przypadku braku świadczenia w cenniku, koszt ustalany jest na podstawie ceny wynikającej z kontraktu z NFZ.
5. Opłata jest pobierana w wyznaczonych punktach Szpitala, w których zainstalowane są kasy rejestrujące (fiskalne), tj. w:
 - 1) Punkcie Opłat i Wydawania Dokumentacji Medycznej;
 - 2) Szpitalnym Oddziale Ratunkowym;lub za pomocą przelewu bankowego na podstawie wystawionej faktury (jeśli dotyczy).
6. Przy pobieraniu opłat obowiązują zasady określone w zarządzeniu w sprawie prowadzenia ewidencji sprzedaży przy zastosowaniu kas rejestrujących.
7. Szczegółowy tryb postępowania przy pobieraniu opłat określa zarządzenie Dyrektora w sprawie pobierania opłat od osób fizycznych za pobyt w Szpitalu i świadczone usługi medyczne.

PRZEPISY KOŃCOWE

§ 88

W sprawach nieuregulowanych niniejszym Regulaminem zastosowanie mają m.in. przepisy zawarte w:

- 1) ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej i innych przepisach wykonawczych wydanych na jej podstawie;
- 2) ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych i innych przepisach wykonawczych wydanych na jej podstawie;
- 3) Ustawie z dnia 20 lutego 2009 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty;
- 4) ustawie z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarzy i położnej;
- 5) rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- 6) ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;
- 7) ustawie z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych;
- 8) rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania;

- 9) ustawie z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty;
- 10) ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia;
- 11) ustawie z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta.

