Załącznik nr 1
do Zarządzenia Dyrektora
Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego
im. L. Perzyny w Kaliszu
nr 166 /2021
z dnia 10 listopada 2021 r.

REGULAMIN ORGANIZACYJNY
Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. Ludwika Perzyny w Kaliszu

TEKST JEDNOLITY

Kalisz
Listopad, 2021 r.

SPIS TREŚCI

1. **DZIAŁ I. POSTANOWIENIA OGÓLNE**
   Rozdział I Ogólne zasady s.4
   Rozdział II Definicje podstawowych pojęć s.5

2. **DZIAŁ II. CELE I ZADANIA SZPITALA – ZAKRES ŚWIADCZEŃ**
   Rozdział I Cele s.7
   Rozdział II Zadania – Zakres Udzielanych Świadczeń Zdrowotnych s.7

3. **DZIAŁ III. STRUKTURA ORGANIZACYJNA SZPITALA**
   Rozdział I Ogólne zasady s.9
   Rozdział II Jednostki i komórki organizacyjne działalności podstawowej s.9
   Rozdział III Jednostki i komórki organizacyjne oraz samodzielne stanowiska działalności niemedycznej s.13

4. **DZIAŁ IV. MIEJSCA UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**
   Miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych s.14

5. **DZIAŁ V. ORGANIZACJA I ZAKRES DZIAŁANIA POSZCZEGÓLNYCH KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH SZPITALA ORAZ STANOWISK SAMODZIELNYCH**
   Rozdział I Struktura organizacyjna s.14
   Rozdział II Zakres działania s.17
   pion Dyrektora Szpitala, s.17
   pion Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa, s.30
   pion Naczelnej Pielęgniarki s.43
   pion Zastępcy Dyrektora ds. Rozwoju, Usług i Innowacji Medycznych s.53

6. **DZIAŁ VI. SPOSÓB KIEROWANIA KOMÓRKAMI ORGANIZACYJNYMI SZPITALA**
   Rozdział I Ogólne Zasady s.70
   Rozdział II Uprawnienia, Obowiązki i Odpowiedzialność Osób Pełniących Funkcje Kierownicze s.71
   Dyrektor s.71
   Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa s.72
   Naczelna Pielęgniarka s.73
   Zastępca Dyrektora ds. Rozwoju, Usług i Innowacji Medycznych s.73
   Rozdział III Uprawnienia, obowiązki i odpowiedzialność kierowników komórek organizacyjnych oraz samodzielnych stanowisk
   Starszy Lekarz Dyżurny s.76
   Kierownik Oddziału s.77
   Kierownik Zespołu Poradni Specjalistycznych s.79
   Kierownik Zakładu s.81
   Kierownik Pogotowia Ratunkowego s.83
   Pielęgniarka Koordynująca ds. Ratownictwa Medycznego Pogotowia Ratunkowego s.84
   Kierownicy komórek organizacyjnych s.85
   Koordynator sekcji samodzielnej s.85
   Stanowiska samodzielne s.86

7. **DZIAŁ VII. PRZEBIEG PROCESU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**

   Rozdział I. Zasady ogólne - zapewnienie dostępności i jakości

świadczeń opieki zdrowotnej s.87
Rozdział II. Świadczenia zdrowotne stacjonarne – przyjęcie pacjenta, identyfikacja, informacja o stanie zdrowia, ciągłość opieki, wypisanie pacjenta s.89
Rozdział III. Świadczenia zdrowotne ambulatoryjne s.92
Rozdział IV. Świadczenia zdrowotne diagnostyczne s.94
Rozdział V. Świadczenia zdrowotne w zakresie ratownictwa medycznego i transportu sanitarnego realizowanego przez Pogotowie Ratunkowe s.94

8. DZIAŁ VIII. WARUNKI WSPÓŁDZIAŁANIA POSZCZEGÓLNYCH KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH SZPITALA
Rozdział I Cel współdziałania s.96
Rozdział II Zakres współdziałania s.96
Rozdział III Formy współdziałania s.96

9. DZIAŁ IX. WARUNKI WSPÓŁDZIAŁANIA Z INNYMI PODMIOTAMI WYKONUJĄCYMI DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ
Rozdział I Ogólne zasady s.97
Rozdział II Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez Szpital na rzecz pacjentów innych podmiotów leczniczych s.98
Rozdział III Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez inne podmioty lecznicze na rzecz pacjentów Szpitala s.99

10. DZIAŁ X. PRAWA I OBOWIĄZKI PACJENTA
Rozdział I Ogólne zasady s.100
Rozdział II Prawa pacjenta s.101
Rozdział III Obowiązki pacjenta s.101

11. DZIAŁ XI. ZASADY UDOSTĘPNIANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ PACJENTA s.102

12. DZIAŁ XII. ZASADY PRZEBYWANIA NA TERENIE SZPITALA OSÓB TRZECICH s.105

13. DZIAŁ XIII. ZASADY KORZYSTANIA Z DEPOZYTU s.106

14. DZIAŁ XIV. OBOWIĄZKI SZPITALA W RAZIE ŚMIERCI PACJENTA
Rozdział I Postępowanie w sytuacji zgonu pacjenta s.107
Rozdział II Zasady i tryb pobierania komórek, tkanek i narządów od osób zmarłych s.108

15. DZIAŁ XV. ORGANIZACJA PROCESU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W PRZYPADKU POBIERANIA OPŁAT s.108

16. DZIAŁ XVI. TRYB ROZPATRYWANIA I ZAŁATWIANIA SKARG I WNIOSKÓW s.109

17. DZIAŁ XVII. POSTANOWIENIA KOŃCOWE s.110

18. Spis Załączników s.110

DZIAŁ I
POSTANOWIENIA OGÓLNE

ROZDZIAŁ I
OGÓLNE ZASADY

§ 1

1. Wojewódzki Szpital Zespolony im. Ludwika Perzyny w Kaliszu jest podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą, działającym w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.
2. Siedzibą Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. L. Perzyny jest miasto Kalisz ul. Poznańska 79.
3. Wojewódzki Szpital Zespolony im. Ludwika Perzyny w Kaliszu jest wpisany do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Wielkopolskiego pod numerem 000000020536 oraz do rejestru stowarzyszeń innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji, publicznych zakładów opieki zdrowotnej, prowadzonego przez Sąd Rejonowy – Nowe Miasto i Wilda w Poznaniu, IX Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr KRS 0000251663.
4. Wojewódzki Szpital Zespolony im. Ludwika Perzyny w Kaliszu posiada identyfikator w systemie Regon 300224440 oraz Numer Identyfikacji Podatkowej NIP 6182025893.
5. Obszarem działania Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. L. Perzyny w Kaliszu jest Województwo Wielkopolskie.

§ 2

1. Podmiotem tworzącym Wojewódzki Szpital Zespolony im. Ludwika Perzyny w Kaliszu jest Sejmik Województwa Wielkopolskiego.
2. Organem doradczym Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. L. Perzyny w Kaliszu jest Rada Społeczna.

§ 3

1. Niniejszy Regulamin Organizacyjny, zwany dalej „Regulaminem”, określa warunki, organizację i porządek procesu udzielania świadczeń zdrowotnych przez Wojewódzki Szpital Zespolony im. Ludwika Perzyny w Kaliszu, nieuregulowane w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (t. j. Dz. U. z 2021 r., poz. 711), i Statucie Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. Ludwika Perzyny w Kaliszu a w szczególności:
    1) rodzaje działalności leczniczej oraz miejsca i zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych,
    2) przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych;
    3) przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości tych świadczeń w komórkach organizacyjnych,
    4) strukturę organizacyjną,
    5) sposób kierowania komórkami organizacyjnymi, w tym ramowe zakresy czynności stanowisk kadry zarządzającej,
    6) organizację i zadania poszczególnych komórek organizacyjnych, w tym zakresy czynności pracowników oraz warunki współdziałania między tymi jednostkami dla zapewnienia sprawności funkcjonowania pod względem leczniczym, administracyjnym i gospodarczym,
    7) warunki współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia pacjentów i ciągłości postępowania,
    8) prawa i obowiązki pacjenta,
    9) obowiązki w razie śmierci pacjenta,
    10) wysokość opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej,

11) organizację procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat,
12) wysokość opłat za świadczenia zdrowotne, które mogą być, zgodnie z przepisami ustawy lub przepisami odrębnymi, udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością,
13) 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 (t. jedn. Dz.U. z 2020, poz. 1947) oraz od podmiotów, na zlecenie których przechowuje się zwłoki w związku z toczącym się postępowaniem karnym.

2. Postanowienia Regulaminu obowiązują wszystkich pracowników Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. L. Perzyny w Kaliszu, a także osoby wykonujące świadczenia zdrowotne na jego rzecz na podstawie umów cywilnoprawnych, pacjentów, osoby towarzyszące w/w pacjentom oraz osoby odwiedzające.
3. Regulamin organizacyjny ustala i wprowadza Dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. L. Perzyny w Kaliszu, a opiniuje Rada Społeczna Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. Ludwika Perzyny w Kaliszu.

§ 4

Regulamin opracowano na podstawie:
1. ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (t. j. Dz. U. z 2021 r., poz. 711),
2. ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018r. Nr 1510, z późn. zm.) oraz przepisów wykonawczych do niej,
3. ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2020 r., poz. 849 j.t.),
4. ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. 2019 r. Nr 993),
5. Uchwały nr XXVIII/529/12 Sejmiku Województwa Wielkopolskiego z dnia 26 listopada 2012 roku w sprawie połączenia Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. Ludwika Perzyny w Kaliszu i Pogotowia Ratunkowego w Kaliszu.
6. Statutu Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. Ludwika Perzyny w Kaliszu,
7. innych przepisów prawa dotyczących funkcjonowania podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

ROZDZIAŁ II
DEFINICJE PODSTAWOWYCH POJĘĆ

§ 5

Użyte w Regulaminie określenia oznaczają:
1. podmiot tworzący - podmiot, który utworzył Wojewódzki Szpital Zespolony im. Ludwika Perzyny w Kaliszu, w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej,
2. podmiot leczniczy - Wojewódzki Szpital Zespolony im. Ludwika Perzyny w Kaliszu zwany dalej Szpitalem,
3. zakład leczniczy - zespół składników majątkowych, za pomocą którego Szpital wykonuje określony rodzaj działalności leczniczej,
4. dyrektor - Dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. Ludwika Perzyny w Kaliszu, uprawniony do kierowania przedsiębiorstwami Szpitala i ich reprezentowania na zewnątrz,
5. komórki organizacyjne - wewnętrzne komórki organizacyjne działalności medycznej (podstawowej) oraz niemedycznej (pomocniczej),

6. kierownik komórki organizacyjnej - osoba sprawująca bezpośredni nadzór nad daną komórką, jest określana kierownikiem z podaniem odpowiedniego określenia komórki organizacyjnej
7. samodzielne stanowiska - odpowiednio wyposażone stanowiska pracy bezpośrednio podporządkowane Dyrektorowi Szpitala, albo jego Zastępcom,
8. świadczenia zdrowotne - działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania,
9. opiekun prawny – osoba fizyczna lub osoba prawna umocowana do reprezentowania pacjenta w trakcie procesu leczenia,
10. opiekun faktyczny – osoba sprawująca, bez umocowania prawnego, stałą opiekę nad pacjentem, który ze względu na wiek, stan zdrowia albo stan psychiczny opieki takiej wymaga,
11. osoba bliska - małżonek, krewny lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciel ustawowy, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu lub osoba wskazana przez pacjenta,
12. pacjent - osoba zwracająca się o udzielenie świadczeń zdrowotnych lub korzystająca ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych lub osobę wykonującą zawód medyczny,
13. osoba wykonująca zawód medyczny – osoba uprawniona na podstawie odrębnych przepisów do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz osoba legitymująca się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny,
14. podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych – podmiot leczniczy oraz indywidualna praktyka lekarska, indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska, grupowa praktyka lekarska, indywidualna praktyka pielęgniarek, położnych, indywidualna specjalistyczną praktyka pielęgniarek, położnych oraz grupowa praktyka pielęgniarek, położnych,
15. promocja zdrowia - działania umożliwiające poszczególnym osobom i społeczności zwiększenie kontroli nad czynnikami warunkującymi stan zdrowia i przez to jego poprawę, promowanie zdrowego stylu życia oraz środowiskowych i indywidualnych czynników sprzyjających zdrowiu;
16. świadczenie szpitalne - wykonywane całą dobę kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych; świadczeniami szpitalnymi są także świadczenia udzielane z zamiarem zakończenia ich udzielania w okresie nieprzekraczającym 24 godzin;
17. stacjonarne i całodobowe świadczenie zdrowotne inne niż świadczenie szpitalne - świadczenia opiekuńcze, pielęgnacyjne, paliatywne, hospicyjne, świadczenia z zakresu opieki długoterminowej, rehabilitacji leczniczej, leczenia uzależnień, psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz lecznictwa uzdrowiskowego, udzielane pacjentom, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych w odpowiednio urządzonych, stałych pomieszczeniach;
18. Kontrakty indywidualne – kontrakty realizowane przez osoby fizyczne prowadzące jednoosobową działalność gospodarczą jako indywidualna praktyka lekarska, indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska, indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem lub indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem, indywidualna praktyka pielęgniarki, indywidualna praktyka pielęgniarki wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki, indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualna praktyka pielęgniarki wyłącznie w

przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem lub indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem, lub jako osoba legitymująca się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub określonej dziedzinie medycyny.

DZIAŁ II
CELE I ZADANIA SZPITALA – ZAKRES ŚWIADCZEŃ

ROZDZIAŁ I
CELE

§ 6

Celem głównym Szpitala jest podejmowanie działań na rzecz zachowania, ratowania, przywracania i poprawy stanu zdrowia ludności poprzez organizowanie i prowadzenie działalności leczniczej i profilaktycznej, stałe podnoszenie poziomu świadczonych usług oraz propagowanie zachowań prozdrowotnych, zgodnie ze statutem Szpitala oraz wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonym przez Wojewodę Wielkopolskiego.

ROZDZIAŁ II
ZADANIA - ZAKRES UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

§ 7

1. Do podstawowych zadań Szpitala należy udzielanie świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych ubezpieczonym oraz innym osobom uprawnionym do tych świadczeń na podstawie odrębnych przepisów, nieodpłatnie, za częściową odpłatnością lub całkowitą odpłatnością w szczególności:
   1) wykonywanie działalności leczniczej w rodzaju:
      a) stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne szpitalne oraz inne niż szpitalne z uwzględnieniem świadczeń wysokospecjalistycznych w ramach specjalności reprezentowanych przez komórki organizacyjne Szpitala,
      b) ambulatoryjne świadczenia zdrowotne obejmujące świadczenia specjalistycznej opieki zdrowotnej udzielane w warunkach niewymagających ich udzielania w trybie stacjonarnym i całodobowym,
      c) ambulatoryjne świadczenia zdrowotne obejmujące podstawową opiekę zdrowotną w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej,
      d) rehabilitacja lecznicza, w tym rehabilitacja osób niepełnosprawnych, w warunkach niewymagających ich udzielania w trybie stacjonarnym i całodobowym,
      e) badania diagnostyczne wykonywane w celu rozpoznania stanu zdrowia i ustalenia dalszego postępowania leczniczego,
   2) prowadzenie działalności w zakresie ratownictwa medycznego,
   3) udzielanie medycznych czynności ratunkowych w ramach Zespołów Ratownictwa Medycznego, w warunkach pozaszpitalnych, w celu ratowania osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego,
   4) przewóz osób chorych, których stan zdrowia nie pozwala na korzystanie z publicznych środków lokomocji lub w innych uzasadnionych okolicznościach oraz koordynowanie tych przewozów,
   5) orzekanie i opiniowanie o stanie zdrowia,
   6) prowadzenie sprawozdawczości statystycznej.
2. Do zadań Szpitala należy również:
   1) prowadzenie działalności dydaktyczno-naukowej w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, w tym wdrażaniem nowych technologii medycznych oraz metod leczenia w zakresie wynikającym z obowiązujących przepisów i zawartych umów,

2) uczestniczenie w przygotowywaniu osób do wykonywania zawodu medycznego i kształceniu osób wykonujący ten zawód na zasadach określonych w odrębnych przepisach regulujących kształcenie tych osób,
3) prowadzenie staży specjalizacyjnych, specjalizacji w oddziałach wpisanych na listę prowadzoną przez Ministerstwo Zdrowia,
5) pełnienie funkcji konsultacyjnych dla innych podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych na podstawie zawartych umów,
6) uczestniczenie w realizacji zadań i programów zdrowotnych oraz naukowych zlecanych przez instytucje naukowe, zakłady pracy, organizacje społeczne, komórki samorządu terytorialnego i inne podmioty,
7) prowadzenie spraw administracyjnych, ekonomicznych i obsługi technicznej Szpitala,
8) prowadzenie działalności związanej z bezpieczeństwem i higieną pracy, ochroną przeciwpożarową, obroną cywilną i sprawami obronnymi - w zakresie określonym odrębnymi przepisami.

§ 8

1. Podmiot tworzący może nałożyć na Szpital dodatkowe zadania związane z realizacją świadczeń zdrowotnych, finansowane z budżetu województwa, jeżeli jest to niezbędne ze względu na potrzeby systemu opieki zdrowotnej a także w przypadku klęsk żywiołowych, katastrof lub w celu wykonania zobowiązań międzynarodowych oraz wykonywania zobowiązań międzywojewódzkich.
2. Działania, o których mowa w ust. 1, nie mogą ograniczać wykonywania podstawowych zadań przez Szpital.

§ 9

1. Szpital może podejmować współpracę z krajowymi i zagranicznymi podmiotami leczniczymi, instytucjami ochrony zdrowia, kształcenia i doskonalenia kadr medycznych oraz organizacjami międzynarodowymi, realizującymi cele zbliżone do działań Szpitala oraz może być członkiem takich organizacji.
2. Szpital może organizować i prowadzić szkolenia dla innych podmiotów leczniczych w zakresie wykonywania zawodów medycznych.
3. Szpital może prowadzić szkolenia, konferencje, kursy w zakresie promocji zdrowia dla placówek szkolnych, oświatowo-wychowawczych, organizacji społecznych, stowarzyszeń, zainteresowanych osób fizycznych. Szpital może również udostępniać swoje mienie na ten cel innym jednostkom.

§ 10

1. Szpital może prowadzić działalność gospodarczą inną niż działalność lecznicza, nieuciążliwą dla pacjenta oraz przebiegu leczenia.
2. Prowadzenie działalności gospodarczej nie może ograniczać dostępności i poziomu świadczeń zdrowotnych udzielanych osobom uprawnionym na podstawie obowiązujących przepisów.

§ 11

Cele i zadania określone w § 6-10 Szpital realizuje z wykorzystaniem posiadanych zasobów kadrowych, lokalowych, sprzętowych i finansowych oraz współpracy z:
1) innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą ,
2) placówkami klinicznymi uniwersytetów medycznych, instytutami naukowymi i wyższymi szkołami zawodowymi,
3) stacjami sanitarno-epidemiologicznymi,
4) organizacjami społecznymi,

5) innymi niż wykonujące działalność leczniczą podmiotami,
6) osobami fizycznymi,
7) innymi niż wymienione w pkt 1-5 podmiotami w zakresie niezbędnym do realizacji celów statutowych.

§ 12

Zadania, o których mowa w § 7-10, są wykonywane przez personel Szpitala posiadający wymagane odrębnymi przepisami kwalifikacje zawodowe.

DZIAŁ III STRUKTURA ORGANIZACYJNA SZPITALA

ROZDZIAŁ I
OGÓLNE ZASADY

§ 13

W strukturze Szpitala wyodrębnia się:
1) komórki organizacyjne działalności podstawowej – realizujące zadania z zakresu świadczenia usług zdrowotnych,
2) komórki działalności niemedycznej – zapewniające właściwą obsługę administracyjną, ekonomiczną, techniczną i funkcjonowanie Szpitala.

ROZDZIAŁ II
JEDNOSTKI I KOMÓRKI ORGANIZACYJNE DZIAŁALNOŚCI PODSTAWOWEJ

§ 14

1. Szpital prowadzi działalność leczniczą w ramach następujących zakładów leczniczych podległych bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa:

   1) **Wojewódzki Szpital Zespolony im. Ludwika Perzyny w Kaliszu – Lecznictwo Szpitalne,** który wykonuje działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne – szpitalne,
   2) **Wojewódzki Szpital Zespolony im. Ludwika Perzyny w Kaliszu – Działalność Specjalistyczna,** który wykonuje działalność leczniczą w rodzaju ambulatoryjne świadczenia zdrowotne,
   3) **Wojewódzki Szpital Zespolony im. Ludwika Perzyny w Kaliszu – Działalność Pozostała,** który wykonuje działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne – inne niż szpitalne.
   4) **Pogotowie Ratunkowe – Działalność Specjalistyczna,** które wykonuje działalność leczniczą w rodzaju ambulatoryjne świadczenia zdrowotne

2. W skład zakładu leczniczego **Wojewódzki Szpital Zespolony im. Ludwika Perzyny w Kaliszu – Lecznictwo Szpitalne** wchodzą:
   1) **Szpital im Ludwika Perzyny, przy ul. Poznańskiej 79**, jako jednostka organizacyjna, obejmująca następujące komórki organizacyjne:
      a) Szpitalny Oddział Ratunkowy,
      b) Oddział Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Chirurgii Naczyniowej ,
      c) Oddział Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Małoinwazyjnej,
      d) Oddział Chorób Wewnętrznych I,
      e) Oddział Chorób Wewnętrznych II ,
      f) Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii (z powiązanym funkcjonalnie z nim Zespołem Długoterminowej Opieki Domowej),
      g) Oddział Nefrologiczny, (z powiązaną funkcjonalnie z nim Stacją Hemodializ, Stacją Dializ Otrzewnowych)

h) Oddział Rehabilitacyjny (z powiązanym funkcjonalnie z nim Oddziałem Rehabilitacji Dziecięcej Dzienny Pobyt oraz Zakładem Leczniczego Usprawniania), w skład, którego wchodzi:
   - Pododdział Rehabilitacji Neurologicznej,
i) Oddział Otolaryngologiczny,
j) Oddział Neurologiczny,
k) Oddział Urologiczny,
l) Oddział Urazowo -Ortopedyczny,
m) Oddział Kardiologiczny (z powiązaną funkcjonalnie z nim Pracownią Hemodynamiki, Pracownią Radiologii Zabiegowej, Pracownią Elektroterapii i Elektrofizjologii Serca, Pracownią Kontroli Stymulatorów i Kardiowerterów – Stymulatorów Serca, Pracownią Echokardiografii), w skład, którego wchodzi:
   - Pododdział Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego,
   - Pododdział Rehabilitacji Kardiologicznej,
   - Pododdział Dziennej Rehabilitacji Kardiologicznej,

n) Oddział Okulistyczny,
o) Oddział Chirurgii Szczękowo-Twarzowej,
p) Oddział Reumatologiczny,
q) Oddział Neurochirurgiczny,
r) Oddział Chirurgii i Traumatologii Dziecięcej,
s) Oddział Chorób Dziecięcych,
t) Oddział Gastroenterologii Dziecięcej (z powiązaną funkcjonalnie z nim Pracownią Endoskopową dla Dzieci),
u) Blok Operacyjny i Centralna Sterylizatornia,
v) Apteka,
w) Oddział Gastroenterologiczny (z powiązaną funkcjonalnie z nim Pracownią Endoskopową),
x) Oddział Udarowy;

2) **Szpital im. Przemysława II**, przy ul. Toruńskiej 7, jako jednostka organizacyjna, obejmująca następujące komórki organizacyjne:
a) Oddział Chorób Zakaźnych,
b) Oddział Położniczo – Ginekologiczny i Ginekologii Onkologicznej,
c) Oddział Patologii i Intensywnej Terapii Noworodka,
d) Oddział Psychiatryczny w skład którego wchodzi:
   - Izba Przyjęć,
   - Pododdział Psychogeriatryczny,
   - Pododdział Detoksykacyjny,
   - Pododdział Detencyjny,
   - Dzienny Oddział Psychiatryczny,
   - Zespół Leczenia Środowiskowego (domowego).

e) Blok Operacyjny,
f) Oddział Onkologii Klinicznej,
g) Pracownia Cytostatyków.

3. W skład zakładu leczniczego **Wojewódzki Szpital Zespolony im. Ludwika Perzyny w Kaliszu – Działalność Specjalistyczna** wchodzą:
1) **Zespół Pracowni i Zakładów**, jako jednostka organizacyjna obejmująca następujące komórki organizacyjne:
a) Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej,
b) Zakład Mikrobiologii Klinicznej,
c) Zakład Patomorfologii,

d) Zakład Diagnostyki Obrazowej i Radiologii Interwencyjnej w skład, którego wchodzi:
    - Pracownia Rentgenodiagnostyki,
    - Pracownia Tomografii Komputerowej,
    - Pracownia Badań USG,
    - Pracownia Badań Mammograficznych,
    - Pracownia Rezonansu Magnetycznego,
    - Pracownia Radiologii Interwencyjnej,
e) Zakład Leczniczego Usprawniania (powiązany funkcjonalnie z Oddziałem Rehabilitacyjnym),
f) Centrum Badawczo-Rozwojowe,
g) Pracownia Hemodynamiki (powiązana funkcjonalnie z Oddziałem Kardiologicznym),
h) Pracowni Radiologii Zabiegowej (powiązana funkcjonalnie z Oddziałem Kardiologicznym),
i) Pracownia Elektrofizjologii (powiązana funkcjonalnie z Oddziałem Kardiologicznym),
j) Pracownia Kontroli Stymulatorów i Kardiowerterów – Stymulatorów Serca (powiązana funkcjonalnie z Oddziałem Kardiologicznym),
k) Pracownia Echokardiografii(powiązana funkcjonalnie z Oddziałem Kardiologicznym),
l) Pracownia Endoskopowa (powiązana funkcjonalnie z Oddziałem Gastroenterologicznym),
m) Pracownia Endoskopowa dla Dzieci (powiązana funkcjonalnie z Oddziałem Gastroenterologii Dziecięcej).
n) Stacja Hemodializ (powiązana funkcjonalnie z Oddziałem Nefrologicznym),
o) Stacja Dializ Otrzewnowych (powiązana funkcjonalnie z Oddziałem Nefrologicznym),
p) Zakład Opiekuńczo-Leczniczy;

2) **Zespół Poradni Specjalistycznych**, jako jednostka organizacyjna obejmująca następujące komórki organizacyjne:
a) Poradnia Chirurgiczna ogólna,
b) Poradnia Chirurgiczna chorób naczyń,
c) Poradnia Urazowo – Ortopedyczna,
d) Poradnia Wad Wrodzonych Stóp,
e) Poradnia Preluksacyjna,
f) Poradnia Chirurgii Ręki,
g) Poradnia Wad Postawy,
h) Poradnia Neurochirurgiczna,
i) Poradnia Chirurgii Szczękowo – Twarzowej,
j) Poradnia Otolaryngologiczna,
k) Poradnia Foniatryczna,
l) Poradnia Logopedyczna,
m) Poradnia Okulistyczna z Laseroterapią,
n) Poradnia Urologiczna,
o) Poradnia Kardiologiczna,
p) Poradnia Neurologiczna,
q) Poradnia Hematologiczna,
r) Poradnia Diabetologiczna,
s) Poradnia Gastroenterologiczna,
t) Poradnia Nefrologiczna,
u) Poradnia Dermatologiczna,
v) Poradnia Rehabilitacyjna,

w) Poradnia Neurologiczna z poradnią Przeciwpadaczkową,
x) Poradnia Reumatologiczna,
y) Poradnia Sportowo – Lekarska,
z) Poradnia Ginekologiczna – Konsultacyjna,
za) Poradnia Kardiologiczna dla Dzieci,
zb) Poradnia Endokrynologiczna dla Dzieci,
zc) Poradnia Diabetologiczna dla Dzieci,
zd) Poradnia Hematologiczno – Onkologiczna dla Dzieci,
ze)Poradnia Reumatologii Dziecięcej,
zf) Poradnia Neurologiczna dla Dzieci,
zg) Poradnia Chirurgii Dziecięcej,
zh) Poradnia Gastroenterologii Dziecięcej,
zi) Poradnia Chorób Zakaźnych dla Dzieci,
zj) Poradnia Chorób Wątroby,
zk) Poradnia Hepatologiczna,
zl) Poradnia Chorób Odzwierzęcych i Pasożytniczych,
zm) Poradnia Chorób Zakaźnych,
zn)Poradnia Psychiatryczna,
zo) Poradnia Oceny Rozwoju Małego Dziecka,
zp) Poradnia Audiologiczna,
zq) Poradnia Logopedyczna dla Dzieci,
zr) Poradnia Nefrologiczna dla Dzieci,
zs) Poradnia Chorób Metabolicznych,
zt) Szkoła Rodzenia,
zu) Nocna i Świąteczna Opieka Zdrowotna,
zv) Poradnia Zaburzeń Rytmu Serca,
zw) Poradnia Chemioterapii,
zx) Poradnia Onkologiczna
zy) Poradnia Chirurgii Onkologicznej,
zz) Poradnia Ginekologii Onkologicznej,
zza) Poradnia Leczenia Bólu,
zzb) Poradnia Genetyczna,
zzc) Poradnia Chorób Wewnętrznych,
zzd) Poradnia Pediatryczna,
zze) Podstawowa Opieka Zdrowotna.

4. W skład zakładu leczniczego **Wojewódzki Szpital Zespolony im. Ludwika Perzyny w Kaliszu – Działalność Pozostała** wchodzą:
   1) **Rehabilitacja Dzienna** jako jednostka organizacyjna obejmująca następującą komórkę organizacyjną:
      - Oddział Rehabilitacji Dziecięcej Dzienny Pobyt (powiązany funkcjonalnie z Oddziałem Rehabilitacyjnym),
   2) **Długoterminowa Opieka Domowa** jako jednostka organizacyjna obejmująca następującą komórkę organizacyjną:
      - Zespół Długoterminowej Opieki Domowej (powiązany funkcjonalnie z Oddziałem Anestezjologii i Intensywnej Terapii).

5. W skład zakładu leczniczego **Pogotowie Ratunkowe – Działalność Specjalistyczna**, przy ul. Poznańskiej 79, wchodzi:
   Pogotowie Ratunkowe jako jednostka organizacyjna na czele którego stoi **„Kierownik Pogotowia Ratunkowego”,** obejmująca następujące stanowiska i komórki organizacyjne:
      a) Pielęgniarka Koordynująca ds. Ratownictwa Medycznego;

b) Zespół Ratownictwa Medycznego Specjalistyczny P0207;
c) Zespół Ratownictwa Medycznego Podstawowy P0218;
d) Zespół Ratownictwa Medycznego Podstawowy P0222;
e) Zespół Ratownictwa Medycznego Podstawowy P0220;
f) Zespół Ratownictwa Medycznego Podstawowy P0226;
g) Zespół Ratownictwa Medycznego Podstawowy P0224;
h) Zespół Ratownictwa Medycznego Podstawowy P0228;
i) Zespoły Transportu Sanitarnego;
j) Wyjazdowy Zespół Sanitarny Typu N.

ROZDZIAŁ III
JEDNOSTKI I KOMÓRKI ORGANIZACYJNE ORAZ SAMODZIELNE STANOWISKA DZIAŁALNOŚCI NIEMEDYCZNEJ

§ 15

1. Strukturę organizacyjną Szpitala w zakresie działalności niemedycznej tworzą komórki organizacyjne oraz samodzielne stanowiska pracy zapewniające obsługę administracyjną, ekonomiczną oraz techniczną Szpitala.
2. Dyrekcję Szpitala stanowią:
   1) Dyrektor,
   2) Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa,
   3) Zastępca Dyrektora ds. Rozwoju, Usług i Innowacji Medycznych
   4) Naczelna Pielęgniarka.
3. Administrację Szpitala wg. następującej podległości stanowią:
   1) Dyrektor:
      a) Dział Organizacyjny,
      b) Dział Służb Pracowniczych,
      c) Dział Prawny,
      d) Dział Spraw Obronnych,
      e) Dział BHP,
      f) Dział Audytu Wewnętrznego,
      g) Pielęgniarka Środowiskowa Przyszpitalna,
      h) Pełnomocnik Dyrektora ds. Kombatantów i Osób Represjonowanych,
      i) Pełnomocnik ds. Ochrony Informacji Niejawnych,
      j) Inspektor Ochrony Danych Osobowych,
      k) Administrator Systemów Informatycznych,
      l) Rzecznik prasowy,
      m) Kapelan,
      n) Zespół Koordynatorów i Pełnomocników:
         - Pełnomocnik Dyrektora ds. Systemu Zarządzania Jakością,
         - Koordynator ds. Akredytacji,
         - inni Pełnomocnicy lub Koordynatorzy powołani w razie potrzeby przez Dyrektora Szpitala;
   2) Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa:
      a) Dział Higieny i Epidemiologii,
      b) Dział Statystyki i Dokumentacji Medycznej,
      c) Inspektor Ochrony Radiologicznej,
      d) Pełnomocnik ds. Praw Pacjenta,
      e) Zespół Koordynatorów i Pełnomocników:
         - Koordynator ds. Leczenia Pacjentów Onkologicznych,
         - Koordynator ds. Okołooperacyjnej Karty Kontrolnej,
         - inni Pełnomocnicy lub Koordynatorzy powołani w razie potrzeby przez Dyrektora Szpitala;

3) Zastępca Dyrektora ds. Rozwoju, Usług i Innowacji Medycznych:
   a) Główny Księgowy:
      - Dział Ekonomiczny,
   b) Dział Logistyki,
   c) Dział Zamówień Publicznych,
   d) Dział Kontraktowania i Rozliczania Świadczeń Zdrowotnych,
   e) Dział Controllingu,
   f) Dział Informatyki
   g) Dział Utrzymania Ruchu,
   h) Dział Przeciwpożarowy,
   i) Dział Koderów Procedur Medycznych,
   j) Zespół Koordynatorów i Pełnomocników:
   - inni Pełnomocnicy lub Koordynatorzy powołani w razie potrzeby przez Dyrektora Szpitala;

4) Naczelna Pielęgniarka:
   a) Zastępca Naczelnej Pielęgniarki.

§ 16

1. Schemat organizacyjny Szpitala określa Załącznik nr 1, stanowiący integralną część niniejszego Regulaminu.
2. Szczegółową strukturę organizacyjną przedsiębiorstw określa Załącznik nr 2, stanowiący integralną część niniejszego Regulaminu.

DZIAŁ IV
MIEJSCA UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

§ 17

1. Miejscem udzielania świadczeń jest Kalisz ul. Poznańska 79 i ul. Toruńska 7.
2. Udzielanie świadczeń zdrowotnych odbywa się w medycznych komórkach organizacyjnych Szpitala, w pomieszczeniach, spełniających wymogi do udzielania w nich świadczeń zdrowotnych.
3. Świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie żywienia poza i dojelitowego mogą być udzielane w warunkach domowych, w miejscu zamieszkania lub pobytu pacjenta.
4. W przypadku konieczności ratowania zdrowia lub życia personel medyczny SOR lub inna osoba wyznaczona przez lekarza SOR może udzielić świadczeń zdrowotnych na terenie Szpitala, poza budynkami Szpitala.

5. Miejscami stacjonowania zespołów ratownictwa medycznego są:
   1) Kalisz, ul. Poznańska 79;
   2) Kalisz ul. Toruńska 7;
   3) Lisków, ul. Blizińskiego 56;
   4) Brzeziny, ul. 1000-lecia 10/1;
   5) Stawiszyn, ul. Kaliska 14.

1. Dyspozytornia medyczna (Centrum Powiadamiania Ratunkowego) mieści się w strukturach Wielkopolskiego Centrum Ratownictwa Medycznego Sp. z o.o. w Koninie.
2. Świadczenia w zakresie transportu sanitarnego realizowane są przez zespoły transportowe stacjonujące w siedzibie Szpitala przy ul. Poznańska 79.

DZIAŁ V
ORGANIZACJA I ZAKRES DZIAŁANIA POSZCZEGÓLNYCH KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH SZPITALA ORAZ STANOWISK SAMODZIELNYCH

ROZDZIAŁ I

STRUKTURA ORGANIZACYJNA

§ 18

W Szpitalu wyodrębnia się następujące piony organizacyjne:

1. **Pion Dyrektora**

   1) Dział Organizacyjny,
   2) Dział Służb Pracowniczych,
   3) Dział Prawny,
   4) Dział Spraw Obronnych,
   5) Dział BHP,
   6) Dział Audytu Wewnętrznego,
   7) Pełnomocnik Dyrektora ds. Systemu Zarządzania Jakością,
   8) Koordynator ds. Akredytacji,
   9) Pełnomocnik Dyrektora Szpitala ds. Kombatantów i Osób Represjonowanych,
   10) Pełnomocnik ds. Ochrony Informacji Niejawnych,
   11) Inspektor Ochrony Danych Osobowych,
   12) Administrator Systemów Informatycznych,
   13) Rzecznik prasowy,
   14) Pielęgniarka Środowiskowa Przyszpitalna,
   15) Kapelan.

   Komisje i zespoły:

   1) Komisja konkursowa – kontrakty (Dział Służb Pracowniczych, Sekcja Kadr – kontrakty indywidualne, Dział Organizacyjny - pozostałe),
   2) Komisja ds. wyłaniania kierowników oddziałów szpitala,
   3) Komisja ds. przestrzegania ochrony danych osobowych,
   4) Komisja socjalna (Dział Służb Pracowniczych),
   5) Komisja Bezpieczeństwa i Higieny Pracy (Dział BHP),
   6) Zespół ds. przeprowadzenia oceny ryzyka zawodowego na stanowiskach pracy,

2. **Pion Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa**

   1) Oddziały szpitalne,
   2) Blok Operacyjny i Centralna Sterylizatornia,
   3) Szpitalny Oddział Ratunkowy,
   4) Apteka
   5) Pracownia Cytostatyków,
   6) Zespół Poradni Specjalistycznych,
   7) Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej,
   8) Zakład Mikrobiologii Klinicznej,
   9) Zakład Diagnostyki Obrazowej,
   10) Zakład Patomorfologii,
   11) Zakład Leczniczego Usprawniania,
   12) Zespół Ratownictwa Medycznego Specjalistyczny,
   13) Zespoły Ratownictwa Medycznego Podstawowe,
   14) Zespoły Transportu Sanitarnego,
   15) Wyjazdowy Zespół Sanitarny Typu N,
   16) Podstacje Pogotowia Ratunkowego,
   17) Dział Higieny i Epidemiologii,
       - Dietetycy,
   18) Dział Statystyki i Dokumentacji Medycznej,

- Sekcja Statystyki,
- Sekcja Dokumentacji Medycznej,
- Sekcja Archiwalna,

19) Koordynator ds. Leczenia Pacjentów Onkologicznych,
20) Koordynator ds. Okołooperacyjnej Karty Kontrolnej,
21) Inspektor Ochrony Radiologicznej,
22) Pełnomocnik ds. Praw Pacjenta.

Komisje i zespoły:

1) Zespół ds. dokumentacji medycznej,
2) Komitet koordynujący postępowanie w przypadku podejrzenia lub zachorowania na grypę A/H1N1,
3) Zespół ds. Szpitalnej Polityki Antybiotykowej,
4) Zespół oceny przyjęć, odmów, wydłużonego czasu hospitalizacji i rehospitalizacji,
5) Komisja ds. badania satysfakcji pacjentów i zatrudnionych,
6) Komitet Transfuzjologiczny,
7) Zespół ds. wdrażania Programu "Szpital bez bólu",
8) Rada ds. Etyki,
9) Zespół ds. Promocji Zdrowia,
10) Zespół ds. Analizy Zdarzeń Niepożądanych,
11) Zespół ds. Jakości,
12) Komisja ds. Skuteczności Leczenia,
13) Komisja sprawująca nadzór nad jakością działalności dydaktycznej oraz leczniczej w zakresie kształcenia podyplomowego lekarzy,
14) Komitet Kontroli Zakażeń Szpitalnych,
15) Zespoły Kontroli Zakażeń Szpitalnych,
16) Komisja ds. analizowania przyczyn zgonów, w tym zgonów okołooperacyjnych,
17) Komisja ds. stwierdzenia trwałego i nieodwracalnego ustania czynności mózgu (śmierci mózgowej),
18) Zespół leczenia żywieniowego,
19) Zespół ds. Farmakoterapii,
20) Komisja ds. analizy podań o przyspieszenie planowego terminu hospitalizacji w Oddziale Urazowo – Ortopedycznym tzw. Komisja Przyspieszeń,
21) Zespół Kontroli Wewnętrznej w obszarze realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych,
22) Komitet ds. profilaktyki przeciwzakrzepowej,
23) Komisja ds. zakupów aparatury lub sprzętu medycznego,
24) Komisja ds. wydzielenia dokumentacji archiwowanej (Dział Statystyki i Dokumentacji Medycznej – Sekcja Archiwalna).

3. <u>Pion Naczelnej Pielęgniarki</u>

1) Zastępca Naczelnej Pielęgniarki,
2) Pielęgniarki/położne oddziałowe, koordynujące,
3) Zespoły pielęgniarek i położnych,
4) Opiekunowie medyczni,
5) Kierownik Zespołu Techników Elektroradiologii,
6) Zespół Techników Elektroradiologii w ZDOiRI, SOR i Pracowni Hemodynamiki,
7) Sekretarki medyczne,
8) Sanitariusze,

9) Pomoc w Centralnej Sterylizatorni.

Komisje i zespoły:
1) Zespół ds. Doskonalenia i Rozwoju,
2) Zespół ds. Monitorowania Występowania Odleżyn.

4. <u>Pion Z-cy Dyrektora ds. Rozwoju, Usług i Innowacji Medycznych</u>

1) Główny Księgowy:
   - Dział Ekonomiczny,
2) Dział Logistyki,
3) Dział Zamówień Publicznych,
4) Dział Kontraktowania i Rozliczania Świadczeń Zdrowotnych,
5) Dział Controllingu,
6) Dział Informatyki,
7) Dział Utrzymania Ruchu,
8) Sekcja Inwestycji i Remontów,
9) Sekcja Aparatury Medycznej,
10) Dział Przeciwpożarowy.

Komisje i zespoły:
1) Komisja Kasacyjna,
2) Komisja ds. przyjmowania darów rzeczowych,
3) Komisja ds wyceny zbędnych składników majątkowych,
4) Komisja ds. odbioru pomieszczeń po zakończeniu dzierżawy lub stosunku pracy w WSZ im. L. Perzyny w Kaliszu,
5) Komisja kasacyjna ds. kasacji przeterminowanych leków w magazynie leków-Apteka,
6) Komisja Przetargowa,
7) Zakładowa Komisja Inwentaryzacyjna,
8) Komisja ds. oceny specyfikacji przetargowych i wniosków składanych do Działu Zamówień Publicznych".

§ 19

Strukturę organizacyjną poszczególnych pionów z uwzględnieniem komórek organizacyjnych, komisji, zespołów i komitetów określają Załączniki nr 3, 4, 5, 6 i 7 do niniejszego Regulaminu.

ROZDZIAŁ II
ZAKRES DZIAŁANIA

§ 20

Pion Dyrektora Szpitala tworzą następujące komórki organizacyjne:

1. **Dział Organizacyjny** do zadań którego:

1) w zakresie spraw ogólno-organizacyjnych Szpitala należy:

a) opracowywanie i prowadzenie spraw związanych organizacją i prawidłowym funkcjonowaniem Szpitala oraz innych związanych z jego podmiotowością w oparciu o obowiązujące przepisy prawne, a w szczególności: wnioskowanie o dokonanie zmian w Statucie Szpitala, Rejestrze KRS, Rejestrze Podmiotów Leczniczych,

b) analiza zmian w ustawach, rozporządzeniach Ministra Zdrowia, Zarządzeniach Prezesa NFZ, i innych aktach prawnych oraz przekazywanie Dyrekcji i poszczególnym komórkom organizacyjnym wyciągów zmian w zakresach ich dotyczących,
c) opracowywanie projektów zmian struktury organizacyjnej oraz ostateczne opracowywanie wewnętrznych aktów normatywnych (Regulamin Organizacyjny, Zarządzenia, Procedury, Instrukcje, Algorytmy postępowania), ich ewidencjonowanie i dostarczanie do Kancelarii lub Sekretariatu Dyrekcji celem rozprowadzenia,
d) współpraca z jednostkami zewnętrznymi w zakresie organizacji jednostki,
e) przeprowadzanie procedur postępowań konkursowych o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne – kontrakty inne niż indywidualne, umowy kontraktowe z NZOZ, laboratoria specjalistyczne, genetyczne, itp.,
f) prowadzenie dokumentacji odnośnie umów o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne - kontraktów innych niż indywidualne, umowy kontraktowe z NZOZ, laboratoria specjalistyczne, genetyczne, itp.,
g) tworzenie oraz ewidencja umów zawieranych przez Szpital z podmiotami zewnętrznymi nie będącymi indywidualnymi / indywidualnymi specjalistycznymi praktykami lekarskimi w zakresie świadczeń zdrowotnych, a w szczególności: sporządzanie umów, analiza przesłanych do Szpitala umów, aneksów oraz wydruki aktualnej listy zleceniodawców w celu dostarczenia pracowniom diagnostycznym
h) nadzór i kontrola nad sprawami administracyjnymi wynikającymi z aktów prawa wewnętrznego, a w szczególności pisma bieżące, przypomnienia, itd.,
i) udział w opracowywaniu i przygotowywaniu materiałów dla Rady Społecznej Szpitala oraz protokołowaniu posiedzeń Rady Społecznej, obsługa Rady Społecznej,
j) udział w pracy zespołu który przygotowuje oferty w zakresie udzielania przez Szpital świadczeń zdrowotnych,
k) uczestniczenie w przygotowywaniu postępowania przetargowego na obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej szpitala przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych,
l) w razie skierowania przez pacjenta roszczenia odszkodowawczego do Szpitala, nadanie sprawie biegu, w tym współdziałanie z ubezpieczycielem w celu ewentualnej likwidacji szkody,
m) koordynacja postępowania wyjaśniającego w sprawach skarg i wniosków i formułowanie odpowiedzi dla strony wnoszącej skargę,
n) udział w kontrolach prowadzonych przez NFZ, NIK, inne organy kontrolne, dokumentowanie realizacji zaleceń pokontrolnych,
o) zamawianie recept dla lekarzy, wydruk własny recept,
p) składanie we współpracy z Kierownikami Oddziałów i Zakładów wniosków akredytacyjnych w zakresie specjalizacji lekarskich ,
q) koordynacja kontroli zarządczej ,
r) przygotowywanie dla Działu Prawnego kserokopii aktualnego wypisu z Krajowego Rejestru Sądowego na potrzeby toczących się postępowań sądowych oraz dla Działu Ekonomicznego w związku z realizowanymi projektami unijnymi ,
s) uczestniczenie w przygotowywaniu prezentacji multimedialnych dla Dyrektora Szpitala,
t) uczestniczenie w przygotowywaniu materiałów dla Dyrektora Szpitala w związku z jego udziałem w m.in. konferencjach, spotkaniach, sporządzanie opracowań, propozycji zagadnień koniecznych do poruszenia przez Dyrektora itd.,
u) współudział w organizacji imprez okolicznościowych,

v) znajomość i realizacja Polityki Jakości, norm Systemu Zarządzania Jakością ISO oraz norm związanych z Akredytacją Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia,
w) realizacja innych zadań zleconych przez Dyrektora Szpitala lub jego Zastępców,
x) Kierownik Działu Organizacyjnego podpisuje korespondencję wychodzącą polegającą na przekazaniu na zewnątrz dokumentów podpisanych przez Dyrektora lub jego Z-cę ds. Lecznictwa.

2) **w zakresie spraw obsługi kancelaryjno-biurowej Dyrekcji Szpitala** (zadania realizowane przez Sekretariat, którego pracą kieruje Koordynator i Kancelarię) **należy**:

a) zapewnienie pewnego i efektywnego przepływu informacji pomiędzy Dyrekcją i poszczególnymi komórkami organizacyjnymi Szpitala,
b) przyjmowanie interesantów oraz udzielanie im aktualnych i wyczerpujących informacji,
c) przygotowywanie prostych pism i przedkładanie ich do podpisu Dyrektora lub jego Zastępców,
d) obsługa spotkań i odpraw w Szpitalu,
e) łączenie rozmów telefonicznych, obsługa faksów i poczty elektronicznej,
f) przedkładania pism i spraw Dyrekcji,
g) prowadzenie i aktualizowanie ogólnoszpitalnej listy dyżurów medycznych,
h) sprawna i zgodna z obowiązującymi przepisami obsługa kancelaryjna w zakresie korespondencji wewnętrznej i zewnętrznej organizowanie odbioru i spedycji przesyłek kurierskich z terenu Szpitala,
i) dostarczanie korespondencji do poszczególnych komórek organizacyjnych Szpitala,
j) skanowanie korespondencji przychodzącej i wychodzącej ze Szpitala,
k) wykonywanie odbitek kserograficznych korespondencji i dokumentów zgodnie z naniesioną dekretacją,
l) obsługa programu do ewidencjonowania i obiegu korespondencji szpitalnej,
m) udział w opracowywaniu i przygotowywaniu materiałów dla Rady Społecznej Szpitala oraz protokołowaniu posiedzeń Rady Społecznej, obsługa Rady Społecznej,
n) uczestniczenie w przygotowywaniu materiałów dla Dyrektora Szpitala w związku z jego udziałem w m.in. konferencjach, spotkaniach, sporządzanie opracowań, propozycji zagadnień koniecznych do poruszenia przez Dyrektora itd.,
o) prowadzenie rejestru skarg i wniosków w Sekretariacie Szpitala,
p) znajomość i realizacja Polityki Jakości, norm Systemu Zarządzania Jakością ISO oraz norm związanych z Akredytacją Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia,
q) realizacja innych zadań zleconych przez Dyrektora Szpitala lub jego Zastępców.

2. **Dział Służb Pracowniczych,** do którego zadań należy:

1) prowadzenie w ramach **Sekcji Kadr:** spraw osobowych, zatrudnienia i spraw socjalnych, a w szczególności:
a) kompletowanie dokumentów potwierdzających kwalifikacje zawodowe i innych związanych z zawieraniem umów o pracę, dokumentowanie przebiegu pracy zawodowej, regulacji wynagrodzeń, zmian stanowisk pracy i komórek organizacyjnych oraz przygotowywanie materiałów związanych z rozwiązywaniem umów o pracę,

b) prowadzenie bieżącej ewidencji pracowników, akt osobowych, absencji pracowniczej oraz wydawanie legitymacji ubezpieczeniowych dla pracowników i członków ich rodzin, sporządzanie zaświadczeń o zatrudnieniu,
c) udzielanie informacji pracownikom w zakresie obowiązujących przepisów Kodeksu Pracy oraz podstawowych obowiązków i uprawnień pracowniczych,
d) kontrola porządku i dyscypliny pracy,
e) dokumentowanie przebiegu dokształcania się pracowników w formie uczestniczenia w kursach i szkoleniach podnoszących kwalifikacje zawodowe, organizowanych dla pracowników medycznych i niemedycznych,
f) przygotowywanie wniosków w sprawie wyróżnień, nagradzania i karania pracowników,
g) przygotowywanie dokumentów związanych z przechodzeniem pracowników na emeryturę lub uzyskiwaniem rent,
h) sporządzanie sprawozdań oraz bieżąca analiza stanu zatrudnienia,
i) opracowywanie zakresów zadań, odpowiedzialności i uprawnień dla wszystkich stanowisk,
j) zgłaszanie danych identyfikacyjnych pracowników do ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego oraz zgłaszanie zmian i korekt tych danych,
k) wdrażanie i prowadzenie procedur konkursowych na stanowiskach, których obsada następuje w wyniku rozstrzygnięcia postępowania konkursowego,
l) współdziałanie z Działem Ekonomicznym w zakresie zatrudnienia i działalności socjalnej,
m) współdziałanie z organami administracji państwowej i samorządowej (Ministerstwo Zdrowia, Urząd Marszałkowski, Powiatowe Urzędy Pracy) w zakresie zatrudnienia, zgodnie z obowiązującymi przepisami,
n) opracowywanie obowiązujących w zakładzie Regulaminów Pracy, Wynagradzania i Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych oraz aktualizacja w/w Regulaminów w oparciu o obowiązujące przepisy prawne,
o) przestrzeganie zasad o ochronie danych osobowych pracowników zgodnie z obowiązującymi przepisami,
p) gospodarowanie środkami Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych poprzez przedstawianie Komisji Socjalnej :
    1. wniosków osób uprawnionych do korzystania z różnych form dofinansowania wypoczynku pracowników i członków ich rodzin,
    2. wniosków pracowników korzystających z pomocy materialno- rzeczowej lub finansowej, zgodnie z Regulaminem ZFŚS,
    3. wniosków osób uprawnionych do korzystania ze zwrotnej lub bezzwrotnej pomocy na cele mieszkaniowe oraz sporządzanie umów dla pożyczkobiorców,
q) prowadzenie rejestru osób ubiegających się o pomoc na cele mieszkaniowe,
r) organizowanie działalności kulturalno-oświatowej,
s) pośredniczenie w organizowaniu działalności sportowo-rekreacyjnej,
t) organizowanie posiedzeń Komisji Socjalnej, przedstawianie Dyrektorowi do zatwierdzenia opracowanych materiałów z prac Komisji oraz sporządzanie protokołów,
u) przeprowadzanie procedur postępowań konkursowych o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne – kontrakty indywidualne, z wyłączeniem przepisów prawa zamówień publicznych,
v) prowadzenie dokumentacji odnośnie umów o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne - kontraktów indywidualnych,
w) udział w pracy zespołu który przygotowuje oferty w zakresie udzielania przez Szpital świadczeń zdrowotnych,

x) znajomość i realizacja Polityki Jakości, norm Systemu Zarządzania Jakością ISO oraz norm związanych z Akredytacją Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia,
y) realizacja innych zadań zleconych przez Dyrektora Szpitala lub jego Zastępców.

2) prowadzenie w ramach **Sekcji Płac:** spraw płacowych, a w szczególności:
   a) naliczanie wynagrodzeń i innych należności przysługujących pracownikom za wykonaną pracę, odpowiednia ewidencja w tym zakresie oraz dokonywanie wypłat wynagrodzeń,
   b) rozliczanie należnych składek z tytułu ubezpieczeń społecznych oraz podatku dochodowego od osób fizycznych wynikających z naliczanych wynagrodzeń, przedkładanie stosownych deklaracji w/w urzędom,
   c) naliczanie wszelkich wypłat pieniężnych zatrudnionym pracownikom na podstawie umów o pracę a także innych umów, w tym ich ekwiwalentów pieniężnych, zaliczanych zgodnie z obowiązującymi przepisami do wynagrodzeń,
   d) stosowanie obowiązującej dokumentacji płacowej (rocznych kart zarobkowych) dla poszczególnych pracowników w celu :
      1. prawidłowego ustalenia wymiaru ustawowo przysługujących zasiłków, emerytur i rent,
      2. obliczenia wynagrodzeń należnych pracownikom za czas usprawiedliwionej nieobecności w pracy,
      3. obliczenia podatku dochodowego od osób fizycznych.
   e) prowadzenie szczegółowej ewidencji zapewniającej rozliczenie wynagrodzeń, a także wyodrębnienie z osobowego funduszu płac, płac zasadniczych oraz pozostałych składników wynikających z Regulaminu Wynagradzania,
   f) terminowe sporządzanie list płac wraz ze stosownymi potrąceniami, w celu realizacji wypłat wynagrodzeń, zgodnie z Regulaminem Pracy oraz zasiłków z ubezpieczenia społecznego, w tym sprawowanie kontroli formalno-rachunkowej dokonywanych naliczeń płac i zasiłków,
   g) prawidłowe naliczanie obowiązujących składek na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne, a mianowicie :
      1. emerytalnych,
      2. rentowych,
      3. chorobowych,
      4. wypadkowych,
      5. zdrowotnych,
      6. na fundusz pracy,
      7. fundusz emerytur pomostowych,

      oraz terminowe przedkładanie stosownych deklaracji w tym zakresie Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych,
   h) ustalanie wartości podatku dochodowego od osób fizycznych od naliczanych wynagrodzeń ogółem oraz terminowe przedkładanie deklaracji rozliczeniowych Urzędowi Skarbowemu w imieniu płatnika,
   i) informowanie zatrudnionych pracowników oraz Urzędu Skarbowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami o uzyskanych wynagrodzeniach za dany rok obrachunkowy, w tym rozliczanie rocznego podatku dochodowego od osób fizycznych pracowników Szpitala,
   j) zawiadamianie każdego z zatrudnionych pracowników jednostki o wielkościach odprowadzanych składek na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne, zgodnie z obowiązującymi przepisami,
   k) wydawanie stosownych zaświadczeń o wysokości zarobków wg zgłaszanych potrzeb pracowniczych.

l) Przedkładanie dla Działu Ekonomicznego naliczonych wynagrodzeń wraz z pochodnymi w układzie miesięcznym oraz poszczególnych oddziałów i komórek organizacyjnych w celu rozliczenia kosztów,
m) opracowywanie informacji i analiz z wykonania funduszu płac oraz średnich płac, z uwzględnieniem poszczególnych grup zawodowych a także w układzie istniejących komórek organizacyjnych,
n) sporządzanie obowiązującej sprawozdawczości z zakresu wynagrodzeń i funduszu płac,
o) udzielanie informacji pracownikom w zakresie obowiązujących przepisów Kodeksu Pracy oraz podstawowych obowiązków i uprawnień pracowniczych,
p) kontrola użytkowa stanu technicznego oraz zgłaszanie do przeglądu urządzeń biurowych będących na wyposażeniu działu,
q) znajomość i realizacja Polityki Jakości, norm Systemu Zarządzania Jakością ISO oraz norm związanych z Akredytacją Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia,
r) realizacja innych zadań zleconych przez Dyrektora Szpitala lub jego Zastępców.

3. **Dział Prawny** do którego zadań należy:
   1) sporządzanie opinii prawnych dotyczących w szczególności:
      a) zawarcia umowy długoterminowej lub nietypowej albo dotyczącej przedmiotu znacznej wartości,
      b) spraw związanych z postępowaniem przed organami orzekającymi,
      c) spraw indywidualnych, skomplikowanych pod względem prawnym,
      d) odmowy uznania zgłoszonych roszczeń,
      e) zawarcia zgody pozasądowej,
      f) umorzenia wierzytelności.
   2) opracowywanie opinii prawnej przed podjęciem decyzji dla Dyrektora, jego zastępców, Głównego Księgowego, Naczelnej Pielęgniarki,
   3) udzielanie komórkom organizacyjnym opinii i porad prawnych oraz wyjaśnień w zakresie stosowania prawa,
   4) informowanie komórek organizacyjnych o zmianach w obowiązującym stanie prawnym w zakresie działalności Szpitala,
   5) udzielanie Dyrektorowi i jego zastępcom informacji o zmianach w obowiązującym stanie prawnym oraz skutkach wynikających z uchybień w zakresie nieprzestrzegania prawa,
   6) występowanie w charakterze pełnomocnika Szpitala przed sądami i urzędami,
   7) bieżące informowanie Dyrektora o stanie prowadzonych spraw,
   8) podejmowanie wszelkich czynności zawodowych, jakie w granicach prawa mogą być podjęte w interesie Szpitala,
   9) opracowywanie projektów wewnętrznych aktów prawnych,
   10) podejmowanie wszelkich czynności w sprawach o odszkodowania z firmami ubezpieczeniowymi,
   11) nadzór prawny nad egzekwowaniem należności Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Kaliszu,
   12) kontrola użytkowa stanu technicznego oraz zgłaszanie do przeglądu urządzeń biurowych będących na wyposażeniu działu,
   13) znajomość i realizacja Polityki Jakości, norm Systemu Zarządzania Jakością ISO oraz norm związanych z Akredytacją Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia,
   14) realizacja innych zadań zleconych przez Dyrektora Szpitala lub jego Zastępców.

4. **Dział Spraw Obronnych** do zadań którego należy:

1) opracowanie w oparciu o obowiązujące przepisy normatywno – prawne i bieżąca aktualizacja dokumentów w zakresie realizacji zadań obronnych przez Szpital, w tym szczególnie:
   a) planu przygotowań Szpitala na potrzeby obronne państwa,
   b) planu wydzielenia łóżek dla służb mundurowych w razie wystąpienia sytuacji kryzysowych, zagrożenia bezpieczeństwa państwa i wojny,
   c) planu organizacji i funkcjonowania Zastępczych Miejsc Szpitalnych,
   d) dokumentacji stałego dyżuru Szpitala na czas zewnętrznego zagrożenia bezpieczeństwa państwa i wojny,
   e) planu działania na dany rok kalendarzowy,
   f) planu szkolenia wyznaczonego personelu Szpitala do realizacji zadań obronnych na dany rok kalendarzowy,
2) udział w prowadzonych szkoleniach i odprawach z zakresu obronności, prowadzonych przez Podmiot tworzący Szpitala,
3) stała współpraca z Wydziałem Zarządzania Kryzysowego i Spraw Obronnych Miasta Kalisza w zakresie działalności Obrony Cywilnej Szpitala,
4) stała współpraca z Wojskową Komendą Uzupełnień w Kaliszu, w zakresie spraw obronnych i prowadzenia prac reklamacyjnych personelu Szpitala,
5) prowadzenie magazynu Obrony Cywilnej - zgodnie z obowiązującymi zasadami odpowiedzialności materialnej i racjonalnego gospodarowania powierzonym mieniem.
6) prowadzenie szkoleń z personelem Szpitala z zakresu spraw obronnych,
7) prowadzenie ewidencji nałożonych na potrzeby Szpitala świadczeń osobistych i rzeczowych,
8) prowadzenie niezbędnej korespondencji w zakresie spraw obronnych,
9) prowadzenie Kancelarii Obrony Cywilnej, a w szczególności:
   a) wykonywanie i ewidencja dokumentów niejawnych do klauzuli: „ZASTRZEŻONE”,
   b) właściwe zabezpieczenie przechowywanych dokumentów niejawnych, z wykorzystaniem znajdującego się w pomieszczeniu sejfu,
   c) udostępnianie dokumentów niejawnych osobom uprawnionym – zgodnie z obowiązującą Ustawą,
10) opracowywanie wymaganej dokumentacji i sprawozdawczości dotyczącej Obrony Cywilnej,
11) kontrola użytkowa stanu technicznego oraz zgłaszanie do przeglądu urządzeń biurowych będących na wyposażeniu działu,
12) znajomość i realizacja Polityki Jakości, norm Systemu Zarządzania Jakością ISO oraz norm związanych z Akredytacją Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia,
13) realizacja innych zadań zleconych przez Dyrektora Szpitala lub jego Zastępców.

5. **Dział BHP** do którego zadań należy:

1) prowadzenie kontroli warunków pracy oraz przestrzeganie przepisów i zasad BHP,
2) bieżące informowanie Dyrektora o stwierdzonych zagrożeniach zawodowych, wraz z wnioskami zmierzającymi do usuwania tych zagrożeń,
3) sporządzanie i przedstawianie okresowych analiz bezpieczeństwa i higieny pracy zawierających propozycje przedsięwzięć technicznych i organizacyjnych mających na celu zapobieganie zagrożenia życia i zdrowia pracowników przez poprawę warunków pracy,
4) udział w opracowaniu planów modernizacji i rozwoju zakładu pracy oraz przedstawienie propozycji dotyczących uwzględniania w tych planach rozwiązań techniczno – organizacyjnych zapewniających poprawę stanu bezpieczeństwa i higieny pracy,

5) udział w ocenie założeń i dokumentacji dot. modernizacji zakładu pracy albo jego części, a także nowych inwestycji oraz zgłaszanie wniosków dotyczących uwzględniania 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 bezpieczeństwa pracowników,
7) przedstawianie pracodawcy wniosków dotyczących zachowania wymagań ergonomii na stanowiskach pracy,
8) udział w opracowywaniu zakładowych układów zbiorowych pracy. Opracowywanie wewnętrznych zarządzeń i regulaminów i instrukcji ogólnych dotyczących BHP oraz ustalaniu zadań osób kierujących pracownikami w zakresie BHP,
9) udział w opiniowaniu szczegółowych instrukcji BHP na poszczególnych stanowiskach pracy,
10) udział w ustalaniu okoliczności i przyczyn wypadków przy pracy oraz opracowywaniu wniosków wynikających z badania przyczyn i okoliczności tych wypadków oraz zachorowań na choroby zawodowe, a także kontrola realizacji tych wniosków,
11) prowadzenie rejestrów, kompletowanie i przechowywanie dokumentów dotyczących wypadków przy pracy, stwierdzonych chorób zawodowych i podejrzeń o takie choroby, oraz przechowywanie wyników badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy,
12) wykładnia przepisów oraz zasad BHP,
13) udział w dokonywaniu oceny ryzyka zawodowego, które wiąże się z wykonywaną pracą ,
14) pomoc 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,
15) organizowanie i zapewnienie odpowiedniego poziomu szkoleń w dziedzinie BHP oraz zapewnienie właściwej adaptacji zawodowej nowo zatrudnionych pracowników,
16) 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,
17) współpraca z laboratoriami i innymi jednostkami zajmującymi si ę pomiarami stanu środowiska, określonego w odrębnych przepisach,
18) współdziałanie z lekarzem sprawującym profilaktyczną opiekę zdrowotną nad pracownikami, a w szczególności przez organizowaniu okresowych badań lekarskich pracowników,
19) współdziałanie ze społeczną inspekcją pracy oraz z zakładowymi organizacjami związkowymi przy:
    a) podejmowaniu przez nie działań mających na celu przestrzeganie przepisów oraz zasad BHP w trybie i w zakresie ustalonym w odrębnych przepisach,
    b) podejmowanych przez Dyrektora przedsięwzięciach mających na celu poprawę warunków pracy,
20) inicjowanie i rozwijanie na terenie zakładu pracy różnych form popularyzacji problematyki BHP oraz ergonomii,
21) uczestniczenie w konsultacjach w zakresie BHP, a także w pracach komisji BHP,
22) sprawdzanie i potwierdzanie faktur w zakresie zadań Działu BHP pod względem zgodności z przepisami pzp,
23) kontrola użytkowa stanu technicznego oraz zgłaszanie do przeglądu urządzeń biurowych będących na wyposażeniu działu,

24) znajomość i realizacja Polityki Jakości, norm Systemu Zarządzania Jakością ISO oraz norm związanych z Akredytacją Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia,
25) wnioskowanie do Działu Zamówień Publicznych o wszczęcie postępowania przetargowego lub innego postępowania w trybie przewidzianym Regulaminem Zamówień Publicznych,
26) realizacja innych zadań zleconych przez Dyrektora Szpitala lub jego Zastępców.

6. **Dział Audytu Wewnętrznego**, do którego zadań należy:

1) badanie w zakresie legalności, w szczególności:
   a) zgodności funkcjonowania jednostki z obowiązującymi przepisami prawa,
   b) prawidłowości stanowienia przepisów wewnętrznych obowiązujących w jednostce w ramach wykonywania jej zadań,
   c) zgodności audytowanej działalności z aktami administracyjnymi, orzeczeniami sądowymi, umowami cywilnoprawnymi oraz innymi obowiązującymi aktami i normami,
   d) zaniechania działania mimo prawie określonego obowiązku,
2) badanie w zakresie gospodarności w szczególności:
   a) zapewnienia oszczędnego i efektywnego wykorzystania środków,
   b) uzyskania właściwej relacji nakładów do efektów (czy taki sam wynik działalności jednostki można osiągnąć mniejszym nakładem środków lub czy przy zastosowaniu takich samych środków można było osiągnąć lepszy wynik,
   c) wykorzystanie możliwości zapobiegania lub ograniczania wysokości szkód powstałych w działalności jednostki,
3) badanie w zakresie celowości, w szczególności:
   a) zapewnienie zgodności działań jednostki z jej celami statutowymi,
   b) zapewnienie optymalizacji zastosowanych metod i środków , ich adekwatności dla osiągnięcia założonych celów,
   c) zakresu przyjętych przez kierownictwo kryteriów oceny realizacji celów i zadań.
4) badanie w zakresie rzetelności, w szczególności:
   a) wypełniania obowiązków pracowników z należytą starannością , sumiennie i terminowo,
   b) należytego wypełniania zadań jednostki , w szczególności określonych dla poszczególnych komórek organizacyjnych i osób,
   c) dokumentowania określonych działań lub stanów faktycznych zgodnie z rzeczywistością, we właściwej formie i w wymaganych terminach, z uwzględnieniem wszystkich faktów i okoliczności.
5) badanie w zakresie przejrzystości, w szczególności:
   a) klasyfikowania dochodów i wydatków publicznych,
   a) stosowania obowiązujących zasad rachunkowości,
   b) prowadzenie sprawozdawczości,
6) badanie w zakresie jawności, w szczególności:
   a) udostępniania sprawozdań dotyczących finansów i działalności jednostki,
   b) udostępnienia innych informacji dotyczących funkcjonowania jednostki i podejmowanych decyzji,
7) kontrola użytkowa stanu technicznego oraz zgłaszanie do przeglądu urządzeń biurowych będących na wyposażeniu działu,
8) znajomość i realizacja Polityki Jakości, norm Systemu Zarządzania Jakością ISO oraz norm związanych z Akredytacją Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia,
9) wnioskowanie do Działu Zamówień Publicznych o wszczęcie postępowania przetargowego lub innego postępowania w trybie przewidzianym Regulaminem Zamówień Publicznych,

10) realizacja innych zadań zleconych przez Dyrektora Szpitala lub jego Zastępców.

7. **Pełnomocnik Dyrektora ds. Systemu Zarządzania Jakością**, do którego zadań należy:
   1) kierowanie polityką jakości zgodnie z głównymi celami Szpitala,
   2) kompleksowe prowadzenie, nadzorowanie i koordynowanie wszelkich prac związanych z opracowaniem, wdrożeniem i funkcjonowaniem systemu zarządzania jakością,
   3) organizowanie i kompleksowe prowadzenie auditów,
   4) nadzór nad działaniami korygującymi i zapobiegawczymi,
   5) przygotowanie bieżących informacji oraz kompleksowych materiałów dla Dyrekcji w celu przeglądu funkcjonowania systemu zarządzania jakością,
   6) proponowanie szkoleń dla personelu Szpitala z zakresu doskonalenia systemu zarządzania jakością,
   7) utrzymywanie kontaktów z jednostka certyfikującą,
   8) wysuwanie propozycji doskonalenia systemu,
   9) kontrola użytkowa stanu technicznego oraz zgłaszanie do przeglądu użytkowanych urządzeń biurowych,
   10) znajomość i realizacja Polityki Jakości, norm Systemu Zarządzania Jakością ISO oraz norm związanych z Akredytacją Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia,
   11) wnioskowanie do Działu Zamówień Publicznych o wszczęcie postępowania przetargowego lub innego postępowania w trybie przewidzianym Regulaminem Zamówień Publicznych,
   12) realizacja innych zadań zleconych przez Dyrektora Szpitala lub jego Zastępców.

8. **Koordynator ds. Akredytacji**, do zadań którego należy:
   1) opracowywanie planu działań w celu uzyskania akredytacji Szpitala,
   2) kompleksowe prowadzenie, nadzorowanie i koordynowanie wszelkich prac związanych z opracowaniem, wdrożeniem i funkcjonowaniem wewnętrznych procedur oraz przykładowych narzędzi / arkuszy wspomagających proces oceny funkcjonowania Szpitala w toku ubiegania się o akredytację,
   3) koordynowanie działań zespołów akredytacyjnych,
   4) prowadzenie wewnętrznych form doskonalenia dla pracowników Szpitala w zakresie postępowania akredytacyjnego,
   5) nadzór nad działaniami korygującymi i zapobiegawczymi,
   6) aktualizacja wykazu osób rekomendowanych do pracy w zespołach akredytacyjnych,
   7) przygotowywanie bieżących informacji oraz kompleksowych materiałów dla Dyrekcji w celu oceny przygotowania Szpitala do akredytacji,
   8) proponowanie szkoleń dla personelu Szpitala z zakresu zagadnień dot. akredytacji,
   9) utrzymywanie kontaktów z jednostką akredytacyjną,
   10) kontrola użytkowa stanu technicznego oraz zgłaszanie do przeglądu użytkowanych urządzeń biurowych,
   11) znajomość i realizacja Polityki Jakości, norm Systemu Zarządzania Jakością ISO oraz norm związanych z Akredytacją Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia,
   12) wnioskowanie do Działu Zamówień Publicznych o wszczęcie postępowania przetargowego lub innego postępowania w trybie przewidzianym Regulaminem Zamówień Publicznych,
   13) realizacja innych zadań zleconych przez Dyrektora Szpitala lub jego Zastępców."

9. **Pełnomocnik Dyrektora Szpitala ds. Kombatantów i Osób Represjonowanych**, do którego zadań należy:
   poprawa przestrzegania praw kombatantów a w szczególności:

1) nadzór nad przestrzeganiem procedury postępowania przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. L. Perzyny w Kaliszu osobom posiadającym status kombatanta,
2) współpraca ze środowiskiem osób uprawnionych,
3) ocena satysfakcji osób uprawnionych ze sposobu wypełniania zapisów procedury,
4) przedstawianie propozycji i wniosków związanych z udzielania świadczeń zdrowotnych osobom posiadającym status kombatanta Dyrektorowi Szpitala,
5) kontrola użytkowa stanu technicznego oraz zgłaszanie do przeglądu użytkowanych urządzeń biurowych,
6) znajomość i realizacja Polityki Jakości, norm Systemu Zarządzania Jakością ISO oraz norm związanych z Akredytacją Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia,
7) realizacja innych zadań zleconych przez Dyrektora Szpitala lub jego Zastępców.

10. **Pełnomocnik ds. Ochrony Informacji Niejawnych**, do którego zadań należy:
    1) zapewnienie ochrony informacji niejawnych w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. Ludwika Perzyny w Kaliszu, w tym stosowanie środków bezpieczeństwa fizycznego,
    2) zapewnienie ochrony systemów teleinformatycznych w sytuacji, w których byłyby ewentualnie przetwarzane informacje niejawne (zadanie warunkowe),
    3) zarządzanie ryzykiem bezpieczeństwa informacji niejawnych, w szczególności szacowanie ryzyka,
    4) kontrola ochrony informacji niejawnych oraz przestrzegania przepisów o ochronie tych informacji, w szczególności okresowa (co najmniej raz na trzy lata) kontrola ewidencji, materiałów i obiegu dokumentów,
    5) opracowywanie i aktualizowanie - wymagającego akceptacji Dyrektora Szpitala - Planu ochrony informacji niejawnych w Szpitalu, w tym, w razie wprowadzenia stanu nadzwyczajnego, i nadzorowanie jego realizacji,
    6) prowadzenie szkoleń w zakresie ochrony informacji niejawnych z wyznaczonym personelem Szpitala,
    7) prowadzenie wobec wybranego personelu Szpitala zwykłych postępowań sprawdzających oraz kontrolnych postępowań sprawdzających - na pisemne polecenie Dyrektora Szpitala,
    8) prowadzenie aktualnego wykazu osób zatrudnionych (lub pełniących służbę albo wykonujących czynności zlecone), które posiadają uprawnienia do dostępu do informacji niejawnych, oraz osób, którym odmówiono wydania poświadczenia bezpieczeństwa lub je cofnięto, obejmującego wyłącznie podpunkty zawarte w art. 15 pkt. 8) Ustawy,
    9) przekazywanie odpowiednio ABW do ewidencji, o których mowa w art. 73 ust. 1, danych, o których mowa w art. 73 ust. 2, osób uprawnionych do dostępu do informacji niejawnych, a także osób, którym odmówiono wydania poświadczenia bezpieczeństwa lub wobec których podjęto decyzję o cofnięciu poświadczenia bezpieczeństwa, na podstawie wykazu, o którym mowa w art. 15 pkt. 8 (również pkt. 8 obowiązków) Ustawy z 5 sierpnia 2010 roku o ochronie informacji niejawnych (Dz. U. nr 182 z 2010 roku, poz.1228),
    10) kontrola użytkowa stanu technicznego oraz zgłaszanie do przeglądu użytkowanych urządzeń biurowych,
    11) Pełnomocnik ds. Ochrony Informacji Niejawnych realizuje również zadania Starszego specjalisty ds. obronnych wg. przydzielonego zakresu obowiązków,
    12) znajomość i realizacja Polityki Jakości, norm Systemu Zarządzania Jakością ISO oraz norm związanych z Akredytacją Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia,

13) wnioskowanie do Działu Zamówień Publicznych o wszczęcie postępowania przetargowego lub innego postępowania w trybie przewidzianym Regulaminem Zamówień Publicznych,
14) realizacja innych zadań zleconych przez Dyrektora Szpitala lub jego Zastępców.

11. **Inspektor Ochrony Danych Osobowych**, do którego zadań należy:
    1) prowadzenie i wdrażanie w jednostkach organizacyjnych dokumentów regulujących kwestie bezpieczeństwa danych Szpitala,
    2) szkolenie pracowników w zakresie przestrzegania zapisów ustawy o ochronie danych osobowych i nadawanie upoważnień do przetwarzania danych oraz prowadzenie ewidencji osób upoważnionych do ich przetwarzania,
    3) nadzór nad procedurami nadawania uprawnień do przetwarzania danych i rejestrowania tych uprawnień w systemach informatycznych,
    4) nadzór nad stosowanymi metodami, środkami technicznymi oraz organizacyjnymi niezbędnymi dla zapewnienia poufności, integralności i rozliczalności przetwarzania danych oraz procedurami związanymi z zarządzaniem i użytkowaniem programów informatycznych, w których następuje przetwarzanie danych,
    5) prowadzenie wykazu budynków, pomieszczeń lub części pomieszczeń, tworzących obszary przetwarzania danych,
    6) opracowywanie i przedstawianie do zatwierdzenia kierownikom jednostek organizacyjnych Szpitala szczegółowych regulacji dot. ochrony danych, związanych ze specyfiką systemowo – sprzętową i poziomem rozwoju infrastruktury informatycznej danej jednostki organizacyjnej,
    7) nadzór nad procedurami tworzenia kopii zapasowych zbiorów danych oraz programów i narzędzi programowych służących do ich przetwarzania,
    8) nadzór nad sposobem, miejscem i okresem przechowywania, elektronicznych nośników informacji zawierających dane, w tym kopii zapasowych,
    9) nadzór nad sposobem zabezpieczenia systemów informatycznych przed działalnością oprogramowania, którego celem jest uzyskanie nieuprawnionego dostępu do systemu informatycznego, utratą danych spowodowaną awarią zasilania lub zakłóceniami w sieci zasilającej,
    10) nadzór nad procedurami wykonywania przeglądów i konserwacji systemów oraz nośników informacji służących do przetwarzania danych,
    11) nadzór nad fizycznym zabezpieczeniem pomieszczeń, w których są przetwarzane dane oraz kontrolą przebywających w nich osób,
    12) udział w pracach zespołu do opracowywania zasad polityk bezpieczeństwa i planów awaryjnych,
    13) podejmowanie natychmiastowych działań zabezpieczających stan systemów informatycznych w przypadku otrzymania informacji wskazujących na naruszenie bezpieczeństwa danych,
    14) analizowanie sytuacji, okoliczności i przyczyn, które doprowadziły do naruszenia bezpieczeństwa danych oraz przedstawienie administratorowi danych odpowiednich wniosków,
    15) prowadzenie ewidencji zdarzeń zagrażających bezpieczeństwu informacji i bezpieczeństwu przetwarzania danych,
    16) śledzenie skuteczności zastosowanych zabezpieczeń oraz zgłaszanie administratorowi danych propozycji ich udoskonalania,
    17) znajomość i realizacja Polityki Jakości, norm Systemu Zarządzania Jakością ISO oraz norm związanych z Akredytacją Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia,
    18) wnioskowanie do Działu Zamówień Publicznych o wszczęcie postępowania przetargowego lub innego postępowania w trybie przewidzianym Regulaminem Zamówień Publicznych,
    19) realizacja innych zadań zleconych przez Dyrektora Szpitala.

12. **Administrator Systemów Informatycznych,** do którego zadań należy:
    1) prowadzenie ewidencji osób upoważnionych do przetwarzania danych, zawierającej ich identyfikatory,
    2) dokonywanie rejestracji użytkowników w systemie informatycznym,
    3) nadzorowanie rozpoczęcia i zakończenia pracy systemu informatycznego,
    4) sporządzanie i zapewnienie bezpieczeństwa kopii awaryjnych,
    5) zapewnienie ochrony antywirusowej,
    6) zapewnienie kasowania danych lub zniszczenia nośników elektronicznych bezpieczeństwa po upływie okresu przechowywania w sposób uniemożliwiający odczytanie danych,
    7) dokonywanie przeglądu i konserwacji systemu i zbioru danych osobowych przynajmniej dwa razy w roku,
    8) monitorowanie pracy w sieci za pomocą dostępnego oprogramowania narzędziowego i plików.log,
    9) nadzór nad procedurami rejestrowania uprawnień do przetwarzania danych w systemach informatycznych,
    10) nadzór nad stosowanymi metodami, środkami technicznymi niezbędnymi dla zapewnienia poufności, integralności i rozliczalności przetwarzania danych oraz procedurami związanymi z zarządzaniem i użytkowaniem programów informatycznych, w których następuje przetwarzanie danych,
    11) nadzór nad sposobem zabezpieczenia systemów informatycznych przed działalnością oprogramowania, którego celem jest uzyskanie nieuprawnionego dostępu do systemu informatycznego, utratą danych spowodowaną awarią zasilania lub zakłóceniami w sieci zasilającej,
    12) nadzór nad procedurami wykonywania przeglądów i konserwacji systemów oraz nośników informacji służących do przetwarzania danych,
    13) podejmowanie natychmiastowych działań zabezpieczających stan systemów informatycznych w przypadku otrzymania informacji wskazujących na naruszenie bezpieczeństwa danych,
    14) prowadzenie ewidencji zdarzeń zagrażających bezpieczeństwu informacji i bezpieczeństwu przetwarzania danych,
    15) śledzenie skuteczności zastosowanych zabezpieczeń oraz zgłaszanie administratorowi danych propozycji ich udoskonalania,
    16) w przypadku naruszenia bezpieczeństwa danych osobowych w systemach informatycznych przeprowadzanie niezwłocznej analizy systemu i wprowadzanie dodatkowych zabezpieczeń w celu zmniejszenia zagrożenia i podatności systemu komputerowego na naruszenie bezpieczeństwa informacji,
    17) znajomość i realizacja Polityki Jakości, norm Systemu Zarządzania Jakością ISO oraz norm związanych z Akredytacją Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia,
    18) wnioskowanie do Działu Zamówień Publicznych o wszczęcie postępowania przetargowego lub innego postępowania w trybie przewidzianym Regulaminem Zamówień Publicznych,
    19) realizacja innych zadań zleconych przez Dyrektora Szpitala lub jego Zastępców

13. **Rzecznik prasowy,** do którego zadań należy:
    1) reprezentowanie Szpitala w kontaktach ze środkami masowego przekazu,
    2) opracowywanie lub współuczestniczenie w opracowaniu informacji, które mają trafić do mediów,
    3) organizowanie i prowadzenie konferencji prasowych,
    4) sporządzanie odpowiedzi, sprostowań, uzupełnień i polemik do mediów,
    5) znajomość prawa prasowego, autorskiego oraz o ochronie danych osobowych,
    6) prowadzenie zbioru informacji prasowych dotyczących Szpitala

7) prowadzenie wewnętrznego postępowania wyjaśniającego w celu ustalenia okoliczności przedstawionych w materiałach upublicznionych w środkach przekazu,
8) znajomość i realizacja Polityki Jakości, norm Systemu Zarządzania Jakością ISO oraz norm związanych z Akredytacją Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia,
9) realizacja innych zadań zleconych przez Dyrektora Szpitala lub jego Zastępców.

14. **Pielęgniarka środowiskowa przyszpitalna**, która udziela pomocy pacjentom hospitalizowanym w szpitalu w zakresie:
1) zapoznania rodziny chorego lub jego opiekunów z zasadami postępowania z przewlekle lub obłożnie chorym w oparciu o zalecenia lekarza leczącego w warunkach domowych,
2) wystąpienia o przydzielenie opiekunki PCK, PKPS lub pomocy Długoterminowej Opieki Pielęgniarskiej pacjentowi obłożnie choremu po wypisaniu ze szpitala w warunkach domowych,
3) przekazywania pacjenta pod opiekę placówek podstawowej opieki zdrowotnej w celu zapewnienia ciągłości opieki pielęgniarskiej,
4) sprawdzania środowiska pacjenta szpitala oraz ustalania warunków opiekuńczych, bytowych, rodzinnych w celu zapewnienia pomocy w warunkach domowych lub umieszczenia w odpowiedniej placówce opiekuńczej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa w tym zakresie,
5) występowania do pomocy społecznej lub innych instytucji pomocowych w imieniu pacjenta samotnego i obłożnie chorego na jego prośbę,
6) zabezpieczenia odbycia połogu samotnym matkom po wypisie ze szpitala, występowania do organów opieki społecznej o umieszczanie jej w Domu Samotnej Matki,
7) występowania o pomoc dla dzieci pozbawionych opieki lub doświadczających przemocy w warunkach domowych,
8) występowania o umieszczenie osób samotnych I przewlekle chorych w Zakładach Pielęgnacyjno- Opiekuńczych i Opiekuńczo –Leczniczych,
9) zapewnienia ubrania dla pacjentów bezdomnych, zabezpieczenia miejsca pobytu po wypisie ze szpitala(schronisko, noclegownia, dom pomocy społecznej ,hospicjum), zapewnienie pochowania zwłok w razie jego zgonu,
10) zgłaszania do organów pomocy społecznej osób bezdomnych leczonych w szpitalu, nie posiadających ubezpieczenia zdrowotnego w celu przyznania uprawnień do ubezpieczenia zdrowotnego,
11) występowania do organów pomocy społecznej o udzielenie ustawowej pomocy i wsparcia osobom chorym po zakończonej hospitalizacji,
12) występowanie do Zespołu ds. Orzeczenia stopnia niepełnosprawności o wydanie osobom chorym orzeczenia w tym zakresie,
13) czynienie starań o roztoczenie opieki nad rodzina osoby hospitalizowanej w przypadku wystąpienia takich potrzeb ze względów zdrowotnych lub społecznych,
14) współdziałania i współpracy na rzecz pacjenta z kierownikiem oddziału oraz zewnętrznymi instytucjami pomocowymi,
15) prowadzenie niezbędnej dokumentacji w ramach realizowanych zadań,
16) znajomość i realizacja Polityki Jakości, norm Systemu Zarządzania Jakością ISO oraz norm związanych z Akredytacją Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia,
17) realizacja innych zadań zleconych przez Dyrektora Szpitala lub jego Zastępców.

15. **Kapelan** do którego zadań należy:
1) zapewnienie chorym przebywającym w Szpitalu potrzeb religijnych,
2) udzielanie sakramentów świętych w kaplicy szpitalnej i salach chorych,
3) odprawianie nabożeństw,

4) troskę o kaplicę szpitalną oraz umożliwienie osobom potrzebującym wsparcia duchowego i korzystania z niej w ciągu dnia,
5) przyjazd do Szpitala na każde wezwanie chorych,
6) pomoc duszpasterska w organizowaniu pogrzebów osób samotnych.

§ 21

Pion Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa tworzą następujące komórki organizacyjne, w tym głównie działalności medycznej Szpitala:

1. **Oddziały Szpitalne** do zadań których w ramach funkcjonujących zespołów lekarskich należy :
   1) udzielanie świadczeń zdrowotnych pacjentom hospitalizowanym w oddziałach oraz zapewnienie całodobowej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej zgodnie z powszechnie obowiązującymi standardami,
   2) leczenie zachowawcze i operacyjne pacjentów oraz udzielanie konsultacji specjalistycznych,
   3) wprowadzanie przez personel medyczny nowoczesnych metod diagnostycznych i terapeutycznych,
   4) współpraca z uczelniami medycznymi i innymi instytucjami,
   5) umożliwienie odbywania stażów do specjalizacji lekarzom innych dziedzin,
   6) opiniowanie o stanie zdrowia pacjentów oraz orzekanie o czasowej niezdolności do pracy,
   7) prowadzenie dokumentacji chorych, zgodnie z obowiązującymi przepisami z uwzględnieniem specyfiki oddziału,
   8) udzielanie szczegółowych informacji pacjentom przed zabiegami operacyjnymi,
   9) prowadzenie dokumentacji medycznej w wersji papierowej i elektronicznej,
   10) znajomość i realizacja przez personel Polityki Jakości, norm Systemu Zarządzania Jakością ISO oraz norm związanych z Akredytacją Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia,
   11) realizacja innych zadań zleconych przez Dyrektora lub jego Zastępców.

   Lekarzowi udzielającemu świadczeń zdrowotnych w zakresie wskazanym w art. 44 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 o zawodzie lekarza i lekarza dentysty przysługuje ochrona prawna należna funkcjonariuszowi publicznemu.

2. **Blok Operacyjny i Centralna Sterylizatornia** do zadań których należy

   1) Do zadań **Bloku Operacyjnego** należy w szczególności:
      a) utrzymywanie w stanie stałego pogotowia operacyjnego i takie zorganizowanie, aby w razie nagłej potrzeby zespół operacyjny, bielizna, sprzęt, materiały opatrunkowe były przygotowane do bezzwłocznego wykonania zabiegów operacyjnych planowych i nagłych,
      b) przyjmowanie zgłoszeń o zamiarze wykonania operacji w trybie pilnym przed przywiezieniem pacjenta na Blok Operacyjny,
      c) wykonywanie zabiegów operacyjnych zgodnie z obowiązującymi procedurami , standardami,
      d) przestrzeganie reżimu sanitarnego, zasad aseptyki, dekontaminacji pomieszczeń w ,przerwach między zabiegami
      e) prowadzenie czytelnych zapisów w obowiązującej prawem dokumentacji medycznej z wykonanego zabiegu operacyjnego i znieczulenia,
      f) znajomość i realizacja przez personel Polityki Jakości, norm Systemu Zarządzania Jakością ISO oraz norm związanych z Akredytacją Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia,
      g) realizacja innych zadań zleconych przez Dyrektora lub jego Zastępców.

2) W godzinach popołudniowych i nocnych funkcje i uprawnienia kierownika bloku operacyjnego pełni dyżurny starszy lekarz anestezjolog.
3) Plan operacji winien być dostarczony na blok operacyjny w dniu poprzedzającym operację do godziny 11.00. Obowiązek ten spoczywa na kierowniku oddziału zabiegowego. Ostateczny plan operacji ustala Kierownik Bloku Operacyjnego w porozumieniu z anestezjologami.
4) Pacjent przed zabiegiem operacyjnym (na oddziale) winien być dokładnie poinformowany o rodzaju zabiegu operacyjnego oraz wyrazić pisemną zgodę na jego wykonanie. Odnośny wpis w historię choroby sprawdza przed rozpoczęciem operacji operator i anestezjolog.
5) Każdy operowany pacjent ma zakładaną i wypełnianą Okołooperacyjną Kartę Kontrolną według ustalonych wzorów.
6) Do zadań **Centralnej Sterylizatorni** należy w szczególności:
   a) zapewnienie prawidłowego wykonywania procesów mycia, dezynfekcji, pakowania, sterylizacji,
   b) odbiór i transport materiałów przeznaczonych do sterylizacji oraz dystrybucja do komórek organizacyjnych materiałów po sterylizacji,
   c) ciągłe monitorowanie każdego procesu sterylizacji oraz pracy urządzeń,
   d) prowadzenie dokumentacji z procesów sterylizacji,
   e) prowadzenie kontroli fizyko-chemicznej z każdego procesu sterylizacji i jego dokumentowanie,
   f) prowadzenie kontroli procesów sterylizacji testami biologicznymi,
   g) znakowanie pakietów przy pomocy metkownicy określonym kodem,
   h) zachowanie szczególnego reżimu sanitarnego w pomieszczeniach sprzętu jałowego,
   i) prawidłowe przechowywanie i transport materiału sterylnego,
   j) przygotowywanie roztworów roboczych preparatów dezynfekcyjnych i myjących zgodnie z ulotką informacyjną producenta,
   k) tworzenie planu zakupów materiałów do sterylizacji i dezynfekcji,
   l) znajomość i realizacja przez personel Polityki Jakości, norm Systemu Zarządzania Jakością ISO oraz norm związanych z Akredytacją Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia,
   m) realizacja innych zadań zleconych przez Dyrektora lub jego Zastępców.

3. **Szpitalny Oddział Ratunkowy** do zadań którego należy:
   1) udzielanie świadczeń zdrowotnych polegających na wstępnej diagnostyce i podjęciu leczenia w zakresie niezbędnym do stabilizacji funkcji życiowych osób znajdujących się w stanie nagłego zagrożenia życia lub zdrowia, z przyczyny zewnętrznej lub wewnętrznej, a w szczególności w razie wypadku, urazu, zatrucia u dorosłych i dzieci, itd.,
   2) udzielanie ww świadczeń zdrowotnych poszkodowanym w stanach wyjątkowych, wypadkach masowych, katastrofach, itp.
   3) przyjmowanie pacjentów ze wskazań, o których mowa w pkt. a) b) do leczenia szpitalnego,
   4) dokonywanie zabezpieczenia medycznego pacjentów oraz organizowanie transportu do innych podmiotów leczniczych w razie konieczności leczenia w zakresie, który nie jest realizowany w Szpitalu,
   5) współpraca z poszczególnymi oddziałami i pracownikami zakładów diagnostycznych Szpitala,
   6) prowadzenie dokumentacji medycznej, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa,
   7) znajomość i realizacja przez personel Polityki Jakości, norm Systemu Zarządzania Jakością ISO oraz norm związanych z Akredytacją Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia,
   8) realizacja innych zadań zleconych przez Dyrektora lub jego Zastępców.

4. **Apteka** do zadań której należy :
   1) organizowanie zaopatrzenia Szpitala w produkty lecznicze i wyroby medyczne oraz wydawanie produktów leczniczych i wyrobów medycznych z Apteki Szpitalnej,
   2) sporządzanie leków recepturowych i leków aptecznych,
   3) udział w monitorowaniu działań niepożądanych leków,
   4) udział w racjonalizacji farmakoterapii,
   5) prawidłowe gospodarowanie zapasami produktów leczniczych i wyrobów medycznych znajdującymi się w Aptece Szpitalnej,
   6) współuczestniczenie w prowadzeniu gospodarki produktami leczniczymi i wyrobami medycznymi w komórkach organizacyjnych Szpitalach,
   7) udzielanie informacji o produktach leczniczych i wyrobach medycznych,
   8) pozyskiwanie darowizn produktów leczniczych i wyrobów medycznych i ich ewidencjonowanie,
   9) wnioskowanie o zakupy oraz określenie produktów leczniczych i wyrobów medycznych w oparciu o aktualny receptariusz szpitalny oraz zarządzenia Dyrektora,
   10) prowadzenie praktyk zawodowych studentów i techników farmacji,
   11) ustalanie procedur wydawania produktów leczniczych lub wyrobów medycznych do komórek organizacyjnych,
   12) sprawdzanie i potwierdzanie faktur pod względem zgodności z przepisami pzp,
   13) kontrola użytkowa stanu technicznego oraz zgłaszanie do przeglądu urządzeń biurowych będących na wyposażeniu działu,
   14) gromadzenie oraz prowadzenie dokumentacji związanej z funkcjonowaniem apteki wg obowiązujących przepisów,
   15) znajomość i realizacja przez personel Polityki Jakości, norm Systemu Zarządzania Jakością ISO oraz norm związanych z Akredytacją Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia,
   16) realizacja innych zadań zleconych przez Dyrektora lub jego Zastępców.

5. **Pracownia Cytostatyków**, która jest przyporządkowana Aptece Szpitalnej, a zlokalizowana w Szpitalu przy ul. Toruńskiej do zadań której należy:

   1) organizowanie zaopatrzenia Oddziału Onkologii Klinicznej i Poradni Chemioterapii w leki cytostatyczne,
   2) udział w monitorowaniu działań niepożądanych cytostatyków,
   3) udział w racjonalizacji farmakoterapii,
   4) prawidłowe gospodarowanie zapasami cytostatyków,
   5) współuczestniczenie w prowadzeniu gospodarki cytostatykami w Oddziale Onkologii Klinicznej i Poradni Chemioterapii,
   6) udzielanie informacji o cytostatykach,
   7) pozyskiwanie darowizn cytostatyków i ich ewidencjonowanie,
   8) wnioskowanie pod kierownictwem Apteki Szpitala o zakupy cytostatyków dla Oddziału Onkologii Klinicznej i Poradni Chemioterapii oraz określanie cytostatyków dla w/w komórek organizacyjnych w oparciu o aktualny Receptariusz i Zarządzenia Dyrektora,
   9) prowadzenie praktyk zawodowych studentów i techników farmacji,
   10) ustalanie procedur wydawania cytostatyków do Oddziału Onkologii Klinicznej i Poradni Chemioterapii,
   11) sprawdzanie i potwierdzanie faktur pod względem zgodności z przepisami prawa zamówień publicznych,
   12) gromadzenie oraz prowadzenie dokumentacji związanej z funkcjonowaniem apteki wg obowiązujących przepisów
   13) kontrola użytkowa stanu technicznego oraz zgłaszanie do przeglądu urządzeń biurowych będących na wyposażeniu,

14) znajomość i realizacja przez personel Polityki Jakości, norm Systemu Zarządzania Jakością ISO oraz norm związanych z Akredytacją Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia,
15) realizacja innych zadań zleconych przez Dyrektora lub jego Zastępców.

6. **Zespół Poradni Specjalistycznych** do zadań którego należy:

1) w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej:
   a) objęcie diagnostyką i leczeniem pacjentów zgłaszających się do poradni,
   b) poradnictwo i lecznictwo żywieniowe dorosłych i dzieci,
   c) współpraca z oddziałami szpitalnymi w zakresie hospitalizacji,
   d) współpraca z działami, zakładami i pracowniami Szpitala w zakresie niezbędnym do prawidłowego funkcjonowania poradni,
   e) orzekanie o stanie zdrowia pacjenta i czasowej niezdolności do pracy,
   f) prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami z uwzględnieniem specyfiki poradni,
   g) znajomość i realizacja przez personel Polityki Jakości, norm Systemu Zarządzania Jakością ISO oraz norm związanych z Akredytacją Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia,
   h) realizacja innych zadań zleconych przez Dyrektora lub jego Zastępców.
2) w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej:
   a) objęcie diagnostyką i leczeniem pacjentów zgłaszających się w godzinach zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych w tym zakresie,
   b) współpraca ze Szpitalnym Oddziałem Ratunkowym w zakresie przekazywania pacjentów zakwalifikowanych do leczenia szpitalnego
   c) prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami z uwzględnieniem specyfiki poradni,
   d) znajomość i realizacja przez personel Polityki Jakości, norm Systemu Zarządzania Jakością ISO oraz norm związanych z Akredytacją Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia,
   e) realizacja innych zadań zleconych przez Dyrektora lub jego Zastępców.

7. **Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej** do zadań którego należy:
1) wykonywanie badań diagnostycznych i analitycznych pacjentom hospitalizowanym w Szpitalu oraz osobom ze skierowaniem lub bez skierowania za odpłatnością,
2) współpraca z komórkami organizacyjnymi Szpitala w zakresie niezbędnym do prawidłowego funkcjonowania Zakładu,
3) prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z ogólnie przyjętymi zasadami,
4) prowadzenie Pracowni Immunologii Transfuzjologicznej z Bankiem Krwi,
5) prowadzenie i nadzór nad magazynem materiałów i odczynników diagnostycznych,
6) tworzenie planu zakupów materiałów i odczynników diagnostycznych oraz wnioskowanie o ich zakup,
7) prawidłowe gospodarowanie zapasami w zakresie materiałów i odczynników diagnostycznych,
8) znajomość i realizacja przez personel Polityki Jakości, norm Systemu Zarządzania Jakością ISO oraz norm związanych z Akredytacją Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia,
9) realizacja innych zadań zleconych przez Dyrektora lub jego Zastępców.

8. **Zakład Mikrobiologii Klinicznej** do zadań którego należy :
1) wykonywanie badań mikrobiologicznych oraz bakteriologicznych pacjentom hospitalizowanym w Szpitalu, oraz osobom ze skierowaniem lub bez skierowania za odpłatnością,

2) współpraca z komórkami organizacyjnymi Szpitala w zakresie niezbędnym do prawidłowego funkcjonowania Zakładu,
3) prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z ogólnie przyjętymi zasadami,
4) prowadzenie i nadzór nad magazynem materiałów i odczynników diagnostycznych,
5) tworzenie planu zakupów materiałów i odczynników diagnostycznych oraz wnioskowanie o ich zakup,
6) prawidłowe gospodarowanie zapasami w zakresie materiałów i odczynników diagnostycznych,
7) znajomość i realizacja przez personel Polityki Jakości, norm Systemu Zarządzania Jakością ISO oraz norm związanych z Akredytacją Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia,
8) realizacja innych zadań zleconych przez Dyrektora lub jego Zastępców.

9. **Zakład Diagnostyki Obrazowej i Radiologii Interwencyjnej** do zadań którego należy:
   1) planowanie wykonywanie i organizowanie badań diagnostycznych obrazowych na podstawie otrzymanych zleceń-skierowań oraz podpisanych umów,
   2) ustalanie metod i technik badań obrazowych po uprzednim dokładnym zapoznaniu się ze stanem zdrowia chorego,
   3) zapewnienie obsługi Pracowni Rentgenodiagnostycznej w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym,
   4) przeprowadzanie badań przyłóżkowych w Oddziałach Szpitalnych w przypadkach ciężkiego stanu zdrowia chorych hospitalizowanych,
   5) opracowywanie wyników przeprowadzonych badań obrazowych,
   6) udział w zabiegach chirurgicznych i sekcjach zwłok pacjentów diagnozowanych w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej,
   7) udział w konsultacyjnym omawianiu stanów chorobowych z lekarzami leczącymi chorych,
   8) realizowanie zadań określonych odrębnymi przepisami w zakresie ochrony przed promieniowaniem, bhp i p. poż.,
   9) współpraca z kierownikami Oddziałów Szpitalnych oraz lekarzami jednostek kierujących w zakresie przeprowadzanych badań,
   10) prowadzenie obowiązującej dokumentacji medycznej i sprawozdawczości,
   11) prowadzenie archiwum dokumentacji Zakładu Diagnostyki Obrazowej,
   12) prowadzenie szkoleń dla personelu medycznego Zakładu oraz organizowanie spotkań dotyczących problematyki badań radiologicznych,
   13) znajomość i realizacja przez personel Polityki Jakości, norm Systemu Zarządzania Jakością ISO oraz norm związanych z Akredytacją Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia,
   14) realizacja innych zadań zleconych przez Dyrektora lub jego Zastępców.

10. **Zakład Patomorfologii** do zadań którego należy :
    1) wykonywanie badań histopatologicznych i diagnostycznych,
    2) przeprowadzanie sekcji anatopatologicznych,
    3) ocena histopatologiczna płynów i wydzielin ustrojowych na komórki nowotworowe oraz badania histopatologiczne materiału pobranego w czasie biopsji aspiracyjnej cienkoigłowej,
    4) prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami,
    5) prowadzenie i nadzór nad magazynem materiałów i odczynników diagnostycznych,
    6) tworzenie planu zakupów materiałów i odczynników diagnostycznych oraz wnioskowanie o ich zakup,
    7) prawidłowe gospodarowanie zapasami w zakresie materiałów i odczynników diagnostycznych,

8) znajomość i realizacja przez personel Polityki Jakości, norm Systemu Zarządzania Jakością ISO oraz norm związanych z Akredytacją Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia,
9) realizacja innych zadań zleconych przez Dyrektora lub jego Zastępców.

11. **Zakład Leczniczego Usprawniania** do zadań którego należy:

1) Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie fizykoterapii, tj.:
a) ultradźwięki,
b) elektroterapia,
c) laseroterapia,
d) magnetoterapia,
e) krioterapia miejscowa,
f) hydroterapia,
g) terapia polem magnetycznym wielkiej częstotliwości.

2) Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie kinezyterapii, tj.;
a) ćwiczenia bierne i czynno-bierne,
b) ćwiczenia czynne,
c) ćwiczenia oporowe,
d) ćwiczenia w odciążeniu,
e) ćwiczenia korekcyjne.

3) znajomość i realizacja przez personel Polityki Jakości, norm Systemu Zarządzania Jakością ISO oraz norm związanych z Akredytacją Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia,
4) realizacja innych zadań zleconych przez Dyrektora lub jego Zastępców.

12. **Zespół ratownictwa medycznego specjalistyczny**, do zadań których należy:
1) podejmowanie medycznych czynności ratunkowych w warunkach poza szpitalnych w celu ratowania osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowia i życia.
2) skład osobowy: co najmniej trzy osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym lekarz systemu oraz pielęgniarka systemu lub ratownik medyczny,
3) znajomość i realizacja przez personel Polityki Jakości, norm Systemu Zarządzania Jakością ISO oraz norm związanych z Akredytacją Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia,
4) realizacja innych zadań zleconych przez Dyrektora lub jego Zastępców.

13. **Zespoły ratownictwa medycznego podstawowe** do zadań których należy:
1) podejmowanie medycznych czynności ratunkowych w warunkach poza szpitalnych w celu ratowania osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowia i życia.
2) skład osobowy: co najmniej dwie osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym pielęgniarka systemu lub ratownik medyczny,
3) znajomość i realizacja przez personel Polityki Jakości, norm Systemu Zarządzania Jakością ISO oraz norm związanych z Akredytacją Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia,
4) realizacja innych zadań zleconych przez Dyrektora lub jego Zastępców.

14. **Zespoły transportu sanitarnego** do zadań których należy:

1) realizowanie świadczeń transportu sanitarnego na podstawie zawartych umów.

2) skład osobowy: ratownik lub sanitariusz i/lub ratownik-kierowca lub sanitariusz-kierowca,
3) znajomość i realizacja przez personel Polityki Jakości, norm Systemu Zarządzania Jakością ISO oraz norm związanych z Akredytacją Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia,
4) realizacja innych zadań zleconych przez Dyrektora lub jego Zastępców.

15. **Wyjazdowy zespół sanitarny typu N,** do zadań którego należy:

1) transport noworodków, na podstawie zawartej w tym zakresie umowy.
2) skład osobowy: ratownik med.-kierowca lub sanitariusz-kierowca oraz ratownik medyczny lub sanitariusz. Zabezpieczenie lekarza i pielęgniarki zapewnia podmiot, na rzecz którego transport jest wykonywany,
3) znajomość i realizacja przez personel Polityki Jakości, norm Systemu Zarządzania Jakością ISO oraz norm związanych z Akredytacją Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia,
4) realizacja innych zadań zleconych przez Dyrektora lub jego Zastępców.

16. Podstacje Pogotowia Ratunkowego

Podstacje są miejscem wyczekiwania zespołów ratownictwa medycznego, do których zadań należy udzielanie świadczeń zdrowotnych, w ramach systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego poprzez podejmowanie medycznych czynności ratunkowych w warunkach poza szpitalnych, w zakresie przynależnego im rejonu działania lub rejonu operacyjnego.

17. **Dział Higieny i Epidemiologii,** do zadań którego należy zarządzanie ryzykiem zakażenia oraz bezpieczeństwo epidemiologiczne środowiska szpitalnego dla pacjenta i personelu:
    1) ZADANIA KLUCZOWE:
        a) systematyczna aktualizacja wewnętrznych uregulowań wg obowiązujących przepisów prawnych dot. obszarów higieny i epidemiologii w środowisku szpitalnym
        b) ocena ryzyka wystąpienia zakażenia związanego z wykonywaniem świadczeń zdrowotnych
        c) nadzór nad przestrzeganiem procedur i standardów zapewniających ochronę i bezpieczeństwo personelu i pacjentów przed zakażeniami szpitalnymi
        d) szkolenie w zakresie zapobiegania i kontroli zakażeń szpitalnych
        e) organizacja i realizacja zadań z zakresu zapobiegania i kontroli zakażeń szpitalnych
        f) analiza występowania zakażeń szpitalnych
    2) ZADANIA SZCZEGÓŁOWE:
        a) tworzenie i nadzorowanie procedur, instrukcji, algorytmów i standardów w zakresach: ryzyka powstawania zakażeń szpitalnych, ochrony przed zakażeniami, zwalczania i rejestracji zakażeń szpitalnych
        b) systematyczna ocena sytuacji epidemiologicznej Szpitala
        c) rejestracja i analiza źródeł zakażeń szpitalnych
        d) ocena stanu higienicznego i realizowania procedur/standardów higienicznych/ epidemiologicznych w Szpitalu
        e) doradztwo w postępowania z pacjentem zakażonym lub szczególnie narażonym na zakażenia szpitalne w zakresie pielęgnacji, zasad i sposobu izolacji
        f) organizowanie prawidłowego przepływu informacji związanych z sytuacją epidemiologiczną Szpitala
        g) praca w Zespole Zakażeń Szpitalnych w zakresie:
            (1) kontroli zakażeń szpitalnych

(2) rejestracji zakażeń szpitalnych, patogenów alarmowych, zgłaszanych przez oddziały szpitalne
(3) sporządzania raportów rocznych o zakażeniach zakładowych i drobnoustrojach alarmowych i ich przekazywanie Dyrektorowi Szpitala, kierownikom oddziałów i Państwowemu Powiatowemu Inspektorowi Sanitarnemu

h) analizy zbiorcze raportów rocznych z ubiegłych lat dot. np. rejestrów zakażeń szpitalnych, czynników alarmowych, zużycia środków dezynfekcyjnych, antyseptyków, środków ochrony osobistej, zużycia antybiotyków w profilaktyce i terapii, i na tej podstawie tworzenie mapy epidemiologicznej Szpitala z podziałem na oddziały, częstość zakażeń, czynniki ryzyka i inne analizy
i) zgłaszanie istotnych spraw wynikających z oceny epidemiologicznej Szpitala do Komitetu Zakażeń Szpitalnych
j) ścisła współpraca z Zakładem Mikrobiologii Klinicznej
k) nadzorowanie procesów sterylizacji, dezynfekcji i dekontaminacji w zakresie:
(1) metod
(2) doboru i bezpieczeństwa stosowania środków chemicznych
(3) przebiegu procesów
l) rejestracja i analiza zużycia preparatów dezynfekcyjnych/ środków ochrony osobistej w komórkach organizacyjnych Szpitala ze szczególnym uwzględnieniem miejsc pobytu pacjenta
m) udział w przygotowywania wniosków na postępowania przetargowe związane m. in. z zakupem środków dezynfekcyjnych, antyseptyków i innych produktów, co do których niezbędne będą uzgodnienia dot. nadzoru sanitarno-higienicznego
n) ścisła współpraca z Działem Techniczno-Eksploatacyjnym w zakresie:
(1) monitorowania jakości wody
(2) wymagań jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia, w których prowadzona jest działalność lecznicza
(3) realizowania zaleceń pokontrolnych Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego
o) ścisła współpraca z Państwową Stacją Sanitarno-Epidemiologiczną:
(1) udział w kontrolach
(2) nadzór nad wykonywaniem zaleceń pokontrolnych
(3) sporządzanie obowiązujących sprawozdań do celów sanitarno-epidemiologicznych
p) organizowanie szkoleń z zakresu higieny szpitalnej, profilaktyki zakażeń szpitalnych i kontroli zakażeń,
q) sporządzanie i wdrażanie Planu Oświaty Zdrowotnej oraz opracowywanie i dystrybucja ulotek informacyjnych,
r) prowadzenie i nadzór nad promocją zdrowia i edukacją zdrowotną poprzez prowadzenie programów profilaktycznych,
s) tworzenie corocznych sprawozdań z działalności Szpitala w zakresie promocji zdrowia i realizacji wskaźników wynikających z przynależności do Sieci Szpitali Promujących Zdrowie,
t) uczestniczenie w kontrolach Stacji Sanitarno – Epidemiologicznej w zakresie oświaty zdrowotnej,
u) sporządzanie wykazu wykorzystanej immunoglobuliny do RCKiK,
v) przygotowywanie materiałów dla komisji przetargowych organizujących
w) postępowania w zakresie zakupu usług prania, sprzątania i żywienia,
x) nadzór nad realizacją usług realizowanych przez firmy zewnętrzne: prania bielizny szpitalnej, sprzątania i żywienia,
y) **nadzór nad dietetykami do zadań których należy**:
1) nadzór i kontrola posiłków w zakresie ich kaloryczności i wartości odżywczej (ocena jadłospisów dekadowych pod względem ich kaloryczności i wartości

odżywczej oraz doboru odpowiednich produktów do rodzaju diety). Prowadzenie dokumentacji potwierdzającej kontrolę i weryfikację jadłospisów sporządzanych przez firmę zewnętrzną pod względem kaloryczności i wartości odżywczej posiłków,

2) monitorowanie i kontrola prawidłowego przebiegu procesu produkcyjnego i przechowywania produktów żywnościowych. (porcjowanie posiłków, waga porcji, czystość naczyń, temperatura posiłków). Czuwanie nad jakością posiłków. Kontrola produktów i surowców stosowanych przez wykonawcę usługi żywienia do sporządzania posiłków,
3) kontrola zaplecza kuchennego, naczyń stołowych, kuchennych i wózków transportowych,
4) kontrola prawidłowości przebiegu procesu wydawania posiłków na oddziałach (estetyka, higiena zastawy stołowej, wózków oraz osób rozdających posiłki),
5) wyrywkowa ocena jakości wyrobu gotowego poprzez pobranie próbki posiłku u Wykonawcy,
6) wyrywkowa ocena sensoryczna wydawanych dań,
7) kontrola temperatury posiłków obiadowych oraz innych dań gorących dostarczanych do łóżka pacjenta,
8) przyjmowanie od chorych uwag dotyczących żywienia,
9) przeprowadzanie ankiet satysfakcji pacjenta z żywienia szpitalnego,
10) kontrola środków transportu do przewozu posiłków pod względem czystości,
11) kontrola utrzymania w czystości wind wyłącznie przeznaczonych do wożenia posiłków wraz z przynależnymi do nich pomieszczeniami,
12) sprawdzanie czy stosowane są zasady GMP/GHP i system HACCP, który podnosi standardy higieniczne zakładów oraz zapewnia bezpieczeństwo produkowanych posiłków.

z) znajomość i realizacja Polityki Jakości, norm Systemu Zarządzania Jakością ISO oraz norm związanych z Akredytacją Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia,
aa) realizacja innych zadań zleconych przez Dyrektora Szpitala lub jego Zastępców.

18. **Dział Statystyki i Dokumentacji i Medycznej** do zadań którego należy:

1) W ramach sekcji Statystyki:

a) sporządzanie bieżących zestawień dotyczących świadczeń zdrowotnych udzielanych we wszystkich komórkach organizacyjnych Szpitala
b) sprawowanie nadzoru nad działalnością i terminowością prac statystyczno – sprawozdawczych w komórkach organizacyjnych Szpitala
c) przygotowywanie zestawień analitycznych dotyczących różnych okresów realizacji świadczeń (w razie potrzeby: dotyczących okresów miesięcznych, kwartalnych, półrocznych, rocznych i wieloletnich) wraz z sporządzeniem rocznego biuletynu informacyjnego na temat działalności Szpitala
d) sporządzanie bazy danych programu „Karta Statystyczna”,
e) sporządzanie zestawień dotyczących list oczekujących i terminowe ich przekazywania do NFZ,
f) administrowanie systemu KOLCE,
g) sporządzanie zestawień dotyczących pierwszych wolnych terminów hospitalizacji i terminowe ich przekazywania do NFZ,
h) przekazywanie do właściwych organów zgłoszeń pacjentów przyjętych do Szpitala na choroby nowotworowe,
i) sporządzanie sprawozdań do urzędów centralnych i samorządowych wynikających z przepisów prawa,

j) szkolenie personelu medycznego i pracowników sekretariatów dotyczące zasad prowadzenia sprawozdawczości statystycznej
k) przekazywanie sprawozdań uprawnionym organom w związku z bieżącą sytuacją: np. dla policji, sanepidu, UW,
l) prowadzenie sprawozdawczości sprzętowej - ewidencjonowanie badań wykonywanych w Szpitalu i przekazywanie sprawozdań w tym zakresie do podmiotu tworzącego Szpital lub innych podmiotów
m) znajomość i realizacja przez personel Polityki Jakości, norm Systemu Zarządzania Jakością ISO oraz norm związanych z Akredytacją Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia,
n) realizacja innych zadań zleconych przez Dyrektora lub jego Zastępców.

2) W ramach sekcji Dokumentacji Medycznej:
a) prowadzenie księgi głównej chorych i innej dokumentacji związanej z pobytem chorego w Szpitalu, zgodnie z obowiązującymi przepisami
b) gromadzenie i wydawanie dokumentacji dotyczącej chorych
c) sporządzanie kserokopii dokumentacji medycznej dla pacjentów lub innych osób uprawnionych oraz, w przypadku oddzielnego upoważnienia, potwierdzanie tych kserokopii „za zgodność z oryginałem"
d) przechowywanie bieżącej dokumentacji medycznej pacjentów zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa,
e) prowadzenie rejestru zgonów w szpitalu
f) prowadzenie korespondencji z organami samorządowymi związanej z nadawaniem pacjentom nieubezpieczonym uprawnień do świadczeń finansowanych ze środków publicznych,
g) prowadzenie korespondencji i wydawanie dokumentacji medycznej uprawnionym organom, w szczególności dla: NFZ, policji, prokuratury, ZUS, sądów, firm ubezpieczeniowych. W przypadku pisemnego upoważnienia – potwierdzanie powyższych dokumentów „za zgodność z oryginałem".
h) sporządzanie kserokopii dokumentacji medycznej dla Działu Prawnego i Działu Organizacyjnego w związku z prowadzonymi postępowaniami sądowymi, likwidacyjnymi lub przed Komisjami Wojewódzkimi ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych. W przypadku pisemnego upoważnienia – potwierdzanie powyższych dokumentów „za zgodność z oryginałem",
i) znajomość i realizacja przez personel Polityki Jakości, norm Systemu Zarządzania Jakością ISO oraz norm związanych z Akredytacją Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia,
j) realizacja innych zadań zleconych przez Dyrektora lub jego Zastępców.

3) W ramach sekcji Archiwalnej:
a) przechowywanie i zabezpieczenie dokumentacji medycznej i administracyjnej,
b) prowadzenie ewidencji posiadanej dokumentacji,
c) udostępnianie dokumentacji,
d) brakowanie dokumentacji niearchiwalnej oraz przekazywanie materiałów archiwalnych do archiwum państwowego,
e) sporządzanie instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwum zakładowego oraz rzeczowego wykazu akt
f) znajomość i realizacja przez personel Polityki Jakości, norm Systemu Zarządzania Jakością ISO oraz norm związanych z Akredytacją Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia,
g) realizacja innych zadań zleconych przez Dyrektora lub jego Zastępców.

19. **Koordynator ds. Leczenia Pacjentów Onkologicznych**, do zadań którego należy:

1) ustalanie pacjentom z kartą DILO terminu wizyty w poradni specjalistycznej lub daty przyjęcia na oddział,
2) prowadzenie list pacjentów z kartą DILO oczekujących na przyjęcie do poradni lub na oddział szpitalny,
3) ustalanie pacjentom terminów badań zleconych w trakcie diagnostyki wstępnej i pogłębionej w poradniach specjalistycznych,
4) koordynowanie organizacji spotkań zespołu terapeutycznego,
5) przygotowywanie dokumentacji medycznej na „Konsylium",
6) udział w spotkaniu zespołu terapeutycznego,
7) udzielanie pacjentom informacji o organizacji procesu leczenia onkologicznego,
8) koordynowanie planu leczenia ustalonego przez „Konsylium",
9) udzielanie instruktażu w zakresie obsługi aplikacji DILO,
10) przygotowywanie miesięcznych sprawozdań z realizacji umów w zakresie funkcjonowania „Konsylium",
11) uczestniczenie w procesie występowania do NFZ z wnioskami w zakresie modyfikacji funkcjonowania systemu leczenia onkologicznego,
12) kontrola użytkowa stanu technicznego oraz zgłaszanie do przeglądu użytkowanych urządzeń biurowych,
13) znajomość i realizacja Polityki Jakości, norm Systemu Zarządzania Jakością ISO oraz norm związanych z Akredytacją Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia,
14) realizacja innych zadań zleconych przez Dyrektora Szpitala lub jego Zastępców.

20. **Koordynator ds. Okołooperacyjnej Karty Kontrolnej**, którym jest operator każdego zespołu operacyjnego, do zadań którego należy:

1) nadzór prawidłowym wypełnieniem Okołooperacyjnej Karty Kontrolnej,
2) kierowanie pracą zespołu operacyjnego,
3) określanie wraz z lekarzem anestezjologiem uczestniczącym w zabiegu operacyjnym problemów związanych z przebiegiem pooperacyjnym,
4) wypisywanie zaleceń pooperacyjnych,
5) weryfikacja zapisów Okołooperacyjnej Karty Kontrolnej i złożenie podpisu celem ich akceptacji,
6) znajomość i realizacja Polityki Jakości, norm Systemu Zarządzania Jakością ISO oraz norm związanych z Akredytacją Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia,
7) realizacja innych zadań zleconych przez Dyrektora Szpitala lub jego Zastępców.

21. **Inspektor Ochrony Radiologicznej**, do zadań którego należy:

1) nadzór nad stanem ochrony przez promieniowaniem jonizującym w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej (ZDO) i w innych komórkach organizacyjnych, w których występują źródła promieniowania jonizującego,
2) sprawowanie nadzoru i kontroli w zakresie wyposażenia ZDO i innych komórek organizacyjnych, w których występują źródła promieniowania jonizującego w wymaganą dokumentację:
   - plan sytuacyjny wraz z opisem osłon stałych, zatwierdzony przez właściwego państwowego wojewódzkiego inspektora sanitarnego przy wydawaniu zezwolenia na jej uruchomienie,
   - dokumentacje techniczną dot. budowy, działania, montażu, naprawy i obsługi aparatów RTG oraz urządzeń sygnalizacyjnych i blokujących,
   - dokumentację dot. aparatury dozymetrycznej,

- protokoły pokontrolne Państwowej Inspekcji Sanitarnej oraz protokoły pomiarów dozymetrycznych wykonywanych przez Inspektora Ochrony Radiologicznej,
- instrukcje pracy ze wskazaniem źródeł promieniowania jonizującego,
- zbiór przepisów prawnych dot. zasad stosowania źródeł promieniowania jonizującego,
- ewidencję osób i dawek otrzymywanych przez pracowników, zgodnie z obowiązującymi przepisami,

3) sprawdzanie wyposażenia i stosowania przez pracowników właściwej odzieży ochronnej i środków ochrony indywidualnej przed promieniowaniem jonizującym oraz sprzętu dozymetrycznego,
4) kontrola osób zatrudnionych przy źródłach promieniowania jonizującego pod kątem znajomości przepisów z zakresu ochrony radiologicznej, niezbędnych umiejętności, przeciwwskazań do pracy w warunkach narażenia na promieniowanie,
5) opracowywanie w uzgodnieniu z Kierownikiem ZDO i kierownikami pozostałych komórek organizacyjnych stosujących źródła promieniowania jonizującego planu szkoleń w zakresie BHP przy obsłudze urządzeń, zgodnie z wymogami przepisów oraz przeprowadzanie przeszkolenia osób na stanowiskach pracy w zakresie bezpieczeństwa wykonywania pracy przy stosowaniu promieniowania jonizującego,
6) sprawowanie kontroli nad legalizacją sprzętu dozymetrycznego,
7) przeprowadzanie kontroli dawek indywidualnych napromieniowania otrzymanych przez osoby oraz wyników pomiarów w środowisku pracy, dokonywanie oceny zgodnie z obowiązującymi przepisami i informowanie Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa o przypadkach przekroczeń dawek granicznych,
8) zapewnienie informacji o postępowaniu medycznym wobec osób napromieniowanych,
9) informowanie organów państwowego dozoru bezpieczeństwa jądrowego i ochrony radiologicznej oraz wojewódzkiego inspektora sanitarnego o wynikach pomiarów dozymetrycznych, w przypadku ich przekroczenia,
10) prowadzenie ewidencji stanu i ruchu źródeł promieniowania jonizującego oraz wykazu osób przy nich zatrudnionych przy współpracy z Inspektorem ds. BHP,
11) przeprowadzanie przeglądów stanu ochrony przed promieniowaniem jonizującym w ZDO i pozostałych komórkach organizacyjnych w których występują źródła promieniowania jonizującego,
12) sporządzanie protokołów z przeprowadzonych przeglądów i kontroli stanu kontroli stanu ochrony przed promieniowaniem oraz przekazywanie Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa wniosków pokontrolnych dotyczących likwidacji stwierdzonych nieprawidłowości w tym zakresie,
13) prowadzenie wyjaśnień w sprawie przyczyn przekroczenia największych dopuszczalnych dawek promieniowania,
14) przeprowadzanie szczegółowych kontroli w zakresie przestrzegania przez pracowników zasad ochrony przed zbędnym napromieniowaniem w szczególności:
    - zakazu przebywania w pomieszczeniach, w których pracują aparaty RTG, osób nie związanych z badaniem,
    - zakazu uczestniczenia pracownic w ciąży i osób, które nie ukończyły 18 lat w pracach związanych ze źródłami promieniowania jonizującego,
15) kontrola sposobu zabezpieczania chorych w zakresie ochrony radiologicznej, zgodnie z instrukcją pracy ze źródłami promieniowania jonizującego,
16) uczestnictwo w obowiązujących szkoleniach osób odpowiedzialnych za stan ochrony przed promieniowaniem jonizującym i przestrzeganie terminów ważności wydawanych zaświadczeń w tym zakresie zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa,

17) współpraca z lekarzem sprawującym profilaktyczną opiekę zdrowotną nad pracownikami oraz inspektorem ds. BHP w zakresie ochrony pracowników przed promieniowaniem jonizującym,
18) wnioskowanie do Działu Zamówień Publicznych o wszczęcie postępowania przetargowego lub innego postępowania w trybie przewidzianym Regulaminem Zamówień Publicznych,
19) znajomość i realizacja Polityki Jakości, norm Systemu Zarządzania Jakością ISO oraz norm związanych z Akredytacją Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia,
20) kontrola użytkowa stanu technicznego oraz zgłaszanie do przeglądu użytkowanych urządzeń biurowych,
21) realizacja innych zadań zleconych przez Dyrektora Szpitala lub jego Zastępców.

22. **Pełnomocnik ds. Praw Pacjenta**, do którego zadań należy:

1) poprawa przestrzegania praw pacjenta oraz jakości usług w Szpitalu poprzez następujące działania:
2) prowadzenie postępowań wyjaśniających w przypadku skarg pacjentów na jakość usług medycznych,
3) monitorowanie przestrzegania praw pacjenta na terenie Szpitala,
4) pomoc pacjentom w przypadku naruszenia ich praw,
5) pomoc rodzinom pacjentów w realizacji praw im przysługujących,
6) dokonywanie wpisów w rejestrze skarg w sekretariacie Dyrektora Szpitala o przyjętej skardze pacjenta na jakość usług medycznych,
7) kontrola użytkowa stanu technicznego oraz zgłaszanie do przeglądu użytkowanych urządzeń biurowych,
8) znajomość i realizacja Polityki Jakości, norm Systemu Zarządzania Jakością ISO oraz norm związanych z Akredytacją Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia,
9) wnioskowanie do Działu Zamówień Publicznych o wszczęcie postępowania przetargowego lub innego postępowania w trybie przewidzianym Regulaminem Zamówień Publicznych,
10) realizacja innych zadań zleconych przez Dyrektora Szpitala lub jego Zastępców.

§ 22

Do zasadniczych obowiązków komórek podległych Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa należy wykonywanie świadczeń zdrowotnych i usług medycznych zgodnie z wiedzą i sztuką medyczną, przy wykorzystaniu najnowszych osiągnięć technicznych i zachowaniu najwyższej staranności, mając na względzie najwyższe dobro jakim jest życie i zdrowie pacjenta oraz jego prawa.

§ 23

Pion Naczelnej Pielęgniarki tworzą:

1. **Zastępca Naczelnej Pielęgniarki,** który podlega bezpośrednio Naczelnej Pielęgniarce Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. Ludwika Perzyny w Kaliszu.
   1) Zastępcy Naczelnej Pielęgniarki podlegają bezpośrednio pielęgniarki i położne oddziałowe i koordynujące, pośrednio pozostałe pielęgniarki i położne oraz opiekunowie medyczni, technicy elektroradiologii, sekretarki medyczne, sanitariusze i pomoce w sterylizacji.
   2) W czasie nieobecności Zastępcy Naczelnej Pielęgniarki wszelkie jej zadania i uprawnienia stanowią kompetencje Naczelnej Pielęgniarki.
   3) Zastępca Naczelnej Pielęgniarki jest odpowiedzialny za organizowanie i realizację kompleksowych świadczeń pielęgniarskich i położniczych w szpitalu na optymalnym

poziomie ilościowym i jakościowym, a także sprawuje bezpośredni nadzór nad organizacją pracy pielęgniarek i położnych oraz innego podległego personelu medycznego.

4) Do zadań Zastępcy Naczelnej Pielęgniarki należy:
   a) zapewnienie ciągłości świadczeń pielęgniarskich i położniczych oraz świadczeń innego podległego personelu medycznego w zakresie opieki nad pacjentami,
   b) bezpośredni nadzór nad organizacją pracy pielęgniarek i położnych oddziałowych i koordynujących oraz innego podległego personelu medycznego,
   c) wnioskowanie i opiniowanie Naczelnej Pielęgniarce w sprawach dotyczących zatrudnienia i zwalniania , awansowania, nagradzania i karania, a także w innych kwestiach dotyczących podległego personelu,
   d) planowanie i tworzenie warunków organizacyjno-technicznych do wykonywania zadań w oddziałach i innych podległych komórkach organizacyjnych, uczestnictwo w doborze sprzętu i środków oraz monitorowanie i nadzorowanie ich zużycia,
   e) ustalanie zakresów obowiązków, odpowiedzialności i uprawnień podległego personelu,
   f) współpraca z przedstawicielami Dyrekcji oraz Kierownikami oddziałów szpitalnych,
   g) wdrażanie dokumentacji podległego personelu medycznego oraz nadzór nad jej prawidłowym prowadzeniem,
   h) wdrażanie i ewaluacja standardów opieki pielęgniarskiej i położniczej oraz podległego personelu medycznego, a także programów doskonalenia jakości opieki,
   i) organizacja i nadzór nad realizacją szkoleń dla podległego personelu,
   j) nadzór nad przebiegiem okresu adaptacji zawodowej nowo przyjmowanych pracowników,
   k) okresowa ocena podległego personelu,
   l) przyjmowanie i rozpatrywanie uwag i wniosków zgłaszanych przez podległy personel,
   m) nadzór nad przebiegiem staży w kształceniu podyplomowym pielęgniarek i położnych oraz innego podległego personelu medycznego,
   n) ustawiczne podnoszenie kwalifikacji zawodowych,
   o) bieżące monitorowanie stanu prawnego w zakresie wykonywanych obowiązków,
   p) kontrola użytkowa stanu technicznego oraz zgłaszanie do przeglądu użytkowanych urządzeń biurowych,
   q) znajomość i realizacja Polityki Jakości, norm Systemu Zarządzania Jakością ISO oraz norm związanych z Akredytacją Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia,
   r) realizacja innych zadań zleconych przez Dyrektora Szpitala lub jego Naczelną Pielęgniarkę.

2. **Pielęgniarki/położne oddziałowe i koordynujące**, do zadań których należą:
   1) zapewnienie kompleksowej całodobowej opieki pielęgniarskiej nad pacjentem, diagnozowanym i leczonym w oddziale,
   2) właściwe planowanie i organizowanie pracy podległego personelu,
   3) zapewnienie właściwego poziomu usług i nadzorowanie wykonywania zadań w zakresie sprawowanej opieki pielęgniarskiej,
   4) wdrażanie i nadzorowanie realizacji standardów zawodowych, procedur i algorytmów w pracy podległego personelu,
   5) dokonywanie bieżącej i okresowej kontroli pracy podległego personelu,
   6) okresowa ocena pracownika,

7) sporządzanie zamówień na: leki, materiały opatrunkowe, sprzęt jednorazowego użytku, materiały biurowe, sprzęt, narzędzia i aparaty niezbędnych do prawidłowego działania oddziału i realizacji zadań leczniczo-pielęgnacyjnych w porozumieniu z Kierownikiem oddziału,
8) nadzór nad sprawnym funkcjonowaniem aparatury oraz innych urządzeń będących na wyposażeniu oddziału,
9) nadzór nad prawidłowym żywieniem pacjentów,
10) nadzór nad zabezpieczeniem oddziału w pościel i bieliznę szpitalną,
11) nadzór nad stanem sanitarno-higienicznym, epidemiologicznym oraz technicznym w oddziale,
12) znajomość i realizacja Polityki Jakości, norm Systemu Zarządzania Jakością ISO oraz norm związanych z Akredytacją Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia,
13) realizacja innych zadań zleconych przez Dyrektora Szpitala lub Naczelną Pielęgniarkę.

Pielęgniarki/położne oddziałowe i koordynujące przy wykonywaniu świadczeń zdrowotnych w zakresie wskazanym w art. 11 ustawy z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej korzystają z ochrony przewidzianej dla funkcjonariuszy publicznych

3. **Zespoły pielęgniarek/położnych** w oddziałach szpitalnych, pracowniach, zakładach, poradniach specjalistycznych wykonujące świadczenia medyczne zgodnie z kompetencjami zawodowymi, do zadań których należą:
   1) prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z przepisami ustawy
   2) sprawowanie bezpośredniej opieki pielęgniarskiej nad pacjentami w oddziale, zgodnie z obowiązującymi standardami,
   3) ustalanie rozpoznania pielęgniarskiego w oparciu o wywiad zdrowotno-społeczny, obserwację stanu psychicznego oraz informacje uzyskane od pozostałych członków zespołu terapeutycznego,
   4) rozpoznanie problemów pielęgnacyjnych u pacjentów na podstawie obserwacji, wywiadu i rozmów z pacjentem, rodziną oraz informacji uzyskanych od innych członków zespołu terapeutycznego,
   5) ustalanie planu opieki pielęgnacyjnej z uwzględnieniem właściwego doboru metod pielęgnacji stosownie do stanu zdrowia, diagnozy pielęgniarskiej i lekarskiej, ustalonego postępowania leczniczo-rehabilitacyjnego oraz wieku pacjenta,
   6) realizowanie opieki pielęgniarskiej i założonego planu opieki pielęgnacyjnej oraz uczestniczenie w programie diagnostyczno-leczniczo-rehabilitacyjnym,
   7) współudział w ustalaniu diety, karmienie przez sondę, karmienie osób starszych i dorosłych wymagających pomocy w spożywaniu posiłków oraz dostarczenie odpowiedniej ilości płynów w zależności od stanu i potrzeb pacjenta,
   8) wykonywanie zgodnie z obowiązującymi zasadami, metodami i przepisami prawa oraz we właściwym czasie zleceń lekarskich i zabiegów pielęgniarskich,
   9) udzielanie pierwszej pomocy w nagłych przypadkach oraz stanach bezpośredniego zagrożenia życia chorego do momentu przybycia lekarza,
   10) czuwanie nad bezpieczeństwem pacjentów przebywających w oddziale,
   11) transport pacjentów na badania, zabiegi, konsultacje wynikające z programu leczenia,
   12) zapewnienie bezpieczeństwa pacjenta w trakcie jego transportu na badania, zabiegi i konsultacje na terenie Szpitala,
   13) respektowanie praw pacjenta,
   14) czynne uczestniczenie w obchodach lekarskich oraz przekazywanie obserwacji pielęgniarskich dotyczących stanu i zachowania się pacjentów,
   15) czynne uczestniczenie w raportach pielęgniarskich,

16) sporządzanie pisemnych raportów pielęgniarskich z poczynionych obserwacji o stanie i zachowaniu się pacjentów, szczególnie pacjentów w stanie zagrożenia życia oraz przekazywanie zaleceń do dalszej obserwacji i pielęgnacji,
17) utrzymanie w technicznej sprawności narzędzi, sprzętu i aparatury niezbędnej do udzielenia pierwszej pomocy i wykonywania czynności pielęgniarskich,
18) znajomość i realizacja Polityki Jakości, norm Systemu Zarządzania Jakością ISO oraz norm związanych z Akredytacją Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia,
19) realizacja innych zadań zleconych przez Dyrektora Szpitala lub Naczelną Pielęgniarkę.

Pielęgniarki i położne przy wykonywaniu świadczeń zdrowotnych w zakresie wskazanym w art. 11 ustawy z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej korzystają z ochrony przewidzianej dla funkcjonariuszy publicznych

4. **Opiekunowie medyczni,** podlegli bezpośrednio Pielęgniarce Oddziałowej oraz współpracuje z członkami zespołu terapeutycznego, do zadań których należą:
   1) sprawowanie pod nadzorem pielęgniarki bezpośredniej opieki nad pacjentem w oddziale, zgodnie z obowiązującymi standardami medycznymi,
   2) wykonywanie czynności higieniczno-pielęgnacyjnych u pacjenta,
   3) dokonywanie pomiarów podstawowych parametrów życiowych,
   4) pomoc w przygotowaniu pacjenta do badań diagnostycznych wykonywanych przez pielęgniarkę,
   5) asystowanie pielęgniarce podczas wykonywania zabiegów pielęgniarskich,
   6) asystowanie pielęgniarce w zastosowaniu przymusu bezpośredniego,
   7) transport pacjentów z zapewnieniem bezpieczeństwa na: badania, zabiegi i konsultacje wynikające z programu leczenia,
   8) niezwłoczne powiadamianie Pielęgniarki Oddziałowej o zaistniałych usterkach oraz awariach urządzeń, sprzętu
   9) znajomość i realizacja Polityki Jakości, norm Systemu Zarządzania Jakością ISO oraz norm związanych z Akredytacją Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia,
   10) realizacja innych zadań zleconych przez Dyrektora Szpitala lub Naczelną Pielęgniarkę.

5. **Kierownik Zespołu Techników Elektroradiologii**, do zadań którego należy:
   1) organizowanie i koordynowanie pracy techników elektroradiologii w Szpitalu,
   2) uzgadnianie dyspozycji wydawanych podległemu personelowi z Kierownikiem Zakładu Diagnostyki Obrazowej i Radiologii Interwencyjnej,
   3) ustalanie harmonogramów pracy podległego personelu oraz bieżące wyznaczanie zadań poszczególnym pracownikom na określonych stanowiskach pracy,
   4) zapewnienie bieżącego zaopatrzenia Zakładu Diagnostyki Obrazowej w materiały niezbędne dla prawidłowego funkcjonowania poszczególnych stanowisk pracy,
   5) nadzorowanie metodyki wykonywania badań przez techników elektroradiologii, w tym badań przyłóżkowych oraz nadzór nad techniczną jakością wykonywanych badań,
   6) nadzorowanie przeprowadzania przez techników elektroradiologii badań z zachowaniem warunków zabezpieczających należytą obsługę sprzętu, dokładność wykonywanych badań oraz bezpieczeństwo chorego i personelu,
   7) czuwanie nad utrzymaniem w stanie należytej użyteczności i bezpieczeństwa urządzeń, aparatury radiologicznej i diagnostycznej Zakładu Diagnostyki Obrazowej, Szpitalnego Oddziału ratunkowego i Pracowni Hemodynamiki oraz sprzętu laboratoryjnego i sprzętu administracyjno-gospodarczego Zakładu Diagnostyki Obrazowej oraz zgłaszanie zapotrzebowań w tym zakresie,

8) kontrola prawidłowości i racjonalnego gospodarowania substancjami trującymi i szkodliwymi materiałami światłoczułymi, chemikaliami, środkami kontrastującymi, materiałami do konserwacji aparatów zgodnie z obowiązującymi przepisami,
9) znajomość i realizacja Polityki Jakości, norm Systemu Zarządzania Jakością ISO oraz norm związanych z Akredytacją Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia,
10) realizacja innych zadań zleconych przez Dyrektora Szpitala lub Naczelną Pielęgniarkę.

6. **Zespół Techników Elektroradiologii w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej i Radiologii Interwencyjnej w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym i Pracowni Hemodynamiki**, do zadań których należą:
   1) wykonywanie badań radiologicznych w oparciu o ustalone metody lub wg wskazówek lekarza radiologa w systemie cyfrowym oraz przy użyciu aparatu przyłóżkowego,
   2) udział w wykonywaniu badań diagnostycznych zabiegów w Pracowni Hemodynamiki,
   3) znajomość i realizacja Polityki Jakości, norm Systemu Zarządzania Jakością ISO oraz norm związanych z Akredytacją Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia,
   4) realizacja innych zadań zleconych przez Dyrektora Szpitala lub jego Zastępców.

7. **Sekretarki medyczne:**

   1) Sekretarka medyczna w oddziale szpitalnym (podlega bezpośrednio pielęgniarce oddziałowej oraz kierownikowi oddziału), **do zadań której należy:**
      a) wykonywanie prac biurowych, statystycznych oraz administracyjno – gospodarczych pod nadzorem bezpośrednich przełożonych,
      b) prowadzenie w systemie informatycznym obowiązującym w Szpitalu Księgi Oczekujących na przyjęcie do Szpitala, zgodnie z obowiązującymi wytycznymi NFZ,
      c) prawidłowe przygotowywanie i prowadzenie dokumentacji medycznej w zakresie wskazanym przez bezpośrednich przełożonych,
      d) bieżące prowadzenie w systemie informatycznym obowiązującym w Szpitalu ruchu chorych oddziału / szpitala (przyjęcia, wypisy, przeniesienia),
      e) sporządzanie kart informacyjnych leczenia szpitalnego pacjenta pod nadzorem kierownika oddziału i lekarzy prowadzących leczenie w Oddziale,
      f) sporządzanie innych dokumentów związanych z leczeniem i wypisem pacjenta, wydawanych na zlecenie lekarza,
      g) sporządzanie planów, zestawień statystycznych, analiz i sprawozdań- zgodnie z obowiązującymi przepisami pod nadzorem bezpośrednich przełożonych,
      h) obsługa biurowa oddziału,
      i) bieżące przekazywanie prawidłowo przygotowanej dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami do archiwum szpitalnego,
      j) przygotowywanie zamówień na druki medyczne i nadzór nad bieżącym ich stanem w Oddziale,
      k) prowadzenie dokumentacji i rejestrowanie danych związanych ze sprawozdawczością i wykonaniem kontraktu w ramach umów z NFZ,
      l) niezwłoczne powiadamianie bezpośrednich przełożonych o uszkodzeniach i awariach urządzeń oraz sprzętu wykorzystywanych na stanowisku pracy i na ich zlecenie dopilnowanie terminowego wykonania napraw,
      m) znajomość i realizacja Polityki Jakości, norm Systemu Zarządzania Jakością ISO oraz norm związanych z Akredytacją Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia,
      n) realizacja innych zadań zleconych przez Dyrektora Szpitala lub Naczelną Pielęgniarkę.

2) **Sekretarka medyczna w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym** (podlega bezpośrednio pielęgniarce oddziałowej oraz kierownikowi oddziału), **do zadań której należy:**

a) wykonywanie prac biurowych, statystycznych oraz administracyjno – gospodarczych pod nadzorem bezpośrednich przełożonych,
b) prowadzenie w systemie informatycznym obowiązującym w Szpitalu Księgi Głównej Szpitala dla pacjentów przyjmowanych na oddziały szpitalne w trybie planowym i trybie nagłym,
c) prawidłowe przygotowywanie, prowadzenie i przechowywanie dokumentacji medycznej w zakresie wskazanym przez bezpośrednich przełożonych,
d) prawidłowe prowadzenie księgi przyjęć i odmów ambulatoryjnych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym,
e) sporządzanie innych dokumentów związanych z leczeniem i wypisem pacjenta, wydawanych na zlecenie lekarza,
f) przyjęcie do depozytu Szpitala rzeczy wartościowych pacjenta przyjętego do Szpitala zgodnie z obowiązującymi procedurami,
g) rejestrowanie i prowadzenie książki transportów medycznych pod nadzorem Pielęgniarki Oddziałowej,
h) obsługa radiostacji w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym, przyjmowanie informacji i przekazywanie zgodnie z treścią komunikatów,
i) sporządzanie planów, zestawień statystycznych, analiz i sprawozdań- zgodnie z obowiązującymi przepisami pod nadzorem bezpośrednich przełożonych,
j) obsługa biurowa oddziału,
k) bieżące przekazywanie prawidłowo przygotowanej dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami do archiwum szpitalnego,
l) przygotowywanie zamówień na druki medyczne i nadzór nad bieżącym ich stanem w Oddziale,
m) prowadzenie dokumentacji i rejestrowanie danych związanych ze sprawozdawczością i wykonaniem kontraktu w ramach umów z NFZ,
n) pobieranie opłat za wykonane badania zgodnie z obowiązującym zarządzeniem wewnętrznym Dyrektora Szpitala na podstawie wystawionych kwitów. Przekazywanie opłat wg przygotowanego dokumentu do Kasy Szpitala,
o) niezwłoczne powiadamianie bezpośrednich przełożonych o uszkodzeniach i awariach urządzeń oraz sprzętu wykorzystywanych na stanowisku pracy i na ich zlecenie dopilnowanie terminowego wykonania napraw,
p) znajomość i realizacja Polityki Jakości, norm Systemu Zarządzania Jakością ISO oraz norm związanych z Akredytacją Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia,
q) realizacja innych zadań zleconych przez Dyrektora Szpitala lub Naczelną Pielęgniarkę.

3) **Sekretarka medyczna na Bloku Operacyjnym** (podlega bezpośrednio pielęgniarce oddziałowej oraz Kierownikowi Bloku Operacyjnego), **do zadań której należy:**

a) wykonywanie prac biurowych, statystycznych oraz administracyjno – gospodarczych pod nadzorem bezpośrednich przełożonych,
b) przygotowywanie na podstawie otrzymanych zgłoszeń z oddziałów szpitalnych – planów zabiegów operacyjnych zatwierdzanych przez Kierownika Bloku Operacyjnego,
c) prawidłowe przygotowywanie i prowadzenie dokumentacji medycznej w zakresie wskazanym przez bezpośrednich przełożonych,

d) bieżące prowadzenie w systemie informatycznym obowiązującym w Szpitalu ruchu chorych oddziału / szpitala (przyjęcia, wypisy, przeniesienia) – w przypadku zastępstwa na oddziale zgodnie z harmonogramem zastępstwa,
e) sporządzanie kart informacyjnych leczenia szpitalnego pacjenta pod nadzorem kierownika oddziału i lekarzy prowadzących leczenie w Oddziale,
f) sporządzanie innych dokumentów związanych z leczeniem i wypisem pacjenta, wydawanych na zlecenie lekarza,
g) sporządzanie planów, zestawień statystycznych, analiz i sprawozdań - zgodnie z obowiązującymi przepisami pod nadzorem bezpośrednich przełożonych,
h) obsługa biurowa bloku operacyjnego,
i) bieżące przekazywanie prawidłowo przygotowanej dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami do archiwum szpitalnego,
j) przygotowywanie miesięcznych zestawień liczby zabiegów operacyjnych wykonanych w Bloku Operacyjnym,
k) przygotowywanie zamówień na druki medyczne i nadzór nad bieżącym ich stanem w Bloku Operacyjnym,
l) niezwłoczne powiadamianie bezpośrednich przełożonych o uszkodzeniach i awariach urządzeń oraz sprzętu wykorzystywanych na stanowisku pracy i na ich zlecenie dopilnowanie terminowego wykonania napraw,
m) znajomość i realizacja Polityki Jakości, norm Systemu Zarządzania Jakością ISO oraz norm związanych z Akredytacją Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia,
n) realizacja innych zadań zleconych przez Dyrektora Szpitala lub Naczelną Pielęgniarkę.

4) **Sekretarka medyczna w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej i Radiologii Interwencyjnej** (podlega bezpośrednio Kierownikowi Techników Elektroradiologii oraz Kierownikowi Zakładu Diagnostyki Obrazowej i Radiologii Interwencyjnej), **do zadań której należy:**

a) przyjmowanie skierowań na badania planowe i wykonywane w pracowniach diagnostycznych na dzień bieżący,
b) ocena skierowań pod kątem prawidłowego ich wypełnienia: data, imię i nazwisko, PESEL, jednostka kierująca, podpis lekarza kierującego i innych danych wymaganych przez NFZ lub regulowanych przepisami przez Szpital,
c) natychmiastowe informowanie lekarza lub kierownika zespołu techników o przyjęciu skierowania z adnotacją „ pilne”,
d) ustalanie terminów wszystkich badań wykonywanych w pracowniach diagnostycznych w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej i Radiologii Interwencyjnej,
e) przygotowywanie list pacjentów zarejestrowanych na badania do poszczególnych pracowni diagnostycznych w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej i Radiologii Interwencyjnej,
f) przygotowywanie wykazu pacjentów na karcie do ciemni (imię i nazwisko, kolejny nr badania),
g) przekazywanie informacji do oddziałów Szpitala o ustalonych terminach badań dla pacjentów hospitalizowanych w Szpitalu,
h) prowadzenie dokumentacji medycznej zbiorczej w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej i Radiologii Interwencyjnej oraz wprowadzanie tych danych drogą elektroniczną – do programu informatycznego Szpitala celem rozliczeń z NFZ i ekonomiczno- finansowych,

i) przywoływanie pacjentów oczekujących na badania w pracowni ultrasonograficznej w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej i Radiologii Interwencyjnej,
j) telefoniczne wzywanie pacjentów zgodnie z ustalonym terminem na badania z oddziałów Szpitala,
k) przygotowywanie miesięcznych zestawień badań wykonanych w pracowniach diagnostycznych w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej i Radiologii Interwencyjnej do celów :
   - statystyki medycznej,
   - księgowości,
l) pobieranie opłat za wykonane badania zgodnie z obowiązującym zarządzeniem wewnętrznym Dyrektora Szpitala na podstawie wystawionych kwitów,
m) przekazywanie opłat w/g przygotowanego dokumentu do Kasy Szpitala,
n) kopertowanie wyników badań wykonywanych w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej i Radiologii Interwencyjnej po uprzednim umieszczeniu opisu na każdej kopercie : nazwisko i imię, PESEL, nazwa oddziałów, poradni specjalistycznej Szpitala lub adresu pacjenta,
o) właściwe przechowywanie dokumentacji medycznej oraz jej przygotowywanie do archiwizacji zgodnie z przyjętymi w Szpitalu instrukcjami,
p) pisemne sporządzanie wyników badań ultrasonograficznych pod nadzorem lekarza wykonującego badanie,
q) przygotowywanie indywidualnych kart czasu pracy dla pracowników Zakładu Diagnostyki Obrazowej i Radiologii Interwencyjnej,
r) wypisywanie obowiązujących druków do Działu Logistyki na zlecenie Kierownika lub Zastępcy Kierownika Zakładu Diagnostyki Obrazowej i Radiologii Interwencyjnej i Kierownika Techników Elektroradiologii,
s) niezwłoczne powiadamianie Kierownika Techników Elektroradiologii oraz właściwej komórki organizacyjnej Szpitala o zaistniałych usterkach oraz awariach urządzeń , sprzętu i dopilnowanie terminowego dokonania ich napraw,
t) znajomość i realizacja Polityki Jakości, norm Systemu Zarządzania Jakością ISO oraz norm związanych z Akredytacją Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia,
u) realizacja innych zadań zleconych przez Dyrektora Szpitala lub Naczelnej Pielęgniarki.

5) **Sekretarka medyczna w Centralnej Rejestracji Zespołu Poradni Specjalistycznych** (podlega bezpośrednio Kierownikowi Zespołu Poradni Specjalistycznych), **do zadań której należy:**

a) prowadzenie planowanego terminarza i bieżącej rejestracji pacjentów do poszczególnych poradni specjalistycznych w obowiązującym systemie informatycznym Szpitala na podstawie rejestracji osobistej lub telefonicznej pacjenta lub jego opiekuna,
b) informowanie pacjentów ich opiekunów o zasadach rejestracji i trybie przyjęć pacjentów w poradniach specjalistycznych,
c) zakładanie obowiązującej indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta do poszczególnych poradni specjalistycznych,
d) prowadzenie w systemie informatycznym Szpitala listy oczekujących na przyjęcie do poradni specjalistycznej zgodnie z obowiązującymi wytycznymi NFZ,
e) sporządzanie zestawień i sprawozdań statystycznych zgodnie z obowiązującymi przepisami pod nadzorem bezpośrednich przełożonych,
f) informowanie zarejestrowanych pacjentów lub ich opiekunów o zmianach terminów przyjęć w poradniach specjalistycznych,
g) wykonywanie prac biurowo – administracyjnych pod nadzorem bezpośrednich przełożonych,
h) respektowanie praw pacjenta,

i) właściwe przechowywanie dokumentacji medycznej oraz jej przygotowywanie do archiwizacji zgodnie z przyjętymi w Szpitalu instrukcjami,
j) bieżące zgłaszanie bezpośrednim przełożonym potrzeb wyposażenia Centralnej Rejestracji w materiały biurowe i inne niezbędne do sprawnego funkcjonowania Centralnej Rejestracji Zespołu Poradni Specjalistycznych,
k) stawianie się do pracy wg harmonogramu ustalonego przez Kierownika Zespołu Poradni Specjalistycznych,
l) utrzymanie w technicznej sprawności narzędzi i sprzętu niezbędnych do wykonywania powierzonych zadań,
m) znajomość i realizacja Polityki Jakości, norm Systemu Zarządzania Jakością ISO oraz norm związanych z Akredytacją Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia,
n) realizacja innych zadań zleconych przez Dyrektora Szpitala lub Naczelnej Pielęgniarki.

6) Sekretarka medyczna w Aptece szpitalnej (podlega bezpośrednio Kierownikowi Apteki), **do zadań której należy:**

a) efektywne i wydajne wspomaganie pracy apteki poprzez zapewnienie sprawnego przebiegu informacji oraz wspieranie pracy kierownictwa w czynnościach administracyjnych,
b) zapewnienie efektywnej komunikacji wewnętrznej, głównie poprzez notowanie, przetwarzanie i przekazywanie informacji,
c) przyjmowanie interesantów, współpracowników osobiście lub przez telefon, odpowiadanie na ich zapytania lub kierowanie ich do innych pracowników apteki,
d) organizowanie pracy poprzez zbieranie, przeglądanie i puszczanie w obieg korespondencji i informacji,
e) prowadzenie kalendarza apteki,
f) asystowanie w przygotowaniu raportów, danych i wniosków,
g) tworzenie informacji poprzez pisanie, redagowanie, formatowanie i edytowanie tekstów, listów, danych ,wykresów dla kierownika apteki,
h) zbieranie informacji, tworzenie na ich podstawie raportów, odpowiednie szybkie i regularne przekazywanie dalej informacji odpowiednim osobom,
i) zabezpieczanie dokumentów aptecznych, sortowanie ich, porządkowanie oraz prowadzenie ułatwiającego dostępu do dokumentów archiwum oraz czuwanie nad terminowym i prawidłowym obiegiem dokumentów,
j) zapewnienie odpowiedniej do potrzeb apteki ilości materiałów biurowych poprzez stałą kontrolę potrzebnych artykułów, tworzenie listy artykułów do zakupu i przekazywanie jej do Działu Zaopatrzenia szpitala oraz utrzymywanie materiałów w odpowiednim miejscu i porządku,
k) asystowanie w koordynacji i planowaniu działań i funkcji apteki szpitalnej,
l) właściwe użytkowanie urządzeń biurowych i utrzymywanie ich w należytym stanie,
m) pomoc w określonych zadaniach apteki,
n) umiejętność korzystania z programów komputerowych MS Office i programu aptecznego InfoMedica,
o) umiejętność obsługi urządzeń biurowych.
p) znajomość i realizacja Polityki Jakości, norm Systemu Zarządzania Jakością ISO oraz norm związanych z Akredytacją Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia,
q) realizacja innych zadań zleconych przez Dyrektora Szpitala lub Naczelnej Pielęgniarki.

8. **Sanitariusze**, do zadań których należą:

1) zabezpieczanie zadań w zakresie transportu wewnętrznego medycznego dla oddziałów szpitalnych wg ustaleń Kierownika Oddziału z poszczególnymi oddziałami zgodnie z ich specyfikacją lub potrzebami osobowymi,
2) pomoc w przewożeniu pacjentów leżących na badania do poszczególnych zakładów i pracowni diagnostycznych, na inne oddziały szpitalne lub do domu,
3) zbieranie i rozwożenie materiałów do odpowiednich miejsc planowo wykonywanych badań diagnostycznych, w określonych godzinach,
4) odbiór z pracowni i zakładów diagnostycznych oraz rozwożenie do oddziałów szpitalnych wyników badań diagnostycznych,
5) pomoc w sytuacjach nagłych, w zdarzeniach wymagających pomocy osób dodatkowych,
6) czuwanie nad bezpieczeństwem pacjentów w czasie transportu,
7) przestrzeganie obowiązującego reżimu sanitarno-higienicznego, zasad aseptyki i antyseptyki,
8) wykonywanie czynności w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym związanych z przyjęciem pacjenta na leczenie lub badanie, a w szczególności:
    a. pomoc pielęgniarce przy zabiegach,
    b. pomoc przy przebieraniu (kąpiel, przyjmowanie ubrań w depozyt),
    c. zapewnienie bezpieczeństwa w czasie oczekiwania na przyjęcie, transportu w oddział i transportu sanitarką.
9) Wykonywanie innych zadań, do których sanitariusz jest zawodowo przygotowany, a nie objętych niniejszym zakresem.
10) znajomość i realizacja Polityki Jakości, norm Systemu Zarządzania Jakością ISO oraz norm związanych z Akredytacją Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia,
11) realizacja innych zadań zleconych przez Dyrektora Szpitala lub Naczelnej Pielęgniarki.

9. **Pomoc w Centralnej Sterylizatorni**, podległa bezpośrednio fachowo i służbowo Pielęgniarce Koordynującej, do zadań której należy:
    1) przestrzeganie zasad i reżimu sanitarno-epidemiologicznego obowiązujących w strefach Centralnej Sterylizatorni: brudnej, czystej i sterylnej,
    2) przywożenie sprzętu, narzędzi, materiału opatrunkowego i bielizny operacyjnej z oddziałów i sal operacyjnych (Szpital ul. Poznańska),
    3) przyjmowanie sprzętu, narzędzi, materiału opatrunkowego i bielizny operacyjnej do sterylizacji,
    4) dokumentowanie przyjęcia do sterylizacji,
    5) przygotowanie sprzętu i narzędzi do procesu sterylizacji :
        – mycie,
        – dezynfekcja,
        – suszenie,
        – przegląd i konserwacja,
        – zaopatrzenie pakietu w chemiczne wskaźniki do kontroli skuteczności sterylizacji,
        – pakowanie, segregowanie i kwalifikowanie sprzętu i wyrobu medycznego do sterylizacji parowej i plazmowej,
    6) kompletowanie zestawów narzędzi zgodnie z obowiązującymi standardami instrumentarium,
    7) przygotowanie bielizny operacyjnej do procesu sterylizacji :
        – przegląd fartuchów operacyjnych oraz bielizny,
        – składanie zgodnie z obowiązującymi standardami instrumentarium,
        – pakowanie,
    8) znajomość i stosowanie środków chemicznych używanych w technologiach dekontaminacji,

9) nadzorowanie procesów mycia, dezynfekcji i sterylizacji w : myjniach - dezynfektorniach, autoklawach parowych i plazmowych,
10) kontrola pracy autoklawów przy użyciu testów chemicznych i biologicznych ,
11) rozładowanie sterylizatorów po zakończonych cyklach i umieszczenie wysterylizowanych pakietów na regałach w strefie sterylnej lub w kuwetach dla bezpośredniego odbiorcy,
12) odczytywanie testów chemicznych i biologicznych,
13) prowadzanie dokumentacji procesów sterylizacji,
14) wydawanie sprzętu, narzędzi, materiału opatrunkowego i bielizny operacyjnej po sterylizacji,
15) dokumentowanie wydania po sterylizacji,
16) utrzymanie w czystości i porządku stanowiska pracy ,
17) dbałość o powierzone sprzęt i narzędzia, zgłaszanie każdorazowego przypadku zniszczenia, uszkodzenia lub zaginięcia,
18) wykonywanie czynności bezpośrednio wiążących się z umową o pracę i kompetencjami zawodowymi, w razie gdy zostały zlecone przez przełożonego,
19) znajomość i realizacja Polityki Jakości, norm Systemu Zarządzania Jakością ISO oraz norm związanych z Akredytacją Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia,
20) realizacja innych zadań zleconych przez Dyrektora Szpitala lub Naczelnej Pielęgniarki.

§ 24

Pion Z-cy Dyrektora ds. Rozwoju, Usług i Innowacji Medycznych tworzą następujące stanowiska / komórki organizacyjne**:**

1. **Główny Księgowy:**

1) Główny Księgowy koordynuje i nadzoruje całokształt prac z zakresu rachunkowości.
2) Główny Księgowy działa w granicach przepisów zawartych w Ustawie o rachunkowości i Ustawie o finansach publicznych.
3) Zakres uprawnień i obowiązków Głównego Księgowego obejmuje w szczególności:
   a) prowadzenie rachunkowości Szpitala zgodnie z obowiązującymi przepisami i zasadami a w szczególności:
      (1) organizacja sporządzania, przyjmowania, obiegu, archiwowania i kontroli dokumentów w sposób zapewniający:
         1.1 właściwy przebieg operacji gospodarczych,
         1.2 ochronę mienia będącego w posiadaniu Szpitala,
         1.3 sporządzanie sprawozdawczości finansowej,
      (2) bieżące i prawidłowe prowadzenie księgowości i sprawozdawczości finansowej w sposób umożliwiający:
         2.1 terminowe przekazywanie rzetelnych informacji ekonomicznych,
         2.2 ochronę mienia będącego w posiadaniu jednostki oraz terminowe i prawidłowe, rozliczanie osób majątkowo odpowiedzialnych za to mienie,
         2.3 prawidłowe i terminowe dokonywanie rozliczeń finansowych,
   b) powadzenie gospodarki finansowej Szpitala zgodnie z obowiązującymi zasadami, polegające zwłaszcza na:
      (1) wykonywaniu dyspozycji środkami pieniężnymi zgodnie z przepisami dotyczącymi zasad wykonywania planu, gospodarki środkami będącymi w dyspozycji Szpitala,
      (2) przestrzeganiu zasad rozliczeń pieniężnych i ochrony wartości pieniężnych,
      (3) zapewnieniu terminowego ściągania należności i dochodzenia roszczeń spornych oraz spłat zobowiązań,
      (4) przestrzegania obowiązujących przepisów, szczególnie dotyczących

ustalenia i opłacania podatków i innych świadczeń o podobnym charakterze,

c) organizowanie i sprawowanie kontroli wewnętrznej kontroli finansowej, w szczególności:
   (1) wstępnej, bieżącej i następczej kontroli funkcjonalnej w zakresie powierzonych obowiązków,
   (2) dokonywanie wstępnej kontroli zgodności operacji gospodarczych i finansowych z planem finansowym,
   (3) dokonywanie wstępnej kontroli kompletności i rzetelności dokumentów dotyczących operacji gospodarczych i finansowych,
   (4) następczej kontroli operacji gospodarczych stanowiących przedmiot księgowań,
d) pełnienie nadzoru nad prawidłowym i terminowym rozliczaniem zawartych przez Szpital umów i kontraktów, w szczególności z Narodowym Funduszem Zdrowia na podstawie danych uzyskanych od bezpośrednich wykonawców świadczeń,
e) analizowanie, wnioskowanie oraz przedkładanie Dyrektorowi Szpitala projektów dotyczących racjonalnego, efektywnego i skutecznego zarządzania finansami Szpitala,
f) analizowanie prawidłowości wykorzystywania środków finansowych będących w dyspozycji Szpitala,
g) opracowanie i nadzór nad wdrożeniem i realizacją zasad księgowości finansowej w działalności Szpitala,
h) ustalenie i aktualizowanie dokumentacji opisującej politykę rachunkowości, zakładowy plan kont, instrukcję obiegu i kontroli dowodów księgowych, instrukcję inwentaryzacyjną, kasową itp.,
i) zapewnienie prowadzenia ksiąg rachunkowych Szpitala,
j) inicjowanie i wdrażanie działań zapewniających bezpieczeństwo operacji finansowych realizowanych przez Szpital,
k) pełnienie nadzoru nad prawidłowym obiegiem dokumentów księgowych,
l) kontrolowanie poprawności wypełniania deklaracji podatkowych oraz pełnienie nadzoru nad prawidłowością rozliczeń podatkowych,
m) nadzorowanie płatności wobec banków innych instytucji finansowych, dostawców i firm usługowych,
n) nadzorowanie administracji środków pieniężnych dostępnych w kasie,
o) sporządzanie sprawozdań finansowych z wykonania planu i ich analiz oraz informacji na potrzeby wewnętrzne Szpitala oraz instytucji i organów zewnętrznych w zakresie przepływu i obrotu środków pieniężnych, przychodów i kosztów,
p) prowadzenie i przechowywanie korespondencji w zakresie spraw finansowych,
q) pełnienie nadzoru merytorycznego i organizacyjnego nad działem ekonomicznym,
r) rozpatrywanie skarg i wniosków dotyczących sposobu wykonywania obowiązków przez podległych pracowników,
s) planowanie i dokonywanie analiz w zakresie gospodarki finansowej zakładu,
t) pełnienie nadzoru nad prawidłowym rozliczeniem inwentaryzacji,

4) Główny Księgowy w wykonywaniu swoich obowiązków podlega Zastępcy Dyrektora ds. Rozwoju, Usług i Innowacji Medycznych.
5) Główny Księgowy współpracuje z pozostałą kadrą kierowniczą w zakresie problematyki finansowej poszczególnych komórek organizacyjnych Szpitala.
6) Główny Księgowy ponosi odpowiedzialność za prowadzenie rachunkowości Szpitala
7) Jako kierownik działu Główny księgowy odpowiada również za kontrolę użytkową stanu technicznego oraz zgłaszanie do przeglądu użytkowanych urządzeń biurowych.
8) Głównemu księgowemu podlega bezpośrednio **Dział Ekonomiczny** do zadań którego należy:

   1) w ramach spraw ekonomicznych**:**

a) sporządzanie miesięcznych, kwartalnych i rocznych informacji i sprawozdań finansowych, z uwzględnieniem w sprawozdaniu rocznym:
   (1) bilansu,
   (2) rachunku zysków i strat,
   (3) rachunku przepływów pieniężnych,
   (4) zestawienia zmian w kapitale,
   (5) informacji dodatkowej,
b) współudział w sporządzaniu sprawozdania z działalności,
c) sporządzanie planu finansowego Szpitala oraz opracowywanie informacji i analiz ekonomicznych z jego wykonania, a także wniosków w sprawie zmiany tych planów,
d) opracowywanie innych informacji i analiz ekonomicznych z działalności,

2) w ramach **sprzedaży:**
   a) aktualizacja wartości należności z uwzględnieniem stopnia prawdopodobieństwa ich zapłaty poprzez dokonanie odpisów aktualizujących,
   b) prowadzenie ewidencji sprzedaży podstawowej i pomocniczej zgodnie z obowiązującym planem kont.

3) w ramach **inwentaryzacji**
   a) prowadzenie ewidencji pozabilansowej rzeczowego majątku trwałego zaliczanego do tzw. wyposażenia,
   b) analizowanie zużycia oraz stanów magazynowych środków obrotowych z uwzględnieniem rotacji zapasów w dniach,
   c) przeprowadzanie inwentaryzacji składników majątkowych jednostki zgodnie z opracowanym planem inwentaryzacji na dany rok oraz sporządzanie wykazu różnic inwentaryzacyjnych,
   d) rozliczanie osób majątkowo odpowiedzialnych za powierzone mienie w przypadku zwolnienia z pracy lub przeniesienia na inne stanowisko.

4) w ramach **środków trwałych i wyposażenia:**
   e) ewidencja dokumentacji środków trwałych oraz wartości niematerialnych i prawnych z uwzględnieniem ich umorzenia i amortyzacji wg przyjętego planu amortyzacji,
   f) prowadzenie ewidencji inwestycji rozpoczętych związanych z nie zakończoną budową, montażem lub przekazaniem do używania lub ulepszeniem już istniejącego środka trwałego,
   g) wycena majątku trwałego i obrotowego, w tym dokonywanie stosownych aktualizacji tego majątku zgodnie z obowiązującymi przepisami,
   h) ewidencjonowanie zakupu środków trwałych oraz środków trwałych w budowie wraz z kontrolowaniem rozrachunków z tego tytułu pod kątem terminowego regulowania zobowiązań.

5) w ramach **kosztów:**
   i) rozliczanie kosztów w układzie rodzajowym i funkcjonalnym przy wykorzystaniu wdrożonego systemu komputerowego, zgodnie z ustalonym planem kont oraz możliwością sporządzenia obowiązującej sprawozdawczości,
   j) księgowanie kosztów wg typów działalności z uwzględnieniem:
      4. kosztów działalności podstawowej dla ośrodków zadaniowych,
      5. kosztów działalności pomocniczej dla ośrodków usługowych,
      6. kosztów zarządu.

6) w ramach **księgowości:**
   a) prowadzenie ksiąg rachunkowych przy wykorzystaniu wdrożonego programu komputerowego FK – ewidencja syntetyczna i analityczna,
   b) ewidencja operacji gospodarczych w księgach rachunkowych w oparciu o prawidłowe dowody księgowe, sprawdzone pod względem merytorycznym, rachunkowym oraz zatwierdzone przez upoważnione osoby,
   c) terminowe otwieranie i zamykanie ksiąg rachunkowych, w szczególności przy zmianach formy prawnej, likwidacji, zatwierdzeniu sprawozdania finansowego,
   d) stosowanie w sposób ciągły przyjętych zasad prowadzenia rachunkowości celem porównywalności sporządzanej sprawozdawczości,
   e) wycena składników aktywów i pasywów na podstawie rzeczywistych kosztów ich nabycia (cen) z zachowaniem zasad ostrożnej wyceny,
   f) prowadzenie ewidencji kont „ 2 - rozrachunki i roszczenia ”z uwzględnieniem :
      (1) rozrachunków z tytułu należności za sprzedaż usług jak i należnych odsetek za zwłokę, kar, odszkodowań – terminowa windykacja należności,
      (2) rozrachunków z tytułu zobowiązań związanych z zakupem materiałów, towarów i usług – terminowe regulowanie zobowiązań,
      (3) rozrachunków publicznoprawnych z tytułu : podatku od towarów i usług, podatku dochodowego od osób prawnych i fizycznych, podatku od nieruchomości, składek na fundusz emerytalny, rentowy, chorobowy, zdrowotny, wypadkowy i fundusz pracy oraz PFRON – terminowe sporządzanie deklaracji i odprowadzanie składek,
      (4) rozrachunków z pracownikami z tytułu wynagrodzeń, a także pozostałych rozrachunków z pracownikami uwzględniając rozliczenie delegacji, ryczałtów oraz pobranych zaliczek.
   g) ewidencjonowanie dokumentów księgowych – faktur związanych z zakupem materiałów na kontach zespołu „ 3– materiały i towary”, określanie wielkości dostaw niefakturowanych oraz materiałów w drodze,
   h) rozliczanie rejestru zakupu usług obcych oraz kontrolowanie terminowego regulowania zobowiązań z tego tytułu zgodnie z obowiązującymi zasadami,
   i) prowadzenie ewidencji przychodów i kosztów finansowych oraz pozostałych przychodów i kosztów operacyjnych zgodnie z przyjętymi zasadami rachunkowości,
   j) prawidłowe określanie i ewidencjonowanie funduszu założycielskiego, funduszu zakładu,
   k) prowadzenie ewidencji i rozliczanie Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych oraz ustalanie planu dochodów Funduszu,
   l) uzgadnianie sald z kontrahentami,
   m) terminowe i prawidłowe wystawianie faktur VAT za świadczone usługi dla publicznych i niepublicznych podmiotów leczniczych oraz osób nieubezpieczonych, a także kontrolowanie terminów regulowania należności.

7) w ramach **pozyskiwania funduszy UE:**
   a) udział w opracowaniu dokumentacji do wniosków aplikacyjnych o dofinansowanie projektów ze środków unijnych oraz w opracowywaniu wniosków,
   b) sporządzanie sprawozdań częściowych, końcowych z realizacji projektów unijnych,
   c) sporządzanie wniosków o płatność oraz innych dokumentów wynikających z realizacji umów o dofinansowanie projektów ze środków unijnych.

8) w ramach **zadań kasowych**:
   a) prawidłowe ewidencjonowanie środków pieniężnych w ramach zespołu kont „1 – środki pieniężne i rachunki bankowe„ oraz prowadzenie kasy Szpitala –

przyjmowanie i wypłacanie gotówki, transport gotówki z banku i do banku z zapewnieniem należytej ochrony wartości pieniężnych i przestrzeganiem zasad rozliczeń pieniężnych.

2. **Dział Logistyki,** do zadań którego należą:

1) w ramach **Logistyki**:
   a) sporządzanie wniosków o zakupy towarów i usług zgodnie z przepisami zamówień publicznych,
   b) sporządzenie planu potrzeb w zakresie zaopatrzenia materiałowego i technicznego w uzgodnieniu z zainteresowanymi komórkami organizacyjnymi oraz dokonywanie zakupów w tym zakresie po akceptacji Z-ców Dyrektora, zgodnie z procedurą zamówień publicznych,
   c) współudział w opracowywaniu dokumentacji zamówień publicznych realizowanych w trybach ustawowych,
   d) prowadzenie dokumentacji i sprawozdawczości dotyczącej zamówień publicznych określonej w „Regulaminie udzielania zamówień publicznych" ,
   e) przygotowywanie i opiniowanie projektów umów cywilnoprawnych w zakresie dostaw towarów i usług,
   f) gospodarowanie pomieszczeniami obiektu szpitalnego i nieruchomościami oraz wykonywanie ich oznakowań, umieszczanie tablic, wywieszek informacyjnych, emblematów itp.,
   g) prowadzenie spraw związanych z dzierżawą pomieszczeń,
   h) sporządzanie umów na dzierżawę pomieszczeń,
   i) gospodarowanie kluczami oraz nadzór nad ich depozytem,
   j) prowadzenie obsługi szatni i depozytu ubrań chorych,
   k) organizowanie właściwego zabezpieczenia obiektów Szpitala i ochrony mienia,
   l) utrzymanie czystości zewnętrznej,
   m) utrzymanie w należytym ładzie i porządku terenów przyszpitalnych, w tym parkingów, dróg dojazdowych, lądowiska, parkanów i zieleni (koszenie trawy, pielęgnacja drzew i krzewów),
   n) wykonywanie, organizowanie i kontrolowanie prac „sezonowych",
   o) sprawowanie nadzoru nad pracownikami wykonującymi usługi porządkowe w oparciu o zawarte umowy,
   p) obsługa centrali telefonicznej,
   q) sporządzanie wydruków rachunków telefonicznych w okresach miesięcznych i ich analiza,
   r) prowadzenie rejestru pieczątek Szpitala, zamawianie oraz likwidacja (kasacja) nieaktualnych lub zniszczonych pieczątek,
   s) sprawdzanie i potwierdzanie faktur pod względem zgodności z przepisami pzp,
   t) sprawdzanie i potwierdzanie pod względem merytorycznym faktur dotyczących zakupów i usług związanych z obsługą gospodarczą,
   u) sprawdzanie i potwierdzanie pod względem merytorycznym faktur dotyczących zakupów i usług związanych z transportem,
   v) prowadzenie we współpracy z Pielęgniarkami Epidemiologicznymi, odpowiedniej gospodarki odpadami medycznymi wraz z obowiązującą dokumentacją,
   w) prowadzenie gospodarki odpadami komunalnymi,
   x) sprawowanie kontroli nad przestrzeganiem przepisów dotyczących gospodarowania odpadami komunalnymi,
   y) nadzór nad wywozem odpadów medycznych i komunalnych z obiektów Szpitala,
   z) występowanie za pośrednictwem Działu Organizacyjnego z wnioskami do Podmiotu tworzącego w sprawie wydzierżawienia lub wynajęcia majątku trwałego Szpitala,

aa) nadzorowanie i odbiór robót i usług zleconych do wykonania na zewnątrz w oparciu o przeprowadzone przetargi zgodnie z obowiązującymi przepisami,
bb) nadzór nad zgodnym z przepisami wdrożeniem do eksploatacji nowo zakupionego wyposażenia gospodarczego,
cc) dokonywanie analiz wykorzystania wyposażenia techniczno-gospodarczego, zużycia czynników energetycznych oraz opracowywanie planów potrzeb na części zamienne i materiały eksploatacyjne i podejmowanie działań zmierzających do racjonalizacji gospodarki w tym zakresie,
dd) wnioskowanie o przeprowadzenie inwentaryzacji w przypadkach dłuższej nieobecności pracownika odpowiedzialnego materialnie lub współodpowiedzialnego za powierzone mienie, zgodnie z obowiązującymi przepisami w tym zakresie oraz w przypadkach losowych naruszenia stanu składników majątkowych,
ee) realizacja zaleceń pokontrolnych zgodnie z decyzją Dyrekcji oraz opracowanie informacji w tym zakresie,
ff) gospodarka odzieżą roboczą, ochronną i sprzętem ochrony osobistej, planowanie zapotrzebowania, przydzielanie wg tabeli norm, ewidencja wyposażenia pracownika oraz rozliczanie zużycia,
gg) prowadzenie Biblioteki Szpitalnej dla potrzeb pacjentów w oddziałach szpitalnych,
hh) gospodarowanie Salą Audiowizualną i udostępnianie zainteresowanym,
ii) przeprowadzanie kasacji składników majątkowych Szpitala,
jj) nadzór nad przeprowadzaniem dezynsekcji i deratyzacji w Szpitalu,
kk) sporządzanie protokołu z dokonanych obmiarów powierzchni i gruntów do naliczania podatku od nieruchomości,
ll) nadzór nad firmą zewnętrzną w zakresie ochrony obiektów Szpitala i prowadzenia portierni,
mm) znajomość i realizacja przez personel Polityki Jakości, norm Systemu Zarządzania Jakością ISO oraz norm związanych z Akredytacją Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia,
nn) realizacja innych zadań zleconych przez Dyrektora lub jego Zastępców.”

2) w ramach **Sekcji Zaopatrzenia:**
a) zakup towarów i usług niezbędnych do funkcjonowania Szpitala,
b) sporządzenie planu potrzeb w zakresie zaopatrzenia materiałowego i technicznego w uzgodnieniu z zainteresowanymi komórkami organizacyjnymi oraz dokonywanie zakupów w tym zakresie po akceptacji Z-ców Dyrektora, zgodnie z procedurą zamówień publicznych,
c) przygotowywanie i prowadzenie postępowań w trybie niepodlegającym Ustawie do wartości określonej w „Regulaminie udzielania zamówień publicznych” ,
d) analizowanie zawartych umów i egzekwowanie prawidłowego ich wykonania,
e) sprawdzanie i potwierdzanie faktur pod względem zgodności z przepisami pzp,

3) w ramach **Sekcji Transportu:**
a) zapewnienie sprawnego funkcjonowania transportu wewnętrznego oraz zewnętrznego,
b) utrzymanie w należytym stanie technicznym powierzonego sprzętu i środków transportowych, stanowiących wyposażenie Działu Logistyki,
c) prawidłowe rozliczanie paliw, olejów itp. na podstawie kart drogowych, przedstawionych przez kierowców pojazdów, będących własnością Szpitala,
d) analiza zasadności wyjazdów,
e) analiza zużycia paliwa przez pojazdy samochodowe pod kątem zgodności z normami, zaleceniami producentów i obowiązującymi w tym zakresie przepisami,

f) rozliczanie czasu pracy karetek i innych pojazdów samochodowych będących w gestii Szpitala, rozliczanie kart drogowych i kosztów oddziałów,
g) organizowanie prac za i wyładunkowych i zapewnienie dowozu materiałów wymagających środków transportowych do odbiorców końcowych,
h) transport wewnętrzny odpadów medycznych,

4) w ramach **Magazynu**:
a) gospodarowanie drukami i formularzami (z wyjątkiem druków ZUS ZLA),
b) przyjmowanie do poszczególnych magazynów materiałów wyposażenia oraz środków trwałych, zakupionych w jednostce, zgodnie z zawartymi umowami a także ze zwrotów wewnętrznych na podstawie prawidłowo sporządzonych i zatwierdzonych dokumentów obrotu materiałowego,
c) wydawanie z poszczególnych magazynów do zużycia wewnętrznego na podstawie odpowiednio sporządzonych i zatwierdzonych dokumentów obrotu materiałowego, określonych systemem informatycznym „gospodarka materiałowa", współpracowanie w tym zakresie z Działem Ekonomicznym,

3. **Dział Zamówień Publicznych** do zadań którego należą:

1) współpraca z poszczególnymi komórkami organizacyjnymi Szpitala w zakresie planowania dostaw materiałów, sprzętu, aparatury, usług i robot budowlanych w danym roku kalendarzowym,
2) przygotowanie i przedstawienie do zatwierdzenia planu postępowań o udzielenie zamówieniach publicznych w danym roku kalendarzowym,
3) przygotowanie i prowadzenie postępowań o udzielenie zamówienia publicznego powyżej wartości określonej w „Regulaminie udzielania zamówień publicznych",
4) wybór trybu udzielania zamówienia publicznego zgodnie z przepisami prawa o zamówieniach publicznych,
5) występowanie z wnioskiem do Dyrektora Szpitala o powołanie Komisji przetargowej oraz zatwierdzenie trybu zamówienia,
6) ogłaszanie postępowań, prowadzenie ewidencji postępowań, które zostały zrealizowane oraz ogłaszanie wyników rozstrzygniętych postępowań o udzielenie zamówienia,
7) zwoływanie posiedzeń Komisji Przetargowej,
8) udział w komisjach przetargowych i prowadzenie sekretariatu Komisji Przetargowej,
9) prowadzenie dokumentacji i sprawozdawczości objętej przepisami prawa zamówień publicznych i przechowywanie do czasu przekazania jej do archiwum,
10) prowadzenie rejestru zamówień publicznych Szpitala powyżej wartości określonej w „Regulaminie udzielania zamówień publicznych",
11) współpraca z Urzędem Zamówień Publicznych, oferentami oraz podmiotami wyłonionymi w drodze postępowania o udzielenie zamówienia publicznego w zakresie bieżącej działalności,
12) współpraca z innymi komórkami organizacyjnymi Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego odnośnie zamówień publicznych – przygotowanie dokumentów przetargowych z właściwymi merytorycznymi komórkami,
13) wykładnia przepisów prawnych i udzielanie informacji pracownikom Szpitala z zakresu stosowania ustawy Prawo zamówień publicznych,
14) przygotowywanie we współpracy z radcą prawnym projektów umów, dotyczących realizacji zamówień publicznych udzielonych przez Szpital na warunkach określonych w SIWZ,
15) kontrola formalno-prawna prawidłowości realizacji postępowań o udzielenie zamówień publicznych,
16) wykonywanie innych zadań określonych w „Regulaminie udzielania zamówień publicznych",

17) doskonalenie znajomości przepisów o zamówieniach publicznych, w szczególności bieżące zaznajamianie się z ich zmianami,
18) podnoszenie kwalifikacji w zakresie znajomości prawa zamówień publicznych,
19) kontrola użytkowa stanu technicznego oraz zgłaszanie do przeglądu urządzeń biurowych będących na wyposażeniu działu.

4. **Dział Kontraktowania i Rozliczania Świadczeń Zdrowotnych** do zadań którego należy:

1) w ramach kontraktowania świadczeń zdrowotnych:

a) przygotowywanie ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w konkursach ogłaszanych przez NFZ, w tym:
   - gromadzenie niezbędnych dokumentów potwierdzających dane potrzebne do sporządzenia ofert o udzielanie świadczeń zdrowotnych, przygotowane przez poszczególne komórki organizacyjne a w szczególności Dział Służb Pracowniczych, Dział Statystyki i Dokumentacji Medycznej oraz Sekcję Aparatury Medycznej,
   - - koordynowanie prac wykonywanych przez poszczególne komórki organizacyjne, związanych z przygotowywaniem ofert,
   - sporządzanie ofert.

b) przygotowywanie ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w konkursach ogłaszanych przez innych niż NFZ dysponentów środków publicznych, w zakresie:
   - programów profilaktycznych i procedur wysokospecjalistycznych dla Ministerstwa Zdrowia,
   - programów zdrowotnych dla miasta,
   - konkursów dla policji, prokuratury i komisji wojskowych.

   lub innych wyżej nie wymienionych zadań związanych z realizacją przez Szpital świadczeń zdrowotnych.

c) przekazywanie informacji o zawartych umowach z NFZ, warunkach ich realizacji oraz udzielania świadczeń komórkom realizującym umowy,

d) przekazywanie informacji o umowach zawartych z innymi dysponentami środków publicznych, warunkach ich realizacji oraz udzielania świadczeń komórkom realizującym umowy,

e) monitorowanie zmian zachodzących w warunkach realizacji umowy - wymagań NFZ, analiza informacji związanych z realizacją umów na świadczenia zdrowotne(aneksy do umów, komunikaty NFZ, zarządzenia Prezesa NFZ itp.)

f) monitorowanie zmian zachodzących w warunkach realizacji umów z innymi dysponentami środków publicznych, w tym:
   - gromadzenie i przetwarzanie danych niezbędnych do prawidłowego realizowania umów,
   - aktualizowanie umów (aneksy do umów).

g) proponowanie rozwiązań organizacyjnych usprawniających proces kontraktowania świadczeń zdrowotnych,

h) gromadzenie i przetwarzanie danych związanych z realizacją umów na świadczenia zdrowotne.

i) aktualizowanie dokumentów świadczeniodawcy przekazanych do NFZ, wymaganych do składanych ofert i realizacji umów na świadczenia zdrowotne.

j) informowanie właściwych komórek organizacyjnych o nowych zasadach postępowania z pacjentem, wynikających z zawartych umów z NFZ.

k) informowanie właściwych komórek organizacyjnych o nowych zasadach postępowania z pacjentem, wynikających z umów zawartych z innymi dysponentami środków publicznych,

l) analizowanie konkursów ogłaszanych przez NFZ i innych dysponentów środków publicznych pod względem możliwości rozszerzania przez Szpital zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych,
m) analizowanie runku usług medycznych pod względem możliwości rozszerzenia przez Szpital zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych,
n) aktualizowanie w Systemie Zarządzania Obiegiem Informacji Narodowego Funduszu Zdrowia zasobów Szpitala dotyczących danych o strukturze organizacyjnej, personelu realizującym świadczenia zdrowotne, harmonogramach pracy, potencjale sprzętowym, podwykonawcach, na podstawie informacji przekazanych przez odpowiednie komórki organizacyjne Szpitala.
o) aktualizowanie baz danych systemów informatycznych niezbędnych do kontraktowania świadczeń.
p) prowadzenie korespondencji z NFZ i innymi dysponentami środków publicznych, związanej z realizacją umów i negocjacjami
q) prowadzenie wymaganej umowami sprawozdawczości.
r) prowadzenie rejestru i dokumentacji umów dotyczących udzielania świadczeń zdrowotnych zawieranych przez Szpital,
s) wnioskowanie w sprawach rozwoju bądź zaniechania działalności w wyniku analiz popytu i podaży,
t) znajomość i realizacja przez personel Polityki Jakości, norm Systemu Zarządzania Jakością ISO oraz norm związanych z Akredytacją Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia,
u) realizacja innych zadań zleconych przez Dyrektora lub jego Zastępców.

2) w ramach rozliczania świadczeń zdrowotnych:

a) udział w pracy Zespołu, który przygotowuje oferty w zakresie udzielania przez Szpital świadczeń zdrowotnych,
b) przygotowywanie danych do analizy opłacalności sprzedaży świadczeń zdrowotnych umożliwiających przygotowanie ofert w ramach postępowań konkursowych ogłaszanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia oraz innych dysponentów środków publicznych,
c) sporządzanie i generowanie raportów statystycznych wykonanych świadczeń w celu przesłania ich do NFZ,
d) sprawdzenie raportu statystycznego pod względem formalnym, kompletności i poprawności rejestracji (błędy walidacji) wykonanych świadczeń,
e) przygotowywanie informacji o miesięcznych limitach dla odpowiednich komórek organizacyjnych Szpitala,
f) opracowywanie zestawień i analiz finansowych dotyczących realizacji zawartych umów na udzielanie świadczeń zdrowotnych i raportowanie stanu ich zaawansowania Dyrekcji Szpitala,
g) sporządzanie miesięcznych zestawień zbiorczych umów w/g zakresów realizowanych świadczeń,
h) opracowywanie na podstawie w/w zestawień informacji dla Działu Controlingu na temat realizacji kontraktu w poszczególnych zakresach i okresach rozliczeniowych,
i) sporządzanie sprawozdań wynikających z umów zawartych z NFZ,
j) sporządzanie wniosków do NFZ dot. zmian w planach rzeczowo-finansowych poprawiających bieżący poziom finansowania,
k) przygotowywanie projektów zmian w obowiązujących kontraktach oraz materiałów do negocjacji,
l) sporządzanie, kompletowanie i weryfikowanie dokumentów umożliwiających rozliczenie udzielanych świadczeń zdrowotnych i terminowe kierowanie tych dokumentów do NFZ,

m) naliczanie obciążeń oraz fakturowanie należności za okres sprawozdawczy i korekt wygenerowanych z systemu informatycznego NFZ, wynikających z wstecznej weryfikacji, za cały okres realizacji umowy,
n) prowadzenie rozliczenia umów podpisanych z innymi niż NFZ dysponentami środków publicznych - naliczanie obciążeń, fakturowanie, przygotowywanie odpowiednich załączników itd.,
o) kontrolowanie terminów regulowania należności,
p) monitorowanie stopnia realizacji świadczeń zakontraktowanych z NFZ i innymi dysponentami środków publicznych, ze szczególnym uwzględnieniem ich miesięcznych limitów,
q) monitorowanie poziomu błędów w danych rozliczeniowych i podejmowanie działań mających na celu ich eliminowanie,
r) monitorowanie zmian zachodzących w warunkach realizacji kontraktu - wymagań płatnika,
s) analizowanie poziomu wykonania świadczeń zakontraktowanych przez NFZ w poszczególnych zakresach w aspekcie skuteczności pozyskiwania środków w ramach zawartych umów,
t) sporządzanie analiz rzeczowo – finansowych zrealizowanych świadczeń zdrowotnych, w szczególności w odniesieniu do korzyści ekonomicznych wnioskowanych negocjacji z NFZ,
u) analizowanie poziomu realizacji umów z innymi niż NFZ dysponentami środków publicznych,
v) współudział w planowaniu budżetu w zakresie pozyskiwania środków finansowych z działalności leczniczej szpitala,
w) obsługa informatycznego systemu rozliczeń świadczeń medycznych w zakresie wymiany danych z zewnętrznymi systemami płatników,
x) sporządzanie wymaganych sprawozdań z wykonania świadczeń we współpracy z Działem Informatycznym w zakresie informatycznego systemu sprawozdawczego,
y) prowadzenie korespondencji z NFZ i innymi dysponentami środków publicznych związanej z realizacją umów i ich negocjacjami,
z) wyjaśnianie niezgodności zaistniałych w trakcie wprowadzania danych,
aa) analiza zakwestionowanych świadczeń (weryfikacja negatywna – odmowa zapłaty), działania korygujące lub negocjacje z płatnikiem argumentujące zasadność zapłaty
bb) przygotowywanie sprawozdań na potrzeby jednostek zewnętrznych i Dyrekcji,
cc) znajomość i realizacja przez personel Polityki Jakości, norm Systemu Zarządzania Jakością ISO oraz norm związanych z Akredytacją Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia,
dd) realizacja innych zadań zleconych przez Dyrektora lub jego Zastępców.

5. **Dział Controlingu** do zadań którego należy:
1) zbieranie i opracowywanie materiałów dotyczących wartości wykonanych usług przez komórki usługowe Szpitala,
2) współpraca z Działem Ekonomicznym i Działem Organizacyjnym w zakresie kosztowej działalności Szpitala,
3) prowadzenie komputerowej bazy danych grupującej informacje o kosztowej działalności Szpitala,
4) rozliczanie kosztów ośrodków usługowych na pozostałe ośrodki usługowe i na ośrodki zadaniowe w ujęciu miesięcznych, w oparciu o przyjętą dla danego ośrodka podstawę rozliczenia,
5) opracowywanie miesięcznych szczegółowych zestawień kosztów z podziałem na: koszty rzeczowe, osobowe i ogólnozakładowe oddziałów szpitalnych i poradni specjalistycznych,

6) sporządzanie miesięcznych, kwartalnych i rocznych zestawień przychodów i kosztów poszczególnych komórek Szpitala,
7) opracowywanie miesięcznych zestawień z ilościowej i wartościowej realizacji kontraktów z NFZ z podziałem na kontrakt: planowany, wykonany i zapłacony,
8) przeprowadzanie kalkulacji kosztów poszczególnych procedur i usług medycznych,
9) zapewnienie pełnej informacji w zakresie przychodów i kosztów dyrekcji Szpitala oraz kierownikom oddziałów na podstawie pisemnego wniosku i za zgodą Dyrektora.
10) kontrola użytkowa stanu technicznego oraz zgłaszanie do przeglądu urządzeń biurowych będących na wyposażeniu działu.
11) znajomość i realizacja Polityki Jakości, norm Systemu Zarządzania Jakością ISO oraz norm związanych z Akredytacją Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia,
12) realizacja innych zadań zleconych przez Dyrektora Szpitala lub jego Zastępców.

6. **Dział Informatyki** do zadań którego należy:

1) utrzymanie w pełnej sprawności technicznej eksploatowanych urządzeń i sprzętu komputerowego wraz z zainstalowaną siecią w drodze bieżących przeglądów, konserwacji i napraw realizowanych we własnym zakresie, jak i zlecanych na zewnątrz,
2) opracowywanie corocznych planów ilościowo-wartościowych w zakresie zakupów niezbędnego sprzętu komputerowego oraz innych urządzeń koniecznych dla prawidłowego funkcjonowania systemów i po akceptacji Dyrekcji Szpitala, przedkładanie ich komórce zamówień publicznych,
3) dokonywanie ocen eksploatowanych systemów komputerowych przez poszczególnych użytkowników pod kątem ich przydatności oraz pełnego wykorzystania, zgłaszanie uwag i wniosków oraz propozycję ewentualnych usprawnień,
4) ustalanie zasad współpracy pomiędzy poszczególnymi komórkami organizacyjnymi Szpitala w zakresie optymalnego wykorzystania eksploatowanych urządzeń, w tym szkolenie użytkowników systemów,
5) bieżące analizowanie pojawiających się zmian i nowości w systemach informatycznych, w szczególności dotyczących służby zdrowia, nawiązywanie kontaktów z wiodącymi firmami, w celu ich ewentualnego wykorzystania dla potrzeb jednostki,
6) odpowiednie zabezpieczenie i ochrona danych, zbiorów danych, programów i nośników magnetycznych, używanych w eksploatacji systemów informatycznych, poprzez:
7) stosowanie bezwzględnego obowiązku sporządzania zapasowych kopii danych na przeznaczonych do tego urządzeniach (CD-R) oraz odpowiednie ich przechowywanie (kasa pancerna),
8) niedopuszczenie do uszkodzenia, zniszczenia, kradzieży sprzętu komputerowego, w tym świadomego usunięcia zapisanych danych w głównych komputerach,
9) ustalanie i przestrzeganie zasad dotyczących zabezpieczeń programowych, tj. zdefiniowanie haseł dla użytkowników, okresową ich zmianę oraz możliwość zidentyfikowania zapisów dokonanych przez poszczególnych użytkowników,
10) zgodnie z obowiązującymi przepisami archiwizowanie danych przeniesionych na nośniki magnetyczne w odpowiednio zabezpieczonych pomieszczeniach,
11) współudział z Działem Ekonomicznym w końcowym rozliczaniu umów zawartych z NFZ na Oddziały i Poradnie Specjalistyczne , Zakład Diagnostyki i inne nie wymienione komórki organizacyjne Szpitala.
12) administrowanie wdrożonymi systemami informatycznymi funkcjonującymi w Szpitalu,

13) opracowywanie corocznych planów ilościowo-wartościowych w zakresie zakupów niezbędnego oprogramowania i licencji oprogramowania oraz innych elementów koniecznych dla prawidłowego funkcjonowania systemu informatycznego i po akceptacji Dyrekcji Szpitala, przedkładanie ich komórce zamówień publicznych,
14) dokonywanie ocen użytkowanych programów i systemów komputerowych przez poszczególnych użytkowników pod kątem ich przydatności oraz pełnego wykorzystania, zgłaszanie uwag i wniosków oraz propozycję ewentualnych usprawnień,
15) stałe współpracowanie z jednostkami będącymi twórcami eksploatowanych programów komputerowych, mając na uwadze wywiązywanie się stron z zawartych umów i postanowień licencji, a w szczególności w zakresie dokonywanych zmian w programach,
16) ustalanie zasad współpracy pomiędzy poszczególnymi komórkami organizacyjnymi Szpitala w zakresie optymalnego wykorzystania eksploatowanych programów, w tym szkolenie użytkowników systemów,
17) bieżące analizowanie pojawiających się zmian i nowości w systemach informatycznych i oprogramowaniu, w szczególności dotyczących służby zdrowia, nawiązywanie kontaktów z wiodącymi firmami – twórcami programów operacyjnych, w celu ich ewentualnego wykorzystania dla potrzeb jednostki,
18) tworzenie oprogramowania na potrzeby Szpitala, które jest niezbędne do prowadzenia jego działalności,
19) znajomość i realizacja Polityki Jakości, norm Systemu Zarządzania Jakością ISO oraz norm związanych z Akredytacją Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia,
20) Wykonywanie innych zadań zleconych przez Kierownika Działu mających na celu w szczególności zapewnienie ciągłości funkcjonowania szpitala w związku z użytkowanym oprogramowaniem,
21) realizacja innych zadań zleconych przez Dyrektora Szpitala lub jego Zastępców

7. **Dział Utrzymania Ruchu** do zadań którego należy:

1) w ramach **Utrzymania Ruchu:**

a) opracowywanie rocznych planów rzeczowo – finansowych inwestycji, modernizacji i remontów oraz przeglądów i prac konserwacyjnych obiektów, urządzeń, sprzętu i wyposażenia technicznego Szpitala, sprzętu i aparatury medycznej. Przedstawianie w/w tematach materiałów do opiniowania Radzie Społecznej Szpitala oraz prowadzenie sprawozdawczości,
b) opracowywanie rocznych planów remontów i konserwacji urządzeń elektrycznych, opracowywaniu planów rozbudowy i modernizacji obiektów Szpitala oraz zabezpieczenia bieżącej eksploatacji urządzeń elektrycznych,
c) planowanie zapotrzebowania w zakresie części zamiennych, materiałów technicznych niezbędnych do utrzymania ciągłości ruchu Szpitala,
d) zapewnienie w ramach dostępnych środków finansowych warunków technicznych niezbędnych dla prawidłowej eksploatacji budynków i budowli, gospodarki paliwowo – energetycznej (urządzeń energetycznych, instalacji gazów, urządzeń chłodniczych, instalacji elektrycznej, sieci wodno – kanalizacyjnej, centralnego ogrzewania, urządzeń łączności, alarmowych i sygnalizacyjnych) aparatury i sprzętu medycznego oraz sprzętu techniczno – gospodarczego w celu zapewnienia ciągłości ruchu Szpitala,
e) przeprowadzanie, zgodnie z przepisami i zaleceniami zawartymi w dokumentacjach techniczno – ruchowych, napraw i remontów:
   1. maszyn i urządzeń Działu Utrzymania Ruchu,

2. urządzeń i instalacji gazów medycznych (tlen, podtlenek azotu, próżnia, sprężone powietrze oraz gazu ziemnego),
3. wewnętrznej sieci wodno – kanalizacyjnej wraz z urządzeniami,
4. budynków, budowli, dróg, ulic, parkingów i placów,
5. sprężarek powietrznych i pomp,

f) przeprowadzanie konserwacji maszyn i urządzeń technicznych, sieci wodno – kanalizacyjnej wewnętrznej, urządzeń transportu wewnętrznego, instalacji gazów medycznych, instalacji wewnętrznej i odbiorników gazu palnego,
g) prowadzenie remontów gospodarczych – naprawy mebli, łóżek, wózków transportowych, inwalidzkich itp. oraz wykonywanie napraw gospodarczych, konserwacji i remontów ogrodzenia, ławek, koszy na śmieci, dróg dojazdowych i chodników,
h) nadzorowanie i odbiór zleconych na zewnątrz w oparciu o zamówienia publiczne usług naprawczo – konserwacyjnych, przeglądów technicznych i remontów, ekspertyz technicznych, przeglądów wynikających z przepisów UDT,
i) zlecanie na zewnątrz z zachowaniem trybów zamówienia publicznego, montażu i rozruchu nowo zakupionego wyposażenia energetycznego, technicznego, techniczno – gospodarczego, nowych linii technologicznych, instalacji i sieci, usług naprawczo-konserwacyjnych i remontowych aparatury i sprzętu. Sprawowanie nadzoru formalno – prawnego nad tymi pracami .Nadzorowanie i potwierdzanie pod względem merytorycznym ich wykonania, egzekwowanie napraw gwarancyjnych,
j) sporządzanie dokumentacji lub zlecanie jej do wykonania na zewnątrz z zachowaniem postępowania o zamówieniach publicznych ,w zakresie rozbudowy i modernizacji, zaplecza energetycznego, techniczno – gospodarczego, budynków i budowli,
k) nadzór merytoryczny nad przygotowaniem i prowadzeniem postępowań w trybie nie podlegającym ustawie Prawo Zamówień Publicznych do wartości określonej w Regulaminie Udzielania Zamówień Publicznych,
l) nadzór merytoryczny nad realizacją zamówień publicznych związanych z zakresem działalności działu,
m) prowadzenie rejestru zamówień publicznych działu,
n) sprawdzanie i potwierdzanie faktur pod względem zgodności z przepisami pzp,
o) współpraca z właściwym terytorialnie Zakładem Energetycznym i innymi zewnętrznymi jednostkami organizacyjnymi, sprawującymi nadzór i kontrolę,
p) zapewnienie rozruchu urządzeń energetycznych i przyjmowanie do eksploatacji nowo zakupionych oraz nowo-instalowanych po przeprowadzonych remontach i naprawach własnych lub zleconych na zewnątrz i sporządzanie-potwierdzanie dokumentacji w tym zakresie,
q) współpraca z komórkami organizacyjnymi Szpitala (bhp. p.poż i innymi), których działalność ma bezpośredni związek z realizowanymi zadaniami,
r) przeprowadzanie okresowych przeglądów nieruchomości, urządzeń, sieci i instalacji elektrycznych oraz zapewnienia stosownych prac konserwacyjno-remontowych,
s) kompletowanie, aktualizowanie i archiwowanie dokumentacji technicznej,
t) prowadzenie zgodnie z przepisami obowiązującej dokumentacji techniczno-eksploatacyjnej urządzeń energetycznych, urządzeń elektrycznych i sprawozdawczości w tym zakresie,
u) występowanie o wydawanie orzeczeń o stanie technicznym wyposażenia techniczno-gospodarczego do upoważnionych zakładów lub instytucji,
v) sporządzanie obowiązującej sprawozdawczości w zakresie wykonywanych zadań Działu Utrzymania Ruchu,

w) prowadzenie całości spraw łącznie z przygotowaniem wniosku i uzyskaniem decyzji/opinii/postanowienia Państwowej Inspekcji Sanitarnej w związku z prowadzona działalnością Szpitala,
x) ustalanie terminów oraz realizacja zaleceń pokontrolnych, informacja o wykonaniu zaleceń,
y) prowadzenie całości spraw formalno-prawnych dotyczących emisji gazów, zrzutu ścieków, strefy ochronnej i ochrony środowiska,
z) kontrola użytkowa stanu technicznego oraz zgłaszanie do przeglądu urządzeń biurowych będących na wyposażeniu działu**,**
aa) znajomość i realizacja przez personel Polityki Jakości, norm Systemu Zarządzania Jakością ISO oraz norm związanych z Akredytacją Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia,
bb) realizacja innych zadań zleconych przez Dyrektora lub jego Z-cę ds. Eksploatacyjno-Technicznych.

2) w ramach **Sekcji Elektrycznej:**

a) opracowywanie rocznych planów rzeczowo – finansowych inwestycji, modernizacji i remontów oraz przeglądów i prac konserwacyjnych obiektów, urządzeń, sprzętu i wyposażenia technicznego Szpitala. Przedstawianie w/w tematach materiałów do opiniowania Radzie Społecznej Szpitala oraz prowadzenie sprawozdawczości,
b) opracowywanie rocznych planów remontów i konserwacji urządzeń elektrycznych, opracowywaniu planów rozbudowy i modernizacji obiektów Szpitala oraz zabezpieczenia bieżącej eksploatacji urządzeń elektrycznych,
c) planowanie zapotrzebowania w zakresie części zamiennych, materiałów technicznych niezbędnych do utrzymania ciągłości ruchu Szpitala,
d) zapewnienie w ramach dostępnych środków finansowych warunków technicznych niezbędnych dla prawidłowej eksploatacji budynków i budowli, gospodarki paliwowo – energetycznej (urządzeń energetycznych, instalacji gazów, urządzeń chłodniczych, instalacji elektrycznej, centralnego ogrzewania, urządzeń łączności, alarmowych i sygnalizacyjnych) aparatury oraz sprzętu techniczno – gospodarczego w celu zapewnienia ciągłości ruchu Szpitala,
e) eksploatacja urządzeń i instalacji elektrycznych w sposób zapewniający właściwe i zgodne z przeznaczeniem wykorzystanie urządzeń, racjonalne i oszczędne gospodarowanie energią elektryczną, bezpieczeństwo obsługi i otoczenia oraz zachowanie wymagań ochrony środowiska zgodnie z przepisami w tym zakresie,
f) zapewnienie przesyłu i rozdziału energii elektrycznej, w tym uzyskanej z rezerwowych źródeł zasilania – baterii akumulatorów i agregatów prądotwórczych,
g) zapewnienie montażu, rozruchu urządzeń elektrycznych i przyjmowanie do eksploatacji nowo zakupionych oraz nowo instalowanych po przeprowadzonych remontach i naprawach własnych lub zleconych na zewnątrz i sporządzanie – uaktualnianie dokumentacji w tym zakresie,
h) eksploatacja urządzeń i instalacji energetycznych w sposób zapewniający właściwe i zgodne z przeznaczeniem wykorzystanie urządzeń, racjonalne i oszczędne użytkowanie paliw i energii, bezpieczeństwo obsługi i otoczenia oraz zachowanie wymagań ochrony środowiska zgodnie z przepisami w tym zakresie,
i) wykonywanie prac zapewniających utrzymanie ruchu ciągłego Szpitala, usuwanie awarii i usterek,
j) zapewnienie rozruchu urządzeń energetycznych i przyjmowanie do eksploatacji nowo zakupionych oraz nowo-instalowanych po przeprowadzonych remontach i naprawach własnych lub zleconych na zewnątrz i sporządzanie-potwierdzanie dokumentacji w tym zakresie,

k) zapewnienie ciągłości ruchu obiektów, urządzeń i instalacji elektrycznych niskiego i wysokiego napięcia, aparatury kontrolno-pomiarowej i automatyki, łączności telefonicznej, radiowęzła, instalacji „comvox", „alvox", „intervox", domofonów, sieci nagłaśniającej i zegarowej. Sekcja elektryczna nie zapewnia ciągłości ruchu instalacji przeciwwłamaniowych, przeciwpożarowych, dźwigów, specjalistycznego sprzętu medycznego, komputerowego oraz instalacji i urządzeń objętych ważną gwarancją lub do nadzoru których wyznaczone są inne jednostki,
l) okresowe odczyty stanów liczników energii elektrycznej i innych liczników mediów. Wykonywanie pomiarów elektrycznych, oraz badanie stanu technicznego sieci i instalacji elektrycznych zgodnie z obowiązującymi przepisami,
m) sporządzanie obowiązującej sprawozdawczości w zakresie wykonywanych zadań Działu Utrzymania Ruchu,
n) kontrola użytkowa stanu technicznego oraz zgłaszanie do przeglądu urządzeń biurowych będących na wyposażeniu działu**,**
o) utrzymanie w należytym stanie technicznym i użytkowym budynków Szpitala, w tym instalacji, konstrukcji budowlanych i wnętrz,
p) znajomość i realizacja przez personel Polityki Jakości, norm Systemu Zarządzania Jakością ISO oraz norm związanych z Akredytacją Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia,
q) realizacja innych zadań zleconych przez Dyrektora lub jego Z-cę ds. Rozwoju, Usług i Innowacji Medycznych.

3) w ramach **Sekcji Ciepłowniczej:**
   a) opracowywanie rocznych planów rzeczowo – finansowych inwestycji, modernizacji i remontów oraz przeglądów i prac konserwacyjnych obiektów, urządzeń, sprzętu i wyposażenia technicznego Szpitala. Przedstawianie w/w tematach materiałów do opiniowania Radzie Społecznej Szpitala oraz prowadzenie sprawozdawczości,
   b) planowanie zapotrzebowania w zakresie części zamiennych, materiałów technicznych niezbędnych do utrzymania ciągłości ruchu Szpitala,
   c) zapewnienie w ramach dostępnych środków finansowych warunków technicznych niezbędnych dla prawidłowej eksploatacji budynków i budowli, gospodarki paliwowo – energetycznej (urządzeń energetycznych, urządzeń chłodniczych, centralnego ogrzewania, alarmowych i sygnalizacyjnych) oraz sprzętu techniczno – gospodarczego w celu zapewnienia ciągłości ruchu Szpitala,
   d) obsługa urządzeń energetycznych i kotłowni wraz z urządzeniami do rozdziału i przesyłania pary technologicznej, stacji uzdatniania i rozdziału wody, rozdzielni cieplnych i przepompowni kondensatu, sieci i instalacji oraz węzłów cieplnych c.o., c.t., c.w.u., stacji dezynfekcji ścieków oraz urządzeń wentylacyjno-klimatyzacyjnych,
   e) wykonywanie prac zapewniających utrzymanie ruchu ciągłego Szpitala, usuwanie awarii i usterek,
   f) rejestrowanie i analizowanie dobowego zużycia paliw i energii cieplnej w Szpitalu oraz przestrzeganie zasad składowania paliw stałych i ciekłych,
   g) dokonywanie określonych badań jakości wody zasilającej i wody kotłowej oraz innych badań laboratoryjnych wody i ścieków,
   h) zapewnienie rozruchu urządzeń energetycznych i przyjmowanie do eksploatacji nowo zakupionych oraz nowo-instalowanych po przeprowadzonych remontach i naprawach własnych lub zleconych na zewnątrz i sporządzanie-potwierdzanie dokumentacji w tym zakresie,
   i) przeprowadzanie niezbędnych konserwacji, przeglądów, napraw i remontów urządzeń energetycznych (kotłowni, sieci wodno-kanalizacyjnej zewnętrznej wraz z węzłami głównymi, centralnego ogrzewania – wymiennikowni wraz z głównymi węzłami, sieci i instalacji c.o. i odbiorników),

j) okresowe odczyty stanów wodomierzy, stanów podliczników wody zużywanej, i innych liczników mediów. Wykonywanie pomiarów oraz badanie stanu technicznego sieci i instalacji zgodnie z obowiązującymi przepisami,
k) prowadzenie spraw formalno – prawnych dotyczących emisji gazów oraz zrzutu ścieków,
l) sporządzanie obowiązującej sprawozdawczości w zakresie wykonywanych zadań Działu Utrzymania Ruchu,
m) kontrola użytkowa stanu technicznego oraz zgłaszanie do przeglądu urządzeń biurowych będących na wyposażeniu działu,
n) utrzymanie w należytym stanie technicznym i użytkowym budynków Szpitala, w tym instalacji, konstrukcji budowlanych, wnętrz i dachów,
o) znajomość i realizacja przez personel Polityki Jakości, norm Systemu Zarządzania Jakością ISO oraz norm związanych z Akredytacją Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia,
p) realizacja innych zadań zleconych przez Dyrektora lub jego Z-cę ds. Rozwoju, Usług i Innowacji Medycznych.

8. **Sekcja Inwestycji i Remontów** do zadań której należy:

1) nadzór nad prawidłowym przygotowaniem planu inwestycji i remontów oraz właściwą jego realizacją po zatwierdzeniu przez Dyrektora lub jego Z-cę ds. Rozwoju, Usług i Innowacji Medycznych,
2) przygotowywanie odpowiednich dokumentów potrzebnych do pozyskiwania środków finansowych, w tym z funduszy europejskich oraz uzyskanie wymaganych pozwoleń do prowadzenia zadań inwestycyjnych i remontowych przez WSZ,
3) przygotowanie wniosków dla Działu Zamówień Publicznych w celu wyłonienia wykonawców dokumentacji projektowej, zadań inwestycyjnych i remontowych,
4) dbałość o kompletność, integralność i rzetelność posiadanej dokumentacji projektowej w tym w szczególności projektu budowalnego wykonawczego,
5) współdziałanie z wykonawcami poszczególnych zadań inwestycyjnych i remontowych,
6) uczestniczenie w czynnościach odbiorowych poszczególnych robót budowlanych,
7) nadzór nad dokumentacją wykonawczą, odbiorową i powykonawczą,
8) zgłaszanie do Działu Ekonomicznego konieczność egzekwowania kar umownych w ramach umów zawartych na roboty budowlane,
9) nadzór na realizacją zadań wynikających z Prawa Zamówień Publicznych oraz nadzór nad prawidłową realizacją umów z zakresu działania Sekcji,
10) nadzór nad przeprowadzaniem okresowych przeglądów technicznych zarządzanych budynków i prawidłowym sporządzaniem protokołów z aktualizacją,
11) przygotowywanie okresowych informacji i sprawozdań z realizacji zadań objętych zakresem działania Sekcji Inwestycji i Remontów,
12) potwierdzanie pod względem merytorycznym faktur związanych z zadaniami inwestycyjnymi i remontowymi,
13) stosowanie wewnętrznego regulaminu zamówień publicznych w realizacji zadań związanych z zakresem prac Sekcji Inwestycji i Remontów,
14) uczestniczenie w pracach komisji przetargowej w zakresie działania Sekcji Inwestycji i Remontów,
15) współpraca z innymi komórkami organizacyjnymi WSZ,
16) opracowywanie rocznych planów rzeczowo – finansowych inwestycji, modernizacji i remontów oraz przeglądów. Przedstawianie w/w tematach materiałów do opiniowania Radzie Społecznej Szpitala oraz prowadzenie sprawozdawczości,
17) kompletowanie, aktualizowanie i archiwowanie dokumentacji technicznej,
18) kontrola użytkowa stanu technicznego oraz zgłaszanie do przeglądu urządzeń biurowych będących na wyposażeniu sekcji,

19) znajomość i realizacja Polityki Jakości, norm Systemu Zarządzania Jakością ISO oraz norm związanych z Akredytacją Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia,
20) realizacja innych zadań zleconych przez Dyrektora lub jego Z-cę ds. Rozwoju, Usług i Innowacji Medycznych.

9. **Sekcja Aparatury Medycznej** do zadań której należy:

1) opracowywanie rocznych planów rzeczowo – finansowych inwestycji, modernizacji, urządzeń, sprzętu i aparatury medycznej. Przedstawianie w/w tematach materiałów do opiniowania Radzie Społecznej Szpitala oraz prowadzenie sprawozdawczości,
2) planowanie zakupów lub przyjęcia darowizny nowej aparatury i sprzętu medycznego w oparciu o opinię Rady Społecznej Szpitala oraz decyzję Podmiotu tworzącego,
3) planowanie zapotrzebowania w zakresie części zamiennych, materiałów technicznych niezbędnych do udzielania świadczeń zdrowotnych,
4) zapewnienie w ramach dostępnych środków finansowych warunków technicznych niezbędnych dla prawidłowej eksploatacji w celu zapewnienia ciągłości ruchu Szpitala,
5) gromadzenie aktualnych informacji o aparaturze i sprzęcie medycznym, źródłach i warunkach dostawy, cenie, parametrach technicznych i użytkowych (prospekty, katalogi, cenniki, itp.),
6) przygotowywanie niezbędnych warunków do zainstalowania i uruchomienia oraz przekazanie do użytku zakupionej aparatury i sprzętu medycznego,
7) prowadzenie bieżącej ewidencji oraz kompletowanie i przechowywanie dokumentacji technicznej aparatury i sprzętu medycznego, będącego na wyposażeniu Szpitala,
8) zapewnienie przeglądów i konserwacji aparatury i sprzętu medycznego zgodnie z instrukcjami o prowadzeniu paszportów technicznych i wymaganiami eksploatacyjnymi oraz zleceniami producenta,
9) sporządzanie obowiązującej sprawozdawczości w zakresie wykonywanych zadań,
10) sporządzanie zestawień brakującego sprzętu i aparatury medycznej zgodnie z wymogami NFZ i wymogów prawa i przedstawianie Dyrektorowi do decyzji Zastępcy ds. Rozwoju, Usług i Innowacji Medycznych,
11) występowanie o wydawanie orzeczeń o stanie technicznym aparatury medycznej do upoważnionych zakładów lub instytucji, Du SI
12) kontrola użytkowa stanu technicznego oraz zgłaszanie do przeglądu urządzeń biurowych będących na wyposażeniu działu**,**
13) znajomość i realizacja Polityki Jakości, norm Systemu Zarządzania Jakością ISO oraz norm związanych z Akredytacją Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia,
14) realizacja innych zadań zleconych przez Dyrektora lub jego Z-cę ds. Rozwoju, Usług i Innowacji Medycznych.

10. **Dział Przeciwpożarowy** do zadań którego należy:,

1) realizacja zadań w zakresie zabezpieczenia przeciwpożarowego wszystkich obiektów należących do Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Kaliszu, zgodnie z obowiązującymi przepisami,
2) prowadzenie okresowych i doraźnych kontroli stanu bezpieczeństwa przeciwpożarowego w obiektach Szpitala,
3) analizowanie stanu bezpieczeństwa pożarowego w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Kaliszu i podejmowanie w tym zakresie przedsięwzięć,
4) sprawowanie nadzoru na rozmieszczeniem, sprawnością i konserwacją podręcznego sprzętu pożarniczego będącego na wyposażeniu Szpitala, oraz innych urządzeń przeciwpożarowych, oznakowanie i utrzymanie we właściwym stanie dróg ewakuacyjnych i pożarowych,

5) opracowywanie dla Szpitala „Instrukcji Bezpieczeństwa Pożarowego dla Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. L. Perzyny w Kaliszu" oraz planów ewakuacji w przypadku powstania pożarów lub innego miejscowego zagrożenia,
6) współdziałanie z właściwymi służbami w zakresie ustalania warunków bezpieczeństwa pożarowego w czasie prowadzenia prac pożarowo niebezpiecznych przy remontach, pracach modernizacyjnych i innych,
7) prowadzenie szkoleń z nowo przyjmowanymi pracownikami zgodnie z wytycznymi w tym zakresie, czynne przygotowanie pracowników do udziału w zapobieganiu i zwalczaniu pożarów na terenie Szpitala, oraz zapoznanie ich z przepisami przeciwpożarowymi,
8) planowanie potrzeb materialno – technicznych i finansowych na ochronę p.poż w zakładzie,
9) współpraca z terenową komendą straży pożarnej,
10) rozpoznanie zagrożeń pożarowych w Szpitalu,
11) nadzór nad realizacją zadań w zakresie zabezpieczenia przeciwpożarowego obiektów Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego zgodnie z obowiązującymi przepisami i wytycznymi w tym zakresie,
12) kontrola użytkowa stanu technicznego oraz zgłaszanie do przeglądu urządzeń biurowych będących na wyposażeniu działu.
13) wnioskowanie do Działu Zamówień Publicznych o wszczęcie postępowania przetargowego lub innego postępowania w trybie przewidzianym Regulaminem Zamówień Publicznych,
14) znajomość i realizacja przez personel Polityki Jakości, norm Systemu Zarządzania Jakością ISO oraz norm związanych z Akredytacją Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia,
15) realizacja innych zadań zleconych przez Dyrektora lub jego Z-cę ds. Rozwoju, Usług i Innowacji Medycznych.

§ 25

Skreślony

DZIAŁ VI
SPOSÓB KIEROWANIA KOMÓRKAMI ORGANIZACYJNYMI SZPITALA

ROZDZIAŁ I
OGÓLNE ZASADY

§ 26

Wewnętrznymi aktami normatywnymi obowiązującymi w Szpitalu są wydawane przez Dyrektora Szpitala:
1) zarządzenia,
2) regulaminy,
3) procedury,
4) standardy,
5) algorytmy
6) instrukcje.

§ 27

1. Akty normatywne, o których mowa w § 26 opracowuje w szczególności Dział Organizacyjny na wniosek Dyrekcji, lub właściwych merytorycznie komórek organizacyjnych Szpitala i samodzielnych stanowisk pracy sporządzających pisemny projekt aktu.
2. Zbiór aktów normatywnych, o których mowa w § 26 ewidencjonuje i przechowuje Dział Organizacyjny.

§ 28

1. Korespondencję wychodzącą na zewnątrz Szpitala, zawierającą oświadczenia woli, podpisuje Dyrektor Szpitala. Dyrektor może delegować to uprawnienie na wyznaczoną przez siebie osobę. Delegacja musi mieć formę pisemną.
2. Korespondencję wychodzącą na zewnątrz Szpitala, nie zawierającą oświadczeń woli, podpisują Z- cy Dyrektora oraz Kierownik Działu Organizacyjnego, każdy według swoich właściwości.
3. Korespondencja wychodząca na zewnątrz Szpitala, złożona do podpisu osobom, o których mowa w ust. 1 i 2 zawiera oznaczenia wskazujące osobę ją sporządzającą.
4. Korespondencję wewnętrzną podpisują kierownicy komórek organizacyjnych oraz pracownicy zatrudnieni na samodzielnych stanowiskach.
5. Obieg dokumentów wynika z instrukcji kancelaryjnej oraz zarządzeń w tej sprawie.

§ 29

1. Oddziałami szpitalnymi i ich pododdziałami, a także Zespołem Poradni Specjalistycznych kieruje kierownik. W ramach Oddziałów szpitalnych mogą funkcjonować pracownie.
2. Pogotowiem Ratunkowym kieruje Kierownik, któremu podlega bezpośrednio Pielęgniarka Koordynująca ds. Ratownictwa Medycznego. W ramach Pogotowia Ratunkowego funkcjonują: Dyspozytornia Medyczna, Zespoły Ratownictwa Medycznego Specjalistycznego, Zespoły Ratownictwa Medycznego Podstawowego, Zespoły Transportu Sanitarnego oraz Wyjazdowy Zespół Sanitarny Typu „N".
3. Zakładami diagnostycznymi, Blokiem operacyjnym i Centralną Sterylizatornią, Apteką, działami kierują kierownicy. W ramach zakładów diagnostycznych mogą funkcjonować pracownie, natomiast w ramach realizacji funkcji administracyjnych i technicznych mogą funkcjonować działy lub sekcje. Sekcje mogą być tworzone w działach lub ze względu na szerszy zakres zadań mogą mieć charakter samodzielny będąc podporządkowane Z-cy Dyrektora we właściwym pionie.
4. Sekcjami utworzonymi w działach mogą kierować kierownicy sekcji, natomiast sekcjami samodzielnymi kierują koordynatorzy podporządkowani bezpośrednio Z-cy Dyrektora we właściwym pionie.
5. Sekcjami mogą kierować kierownicy sekcji, którzy podlegają kierownikom działów w zakresie ich właściwości.
6. Kierownicy wymienieni w paragrafie poprzedzającym odpowiedzialni są za sprawne, należyte i zgodne z powierzonymi zadaniami działanie komórek organizacyjnych Szpitala.
7. W razie nieobecności kierownika komórki organizacyjnej, jego obowiązki przejmuje zastępca kierownika komórki organizacyjnej lub inna wyznaczona osoba.
8. Wyznaczenie zastępstwa wymaga akceptacji Dyrektora Szpitala lub jego właściwego Zastępcy albo Naczelnej Pielęgniarki.

ROZDZIAŁ II
UPRAWNIENIA, OBOWIĄZKI I ODPOWIEDZIALNOŚĆ OSÓB PEŁNIĄCYCH FUNKCJE KIEROWNICZE

§ 30

1. Zakres uprawnień i obowiązków **Dyrektora** obejmuje w szczególności:
   1) wytyczanie głównych kierunków rozwoju działalności Szpitala,
   2) planowanie i nadzorowanie działalności Szpitala,
   3) ustalanie wewnętrznych aktów normatywnych regulujących funkcjonowanie Szpitala,
   4) kontrolę i ocenę pracy komórek organizacyjnych oraz ich kierowników,
   5) wykonywanie czynności związanych z zatrudnianiem, zwalnianiem, nagradzaniem pracowników Szpitala,
   6) nadzór nad pozyskaniem funduszy oraz projektów ministerialnych, Unii Europejskiej,
   7) nadzór nad opracowywaniem planów i programów w zakresie remontów, inwestycji, zakupów inwestycyjnych oraz nadzorowanie ich realizacji,
   8) ustanawianie pełnomocników Dyrektora,

9) współdziałanie z organizacjami związków zawodowych działających w Szpitalu i innymi organizacjami zawodowymi pracowników,
10) koordynacja funkcjonowania i współpracy wszystkich struktur organizacyjnych Szpitala,
11) wykonywanie innych czynności związanych z zarządzaniem i kierowaniem Szpitala wynikających z obowiązujących przepisów.

2. W celu realizacji wymienionych wyżej zadań Dyrektor ma prawo zatrudniania zastępców.
3. Dyrektor jest odpowiedzialny za całokształt funkcjonowania Szpitala, a w szczególności za:
   1) tworzenie warunków organizacyjnych zapewniających uzyskiwanie optymalnych efektów wykonywania działalności ,
   2) dobór i właściwe wykorzystywanie kadr,
   3) zapewnianie pracownikom właściwych warunków pracy i warunków socjalno-bytowych,
   4) właściwą gospodarkę mieniem i środkami finansowymi,
   5) zabezpieczanie spraw objętych tajemnicą państwową i służbową.

§ 31

1. **Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa** kieruje i nadzoruje bezpośrednio działalnością medyczną Szpitala i podejmuje decyzje w sprawach wchodzących w zakres działania podległego mu pionu.
2. Zakres uprawnień i obowiązków Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa obejmuje w szczególności :
   1) tworzenie warunków należytej realizacji zadań statutowych Szpitala, związanych z dostępnością i poziomem udzielanych świadczeń zdrowotnych,
   2) zapewnienie zgodności zakresu i rodzaju udzielanych świadczeń zdrowotnych z zakresem i rodzajem świadczenia usług przewidzianych w Statucie, z przyjętymi standardami i procedurami medycznymi oraz rozwijanie medycznej działalności komercyjnej,
   3) wprowadzanie zarządzania procesami technologii medycznych w obrębach oddziałów szpitalnych poprzez analizy technologii medycznych,
   4) tworzenie zespołów działalności statutowej z uwzględnieniem minimalnej liczby pracowników udzielających poszczególnych świadczeń zdrowotnych oraz ich kwalifikacji,
   5) nadzór nad zachowaniem co najmniej minimalnych norm wyposażenia w sprzęt, aparaturę i środki medyczne oraz zachowanie tych standardów stosownie do obowiązujących przepisów,
   6) nadzór nad prawidłowością gospodarowania sprzętem i aparaturą medyczną,
   7) koordynacja i nadzór nad pracą podległych oddziałów, pododdziałów, zakładów i działów działalności podstawowej oraz współpraca z kierownikami innych działów Szpitala,
   8) organizowanie i inicjowanie współpracy z innymi podmiotami udzielającymi świadczenia zdrowotne i usługi medyczne,
   9) tworzenie warunków organizacyjnych i technicznych przechowywania dokumentacji medycznej zapewniających jej poufność, zabezpieczających przed dostępem osób nieupoważnionych, zniszczeniem lub zagubieniem oraz umożliwiających jej wykorzystanie bez zbędnej zwłoki zgodnie z przepisami prawnymi.
3. Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa odpowiedzialny jest za całokształt działalności medycznej Szpitala, a w szczególności ponosi odpowiedzialność za poziom udzielanych w Szpitalu świadczeń zdrowotnych, ich organizację, należyte wykonanie, sprawne i skuteczne działanie.
4. Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala i przed nim odpowiada za wykonywanie ciążących na nim zadań.

§ 32

1. **Naczelna Pielęgniarka** podlega bezpośrednio Dyrektorowi Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. Ludwika Perzyny w Kaliszu.
2. Naczelnej Pielęgniarce podlega bezpośrednio Zastępca Naczelnej Pielęgniarki, a pośrednio pielęgniarki /położne oddziałowe, koordynujące, zespoły pielęgniarek i położnych, opiekunowie medyczni, Kierownik Techników Elektroradiologii, technicy elektroradiologii w ZDOiRI, SOR i Pracowni Hemodynamiki, sekretarki medyczne, sanitariusze i pomoce w Centralnej Sterylizatorni.
3. Na czas nieobecności Naczelna Pielęgniarka swoje zadania i uprawnienia w ustalonym zakresie przekazuje Zastępcy Naczelnej Pielęgniarki.
4. Naczelna Pielęgniarka jest odpowiedzialny za zapewnienie sprawności w organizacji i funkcjonowaniu kompleksowej opieki pielęgniarskiej i położniczej oraz innego podległego personelu.
5. Do zadań Naczelnej Pielęgniarki należy:

   1) współudział w zarządzaniu szpitalem i planowaniu strategicznym szpitala oraz zarządzaniu zasobami i informacją,
   2) bezpośredni nadzór nad organizacją pracy Zastępcy Naczelnej Pielęgniarki oraz pośredni nad pielęgniarkami i położnymi oddziałowymi i koordynującymi oraz innego podległego personelu medycznego,
   3) nadzór nad polityką kadrową podległego personelu, ich liczby, struktury i poziomu kwalifikacji,
   4) nadzór merytoryczny nad realizacją umów zawartych przez szpital w części związanej z wykonywaniem zadań podległego pionu,
   5) zatwierdzanie zakresów obowiązków, odpowiedzialności i uprawnień dla podległych pracowników,
   6) współpraca z przedstawicielami Dyrekcji oraz Kierownikami oddziałów szpitalnych,
   7) kontrola dokumentacji podległego personelu pod kątem prawidłowości jej prowadzenia i modyfikacji,
   8) opracowywanie, opiniowanie, zatwierdzanie standardów opieki pielęgniarskiej, położniczej oraz podległego personelu medycznego, a także programów doskonalenia jakości opieki,
   9) analiza zapotrzebowania i zatwierdzanie planów szkoleń dla podległego personelu,
   10) analiza rynku pod kątem zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne podległego personelu medycznego,
   11) nadzór nad szkoleniem pielęgniarek i położnych, które odbywają przeszkolenie po 5-letniej przerwie w wykonywaniu zawodu oraz praktykami zawodowymi studentów skierowanych na odbycie praktyk studenckich w zakresie podległego pionu,
   12) bieżące monitorowanie stanu prawnego w zakresie wykonywanych obowiązków,
   13) realizacja obowiązków wynikających z wprowadzenia Systemu Zarządzania Jakością, Systemu Kontroli Zarządczej oraz Akredytacji,
   14) ustawiczne podnoszenie kwalifikacji zawodowych poprzez samokształcenie oraz uczestnictwo w kursach, sympozjach itp.
   15) znajomość i realizacja Polityki Jakości, norm Systemu Zarządzania Jakością ISO oraz norm związanych z Akredytacją Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia,
   16) realizacja innych zadań zleconych przez Dyrektora.

§ 33

1. **Zastępca Dyrektora ds. Rozwoju, Usług i Innowacji Medycznych** kieruje, koordynuje i nadzoruje całokształtem działalności Szpitala w zakresie spraw ekonomiczno-administracyjnych, techniczno-eksploatacyjnych, informatycznych, planowania i analiz finansowo-ekonomicznych, zamówień publicznych zaopatrzenia i

podejmuje decyzje w sprawach wchodzących w zakres działania podległego mu pionu.

2. Zakres uprawnień i obowiązków Zastępca Dyrektora ds. Rozwoju, Usług i Innowacji Medycznych obejmuje w szczególności:
   1) analizę rynku medycznego i opłacalności realizowanych świadczeń medycznych oraz wyznaczanie kierunków świadczeń o wysokiej rentowności,
   2) kreowanie strategii rozwoju i działania Szpitala z uwzględnieniem projektów innowacyjnych,
   3) zarządzanie realizacją usług medycznych z zapewnieniem oczekiwanego poziomu jakości, przychodu, rentowności,
   4) nadzór nad realizacją założonego planu sprzedażowego i strategii rozwoju,
   5) nawiązywanie relacji z partnerami biznesowymi, organizacjami branżowymi itp.,
   6) prowadzenie analizy konkurencji w zakresie oferty
   7) ścisłą współpracę projektową ze wszystkimi jednostkami organizacyjnymi Szpitala,
   8) regularną kontrolę bieżących statystyk i raportów oraz analiza kosztów,
   9) identyfikowanie nowych potrzeb pacjentów, rekomendowanie i inicjowanie nowych usług i procesów,
   10) kontrolę i nadzór nad całokształtem prac związanych z prowadzeniem gospodarki finansowej zgodnie z obowiązującymi przepisami,
   11) nadzór nad całokształtem prac z zakresu analiz ekonomicznych, zamówień publicznych, zaopatrzenia oraz informatyzacji szpitala,
   12) przygotowywanie – we współpracy z głównym księgowym – i przedkładanie do zatwierdzenia projektu planu finansowego Szpitala oraz nadzór nad jego realizacją,
   13) nadzór nad przygotowaniem bieżącej sprawozdawczości dotyczącej analiz ekonomicznych,
   14) prowadzenie negocjacji z kontrahentami w zakresie dochodzenia należności i spłaty zobowiązań,
   15) planowanie i nadzór nad wykorzystaniem środków finansowych związanych z bieżącym funkcjonowaniem Szpitala ze szczególnym uwzględnieniem rachunku kosztów,
   16) planowanie środków finansowych związanych z długoletnim funkcjonowaniem Szpitala w ujęciu długoterminowej strategii zarządzania,
   17) prowadzenie analiz i prognoz ekonomicznych w zakresie gospodarki finansowej zakładu,
   18) opiniowanie wniosków i dokumentów związanych z wykonywaniem uprawnień zwierzchnika służbowego, powodujących istotne zobowiązanie finansowe dla Szpitala,
   19) nadzór merytoryczny i finansowy nad przestrzeganiem przepisów prawa zamówień publicznych,
   20) monitorowanie wydatków Szpitala z tytułu umów zawartych w trybie zamówień publicznych,
   21) nadzór nad pozyskiwaniem dofinansowania z innych źródeł niż NFZ, w szczególności z funduszy strukturalnych UE,
   22) nadzór i koordynowanie działań służb logistycznych Szpitala oraz innych komórek, organizacyjnych związanych z procesami zaopatrzenia Szpitala,
   23) nadzór nad procesami zaopatrzenia,
   24) nadzór nad przestrzeganiem obiegu dokumentów i prowadzeniem dokumentacji oraz obiegiem informacji w sprawach administracyjnych zgodnie z obowiązującymi w Szpitalu zasadami (regulaminami, zarządzaniami i instrukcjami),
   25) opracowywanie projektów planów restrukturyzacji celem osiągnięcia lepszych wyników finansowych,

26) organizowanie procesu zarządzania nieruchomościami będącymi w dyspozycji Szpitala,
27) zarządzanie powierzchnią użytkową przeznaczoną na cele reklamy i promocji na terenie obiektu oraz w zakresie działalności przedstawicieli producentów i dystrybutorów leków, produktów leczniczych i kosmetycznych,
28) zapewnienie warunków technicznych i eksploatacyjnych niezbędnych do prowadzenia racjonalnej gospodarki urządzeniami i instalacjami energetycznymi, sprzętem i wyposażeniem techniczno – gospodarczym, aparaturą i sprzętem medycznym, budynkami i budowlami oraz paliwami i energią,
29) bilansowanie potrzeb w zakresie remontów i inwestycji w układzie rzeczowo-finansowym niezbędnych dla sprawnego funkcjonowanie Szpitala,
30) opracowywanie rocznych i wieloletnich planów rzeczowo-finansowych inwestycji, modernizacji i remontów oraz przeglądów i prac konserwacyjnych budynków, budowli, urządzeń, sprzętu i wyposażenia technicznego i gospodarczego Szpitala,
31) nadzorowanie ciągłości ruchu szpitala, w tym : gospodarki paliwowo energetycznej, eksploatacji urządzeń energetycznych, elektrycznych, gazów medycznych, urządzeń chłodniczych, sieci wodno-kanalizacyjnej, centralnego ogrzewania, urządzeń łączności alarmowych i sygnalizacyjnych, aparatury i sprzętu medycznego,
32) planowanie zakupów lub przyjęcia darowizny nowej aparatury i sprzętu medycznego w oparciu o opinię Rady Społecznej Szpitala oraz decyzję Podmiotu tworzącego,
33) występowanie za pośrednictwem Działu Organizacyjnego z wnioskami do Podmiotu tworzącego w sprawie zakupu, zbycia, wydzierżawienia lub wynajęcia majątku trwałego Szpitala,
34) przedstawianie do opinii Rady Społecznej, Planu Inwestycyjnego i rocznego sprawozdania z realizacji Planu Inwestycyjnego Szpitala,
35) nadzór nad zapewnieniem niezbędnych napraw, remontów i konserwacji wyposażenia technicznego poprzez zabezpieczenie usług przez wyspecjalizowane jednostki serwisu technicznego oraz własnymi siłami w ramach posiadanych uprawnień,
36) nadzorowanie i odbiór robót i usług zleconych do wykonania na zewnątrz w oparciu o przeprowadzone przetargi zgodnie z obowiązującymi przepisami,
37) nadzór nad zgodnym z przepisami wdrożeniem do eksploatacji nowo zakupionego wyposażenia technicznego i gospodarczego,
38) dokonywanie analiz wykorzystania wyposażenia techniczno-gospodarczego, zużycia czynników energetycznych oraz nadzór nad planowaniem potrzeb na części zamienne i materiały eksploatacyjne i podejmowanie działań zmierzających do racjonalizacji gospodarki w tym zakresie,
39) kontrolowanie racjonalnego wykorzystywania zużywanych środków rzeczowych i finansowych na działalność eksploatacyjno-techniczną oraz uzgadnianie środków finansowych niezbędnych na dokonanie zakupów z Głównym Księgowym,
40) nadzorowanie pilnych prac związanych z utrzymaniem ruchu ciągłego Szpitala, zwłaszcza w zakresie usuwania awarii i usterek,
41) nadzór nad prowadzeniem dokumentacji technicznej budynków i budowli oraz wyposażenia techniczno – gospodarczego,
42) prowadzenie całokształtu zagadnień związanych z wykonawstwem i rozliczaniem zadań inwestycyjnych,
43) negocjowanie warunków dostaw czynników energetycznych z określonymi zakładami, instytucjami itp. i wnioskowanie zmian do zawartych umów,
44) współpraca z jednostkami zewnętrznymi w zakresie spraw technicznych dotyczących szpitala,
45) koordynacja działań w zakresie gospodarki sprzętem i aparaturą medyczną (planowanie wg zgłoszonych potrzeb, zakupy zgodnie z obowiązującymi

procedurami przetargów, instalowanie i przekazywanie do użytku, zapewnienie przeglądów technicznych, konserwacji, remontów, legalizacji wg możliwości i uprawnień własnych lub zlecanie na zewnątrz),

46) współpraca z Kierownikami Oddziałów, Kierownikami Zakładów Diagnostycznych oraz pozostałych komórek działalności podstawowej na odcinku zakresu remontów i modernizacji oddziałów – zakładów, wyposażenia technicznego, wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną oraz napraw i konserwacji,
47) sprawowanie nadzoru nad opracowywaniem analiz z działalności eksploatacyjno-technicznej oraz obowiązującej sprawozdawczości,
48) współpraca z wydziałem Zarządzania Kryzysowego i Spraw obronnych Urzędu Miejskiego oraz Urzędu Marszałkowskiego Województwa Wielkopolskiego w zakresie spraw awaryjnych,
49) nadzorowanie spraw dotyczących prawidłowego stosowania Ustawy Prawo Zamówień Publicznych w zakresie działalności podległego pionu.
50) rozpatrywanie skarg i wniosków dotyczących sposobu wykonywania obowiązków przez podległych pracowników,
51) współpraca z kadrą kierowniczą Szpitala w zakresie realizowanych zadań,
52) współpraca z podmiotami zewnętrznymi i organami kontrolnymi,
53) nadzór nad realizacją zaleceń pokontrolnych formułowanych przez organy kontroli zewnętrznej oraz zaleceń wewnętrznych związanych z funkcjonowaniem podległych działów,
54) wnioskowanie, analizowanie, zgłaszanie projektów i propozycji dotyczących obszaru realizowanych zadań,

3. Zastępca Dyrektora ds. Rozwoju, Usług i Innowacji Medycznych ponosi odpowiedzialność za prawidłową realizację gospodarki finansowej Szpitala korzystając, w szczególności z informacji płynących z ewidencji księgowej oraz za prawidłowe funkcjonowanie całokształtu spraw technicznych Szpitala.
4. Zastępca Dyrektora ds. Rozwoju, Usług i Innowacji Medycznych podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala i przed nim odpowiada za wykonywanie ciążących na nim zadań.

§ 34

Skreślony.

ROZDZIAŁ III UPRAWNIENIA, OBOWIĄZKI I ODPOWIEDZIALNOŚĆ KIEROWNIKÓW KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH ORAZ SAMODZIELNYCH STANOWISK

§ 35

1. **Starszy Lekarz Dyżurny** koordynuje działalnością oddziałów szpitalnych w czasie pełnienia dyżurów.
2. Zakres obowiązków Starszego lekarza Dyżurnego obejmuje w szczególności:
   1) nadzorowanie pracy lekarzy dyżurnych w oddziałach szpitalnych,
   2) kontrolę wykonania wydanych zaleceń.
   3) zapewnienie na wniosek lekarzy dyżurnych oddziałów określonej pomocy konsultacyjnej dla chorych o skomplikowanych przypadkach chorobowych
   4) informowanie o swoim miejscu pobytu w przypadku opuszczenia oddziału szpitalnego,
   5) koordynację decyzji o przeniesieniu pacjenta z oddziału do oddziału jeżeli:
      a) wystąpiły powikłania zagrażające życiu lub zdrowiu pacjenta bądź jego otoczenia ,
      b) zachodzi potrzeba udzielenia pomocy większej liczbie pacjentów (postępując wówczas w myśl instrukcji awaryjnej Szpitala),
   6) decydowanie o zgłoszeniu właściwym organom przypadków przyjęcia do Szpitala lub zgonu pacjentów, co do których zachodzi podejrzenie o dokonanie przestępstwa,

7) przyjmowanie raportów lekarzy dyżurnych poszczególnych oddziałów po zakończeniu dyżuru,
8) składanie raportów Dyrektorowi Szpitala poprzez wpis w„ Księdze raportów Starszego Lekarza Dyżurnego Szpitala” .

§36

1. **Kierownik oddziału** lekarz kierujący działalnością oddziału szpitalnego zgodnie z ustalonymi regulaminami i obowiązującymi przepisami.
2. Zakres obowiązków kierownika oddziału obejmuje w szczególności:
   1) zapewnienie sprawnego funkcjonowania oddziału pod względem lekarskim, ekonomicznym, administracyjno - gospodarczym, wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny oraz właściwego leczenia pacjentów i całodobowego zabezpieczenia pracy oddziału,
   2) kierowanie działalnością oddziału dla zapewnienia chorym właściwego poziomu postępowania diagnostyczno-terapeutycznego oraz rehabilitacyjnego przy zachowaniu bezpieczeństwa na oddziale,
   3) przeprowadzanie badań chorych, ustalanie rozpoznania oraz kierunków i metod leczenia zgodnie z postępem wiedzy lekarskiej,
   4) dokonywanie codziennego obchodu chorych w salach oddziału,
   5) omawianie z lekarzami wybranych stanów chorobowych, w szczególności sposobu ustalenia rozpoznania i metod leczenia oraz podejmowanie decyzji w tym zakresie,
   6) nadzorowanie przestrzegania zasady szczegółowego informowania lekarzy dyżurnych o wszystkich chorych na oddziale, ze szczególnym uwzględnieniem stanów ciężkich,
   7) zasięganie opinii specjalisty regionalnego przy wprowadzaniu nowych metod leczenia w porozumieniu z Z-cą Dyrektora ds. Lecznictwa,
   8) wnioskowanie o potrzebie zwołania konsylium lekarskiego w przypadkach trudności w ustaleniu rozpoznania,
   9) udział w organizowaniu pomocy lekarskiej w razie masowych wypadków lub zachorowań, klęsk żywiołowych na terenie działalności Szpitala,
   10) uczestnictwo w odprawach Kierowników organizowanych przez Z-cę Dyrektora ds. Lecznictwa,
   11) zapewnienie właściwego trybu postępowania w przypadku usług medycznych świadczonych odpłatnie:
      a) osobom nieuprawnionym do bezpłatnych świadczeń medycznych,
      b) cudzoziemcom, zgodnie z obowiązującymi przepisami,
      c) pacjentom w przypadkach wynikających z Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r.,
      d) działalności leczniczej,
   12) nadzorowanie prawidłowego i terminowego prowadzenia obowiązującej dokumentacji medycznej, statystycznej oraz ich obiegu i przechowywania,
   13) nadzorowanie prowadzenia, udostępnianie i zabezpieczanie prowadzonej na oddziale zarówno w formie pisemnej, jak i w formie przekazu elektronicznego dokumentacji medycznej,
   14) nadzorowanie przestrzegania obowiązku przesyłania historii chorób do Zakładu Patomorfologii w przypadkach zgonu chorych,
   15) występowanie do Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa z wnioskiem o zwolnienie z sekcji zwłok,
   16) udział w sekcjach anatomopatologicznych i analizowanie wyników sekcji oraz rozpatrywanie ewentualnych niezgodności między rozpoznaniem klinicznym a anatomopatologicznym i uchybień w przeprowadzonym leczeniu,
   17) informowanie chorych zgłaszających wcześniejsze wypisania ze Szpitala wbrew opinii lekarskiej o następstwach wynikających z tego faktu oraz wypisywanie przedwczesne chorych na podstawie pisemnych oświadczeń zainteresowanych lub opiekunów chorego o wypisie na własne żądanie, pomimo poinformowania o odpowiedzialności i skutkach,

18) udzielanie pacjentowi oraz innej osobie/osobom przez niego upoważnionym informacji o stanie jego zdrowia osobiście lub przez lekarza dyżurnego w wyznaczonych terminach. W przypadkach pogorszenia stanu zdrowia dopilnowanie zawiadomienia rodziny lub opiekunów,
19) zgłaszanie wniosków do Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa o wyciągnięcie konsekwencji wobec chorych nie przestrzegających regulaminów szpitalnych oraz zawiadamianie o każdym wykroczeniu pracownika w stosunku do obowiązujących zasad pomocy lekarskiej i pielęgniarskiej, jak również o nieprzestrzeganiu reguł etycznych oraz naruszeniu dyscypliny pracy,
20) pozostawanie w dyspozycji oddziału w zależności od potrzeb wynikających z toku pracy oraz zgłaszanie się do oddziału na wezwanie zatrudnionych lekarzy, lekarza dyżurnego i Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa,
21) udzielanie w razie potrzeby konsultacji, podejmowanie decyzji oraz zabezpieczanie potrzeb oddziału po godzinach ordynacji,
22) nadzorowanie przestrzegania praw pacjentów,
23) nadzór nad ustalaniem diet dla chorych,
24) wydawanie zezwoleń na odwiedziny chorych poza ustalonymi terminami,
25) powiadamianie właściwych organów i instytucji o podejrzeniu, że przyczyną hospitalizacji pacjenta jest popełnienie czynu zabronionego, zgłaszanie chorób zakaźnych i zakażeń zgodnie z obowiązującymi przepisami do właściwej ze względu na miejsce zamieszkania pacjenta stacji sanitarno epidemiologicznym,
26) nadzór i kontrola nad przestrzeganiem przez pracowników oddziału zasad profilaktyki zakażeń szpitalnych oraz utrzymaniem oddziału w należytym stanie sanitarno-higienicznym i porządkowym i kontrola terminów obowiązkowych badań i szczepień personelu,
27) czuwanie nad prawidłowym tokiem pracy w oddziale oraz nadzorowanie pod względem fachowym i etycznym pracy podległego personelu,
28) określanie zadań szczegółowych związanych ze specyfiką oddziału i zakresów czynności pracowników bezpośrednio podległych,
29) egzekwowanie przestrzegania dyscypliny pracy przez personel oddziału,
30) przestrzeganie zasad etyczno – moralnych i sumienności zawodowej,
31) sprawowanie nadzoru nad świadczeniem usług medycznych w oddziale, prawidłową obsługą i eksploatacją sprzętu , aparatury i urządzeń,
32) stosowanie i kontrola przestrzegania przez personel oddziału obowiązujących przepisów prawnych, szczególnie w zakresie ochrony zdrowia, ochrony informacji niejawnych, prawa pracy, ochrony mienia, bezpieczeństwa i higieny pracy, ochrony przeciwpożarowej,
33) sprawowanie kontroli nad działalnością oddziału w ramach kontroli wewnętrznej oraz kontrola i ocena pracy personelu oddziału,
34) zgłaszanie uwag i wniosków Naczelnej Pielęgniarce w zakresie personelu medycznego podległego jego pionu,
35) bieżące informowanie Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa o trudnościach i problemach oraz wnioskowanie przedsięwzięć usprawniających,
36) współpraca z Kierownikami Oddziałów i Kierownikami pozostałych komórek organizacyjnych działalności podstawowej w zakresie konsultacji i ustalania postępowania diagnostyczno-terapeutycznego i rehabilitacyjnego,
37) sporządzanie rozkładu czasu pracy i grafiku dyżurów w porozumieniu z lekarzami zatrudnionymi w Oddziale i przedstawianie do zatwierdzenia Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa,
38) przeprowadzanie analiz chorób leczonych w oddziale i przedstawianie Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa wyników tych analiz oraz wniosków,
39) uczestniczenie w opracowywaniu ofert do NFZ na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie dotyczącym reprezentowanej specjalności oddziału,

40) podejmowanie decyzji o zastosowaniu określonych procedur medycznych, w szczególności generujących wysokie koszty,
41) nadzorowanie i kontrola racjonalnego wykorzystania łóżek w oddziale z uwzględnieniem zabezpieczenia koniecznych miejsc dla chorych przyjmowanych w czasie ostrego dyżuru,
42) zapewnienie realizacji zadań w zakresie monitorowania kosztów działalności oddziału,
43) bieżąca analiza działalności oddziału pod kątem ponoszonych kosztów, we współpracy z Działem Ekonomicznym,
44) nadzorowanie przestrzegania limitów świadczeń zdrowotnych oraz pozostałych warunków ustalonych w podpisanych umowach i bieżące informowanie Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa o przypadkach przekroczenia limitów,
45) zapewnienie realizacji zadań w zakresie bieżącego monitorowania świadczeń zdrowotnych udzielanych w ramach umów podpisanych przez Szpital oraz nadzór nad prawidłowym i terminowym sporządzaniem wymaganej sprawozdawczości z realizacji tych umów,
46) nadzorowanie i inicjowanie programów promocji zdrowia w odniesieniu do pacjentów hospitalizowanych w oddziale,
47) wnioskowanie do Działu Zamówień Publicznych o wszczęcie postępowania przetargowego lub innego postępowania w trybie przewidzianym Regulaminem Zamówień Publicznych,
48) znajomość i realizacja przez personel Polityki Jakości, norm Systemu Zarządzania Jakością ISO oraz norm związanych z Akredytacją Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia,
49) realizacja innych zadań zleconych przez Dyrektora lub jego Zastępców.

§37

1. **Kierownik Zespołu Poradni Specjalistycznych** kieruje działalnością Zespołu Poradni Specjalistycznych zgodnie z ustalonymi regulaminami i obowiązującymi przepisami.
2. Zakres obowiązków kierownika ZSP obejmuje w szczególności:
   1) organizowanie, koordynowanie i nadzorowanie działalności zespołu poradni specjalistycznych zgodnie z obowiązującymi przepisami,
   2) planowanie realizacji zadań, ustalanie wykonawców, wytycznych oraz metod i kontrola racjonalnego przebiegu pracy,
   3) określanie pracownikom zadań-zakresów czynności z uwzględnieniem odpowiedzialności i współodpowiedzialności materialnej za powierzone mienie oraz za zlecony nadzór i kontrolę przydzielonego odcinka pracy,
   4) zapewnienie niezbędnego wyposażenia dla stanowisk pracy, sprzętu, aparatury, narzędzi itp. oraz właściwych warunków pracy i zgłaszanie potrzeb w tym zakresie,
   5) zapewnienie właściwego przebiegu adaptacji społeczno-zawodowej nowo przyjmowanych pracowników,
   6) egzekwowanie przestrzegania dyscypliny pracy przez podległych pracowników, właściwego i terminowego wykonawstwa zadań prawidłowej obsługi i eksploatacji sprzętu, aparatury, maszyn i urządzeń oraz przeprowadzanie kontroli pracy na wszystkich zmianach pracy,
   7) przestrzeganie zasad etyczno-moralnych i sumienności zawodowej,
   8) stosowanie i kontrola przestrzegania przez pracowników obowiązujących przepisów prawnych, szczególnie w zakresie ochrony informacji niejawnych, prawa pracy, ochrony mienia, bezpieczeństwa i higieny pracy, ochrony przeciwpożarowej,
   9) rozpatrywanie i załatwianie skarg i wniosków zgłaszanych przez podległych pracowników,
   10) zapewnienie realizacji zadań w zakresie monitorowania kosztów działalności podległych poradni,

11) sprawowanie kontroli nad działalnością poradni specjalistycznych w ramach kontroli wewnętrznej oraz kontrola i ocena pracy pracowników,
12) bieżące informowanie przełożonego o wykonaniu zadań, występujących trudnościach i problemach oraz wnioskowanie przedsięwzięć usprawniających pracę kierowanej komórki,
13) wykonywanie poleceń zwierzchnika oraz realizowanie zadań wynikających z aktów prawnych,
14) organizowanie i koordynowanie całokształtu funkcjonowania Zespołu Poradni Specjalistycznych,
15) koordynowanie i sprawowanie nadzoru nad udzielaniem specjalistycznych świadczeń ambulatoryjnych w poradniach specjalistycznych, w tym :
    a) zabezpieczenie kadrowe, zapewnienie poziomu jakości i dostępności świadczonych usług oraz przestrzeganie ustalonych godzin przyjęć,
    b) wykonywanie zabiegów i procedur leczniczych wchodzących w zakres realizowanych przez poradnie świadczeń zdrowotnych,
    c) udzielanie specjalistycznych świadczeń ambulatoryjnych pacjentom z Unii Europejskiej, zgodnie z zasadami określonymi w przepisach wspólnotowych o koordynacji,
16) zapewnienie przestrzegania w poradniach specjalistycznych szczegółowych warunków umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia, w tym w zakresie liczby zakontraktowanych świadczeń, ciągłości udzielania świadczeń, wymaganych tablic informacyjnych, trybu informowania o zaistniałych zmianach itp.,
17) akceptowanie uzasadnionych wniosków dotyczących zmian w harmonogramie udzielania świadczeń w poradniach oraz zapewnienie uzyskania zgody NFZ w tym zakresie,
18) monitorowanie i przeprowadzanie bieżących analiz z realizacji umów w zakresie ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia i innymi odbiorcami usług medycznych oraz podejmowanie działań zmierzających do doskonalenia funkcjonowania Zespołu Poradni Specjalistycznych,
19) nadzorowanie i koordynowanie prac związanych z zawieraniem umów na udzielanie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych realizowanych w Zespole Poradni Specjalistycznych, z Narodowym Funduszem Zdrowia oraz innymi odbiorcami usług medycznych i przekazywanie propozycji Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa,
20) nadzór nad orzekaniem o stanie zdrowia, realizowanym przez lekarzy Zespołu Poradni Specjalistycznych,
21) nadzór i kontrola przestrzegania przez podległych pracowników zasad profilaktyki zakażeń szpitalnych oraz utrzymania Zespołu Poradni Specjalistycznych w należytym stanie sanitarno-epidemiologicznym i porządkowym, a także dokonywanie kontroli terminów obowiązkowych badań i szczepień personelu,
22) zgłaszanie uwag i wniosków Naczelnej Pielęgniarce w zakresie personelu medycznego podległego jego pionu,
23) zapewnienie prawidłowego i terminowego prowadzenia, obiegu i przechowywania obowiązującej dokumentacji, sprawozdawczości i statystyki medycznej z zakresu działalności Zespołu Poradni Specjalistycznych,
24) nadzór i kontrola gospodarki lekami i artykułami sanitarnymi w poradniach specjalistycznych,
25) nadzorowanie gospodarki aparaturą, urządzeniami, sprzętem medycznym, wyposażeniem poradni specjalistycznych z zapewnieniem prowadzenia obowiązującej ewidencji stanu i ruchu, prawidłowej eksploatacji, właściwej ochrony i zabezpieczenia mienia,
26) współpraca z służbami technicznymi w zakresie utrzymania w stałej sprawności technicznej sprzętu i aparatury medycznej w poradniach oraz przeciwdziałanie awariom,

27) rozpatrywanie skarg i wniosków składanych w zakresie działalności poradni specjalistycznych,
28) przeprowadzanie wizytacji poradni specjalistycznych w ramach kontroli wewnętrznej,
29) uczestnictwo w odprawach Kierowników Oddziałów organizowanych przez Z-cę Dyrektora ds. Lecznictwa,
30) bieżąca analiza działalności Zespołu Poradni Specjalistycznych pod kątem ponoszonych kosztów, we współpracy z Działem Ekonomicznym,
31) wnioskowanie do Działu Zamówień Publicznych o wszczęcie postępowania przetargowego lub innego postępowania w trybie przewidzianym Regulaminem Zamówień Publicznych,
32) znajomość i realizacja przez personel Polityki Jakości, norm Systemu Zarządzania Jakością ISO oraz norm związanych z Akredytacją Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia,
33) realizacja innych zadań zleconych przez Dyrektora lub jego Zastępców.

§ 38

1. **Kierownik Zakładu** kieruje działalnością zakładu zgodnie z ustalonymi regulaminami i obowiązującymi przepisami.
2. Zakres obowiązków kierownika zakładu obejmuje w szczególności:
   1) organizowanie, koordynowanie i nadzorowanie działalności komórki zgodnie z obowiązującymi przepisami,
   2) planowanie realizacji zadań z zachowaniem zasad gospodarności, ustalanie wykonawców, wytycznych oraz metod wykonawstwa i kontrola racjonalnego przebiegu pracy,
   3) określanie pracownikom zadań-zakresów czynności z uwzględnieniem odpowiedzialności i współodpowiedzialności materialnej za powierzone mienie oraz za zlecony nadzór i kontrolę przydzielonego odcinka pracy,
   4) zapewnienie niezbędnego wyposażenia dla stanowisk pracy, sprzętu, aparatury, narzędzi itp. oraz właściwych warunków pracy i zgłaszanie potrzeb w tym zakresie,
   5) zapewnienie szkolenia pracowników oraz przeprowadzanie instruktażu na stanowisku pracy w zakresie zasad i przepisów BHP,
   6) zapewnienie właściwego przebiegu adaptacji społeczno-zawodowej nowo przyjmowanych pracowników,
   7) egzekwowanie przestrzegania dyscypliny pracy przez podległych pracowników, właściwego i terminowego wykonawstwa zadań prawidłowej obsługi i eksploatacji sprzętu, aparatury, maszyn i urządzeń oraz przeprowadzanie kontroli pracy na wszystkich zmianach pracy,
   8) przestrzeganie zasad etyczno-moralnych i sumienności zawodowej,
   9) stosowanie i kontrola przestrzegania przez pracowników obowiązujących przepisów prawnych, szczególnie w zakresie ochrony informacji niejawnych, prawa pracy, ochrony mienia, bezpieczeństwa i higieny pracy, ochrony przeciwpożarowej,
   10) rozpatrywanie i załatwianie skarg i wniosków zgłaszanych przez pracowników,
   11) zapewnienie realizacji zadań w zakresie monitorowania kosztów działalności podległej komórki organizacyjnej,
   12) sprawowanie kontroli nad działalnością komórki w ramach kontroli wewnętrznej oraz kontrola i ocena pracy pracowników,
   13) bieżące informowanie przełożonego o wykonaniu zadań, występujących trudnościach i problemach oraz wnioskowanie przedsięwzięć usprawniających pracę kierowanej komórki,
   14) wykonywanie poleceń zwierzchnika oraz realizowanie zadań wynikających z aktów prawnych,
   15) wyznaczenie zastępcy na okres nieobecności w pracy,
   16) nadzór i koordynacja działalności Zakładu Diagnostyki w celu zapewnienia właściwego wykonania badań diagnostycznych stosownie do występujących potrzeb,

17) planowanie i organizowanie świadczeń zdrowotnych z zakresu diagnostyki realizowanych dla potrzeb Oddziałów Szpitalnych, Poradni Specjalistycznych w ramach podpisanych kontraktów na świadczenia zdrowotne oraz wykonywanych na podstawie umów z publicznymi i niepublicznymi zakładami opieki zdrowotnej, lekarzami rodzinnymi i innymi podmiotami zewnętrznymi a także na życzenie pacjentów,
18) nadzorowanie wyboru metod i technik badań diagnostycznych stosownie do stanu zdrowia pacjenta,
19) nadzór nad wykonywaniem badań diagnostycznych,
20) zapewnienie obsługi pracowni diagnostycznych,
21) zapewnienie bezpieczeństwa chorych badanych oraz znajomość postępowania w razie wystąpienia zdarzeń niepożądanych,
22) nadzór nad techniczną jakością oraz terminowością wykonywanych badań, analizowaniem i opracowywaniem wyników przeprowadzonych badań z uwzględnieniem czynności zastrzeżonych dla lekarzy,
23) współpraca z Kierownikami Oddziałów Szpitalnych oraz lekarzami jednostek kierujących w zakresie przeprowadzanych badań,
24) konsultowanie i omawianie z lekarzami leczącymi wybranych stanów chorobowych,
25) wykonywanie oraz nadzorowanie przeprowadzania badań, z zapewnieniem odpowiedniego poziomu jakości i terminowości, zachowaniem bezpieczeństwa pacjentów i personelu oraz warunków zabezpieczających należytą obsługę sprzętu i aparatury medycznej,
26) uczestnictwo w udzielaniu pomocy lekarskiej z zakresu reprezentowanej specjalności w razie masowych wypadków lub zachorowań, klęsk żywiołowych na terenie działalności Szpitala,
27) nadzorowanie przestrzegania zasad zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych oraz utrzymania właściwego stanu sanitarno – higienicznego pomieszczeń, należytego odkażania aparatury, sprzętu, odzieży ochronnej itp.,
28) uczestniczenie w składaniu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie dotyczącym działalności Zakładu Diagnostyki,
29) nadzorowanie przestrzegania ustalonych limitów świadczeń zdrowotnych oraz pozostałych warunków określonych w podpisanych umowach,
30) zapewnienie realizacji zadań w zakresie bieżącego monitorowania świadczeń zdrowotnych udzielanych zgodnie z podpisanymi umowami,
31) współpraca z Działem Ekonomicznym w zakresie liczenia i monitorowania kosztów oraz opracowywania cenników badań diagnostycznych realizowanych w Zakładzie Diagnostyki,
32) analiza kosztów badań diagnostycznych wykonywanych w Zakładzie i przedstawianie wniosków w tym zakresie Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa, w szczególności w przypadku wzrostu kosztów udzielanych świadczeń zdrowotnych,
33) opracowywanie informacji i analiz z zakresu nadzorowanej działalności i przedkładanie Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa oraz Dyrektorowi Szpitala,
34) nadzór nad przestrzeganiem ustalonego trybu postępowania w przypadku usług medycznych świadczonych odpłatnie :
    a) osobom nieuprawnionym do bezpłatnych świadczeń medycznych,
    b) cudzoziemcom, zgodnie z obowiązującymi przepisami,
    c) pacjentom w przypadkach wynikających z Ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o Zakładach Opieki Zdrowotnej wraz ze zmianami.
35) opracowywanie rozkładu czasu pracy i grafiku dyżurów personelu medycznego Zakładu Diagnostyki i przedkładanie do zatwierdzenia Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa,
36) pozostawanie w dyspozycji Zakładu Diagnostyki w zależności od potrzeb wynikających z toku pracy oraz zgłaszanie się do Zakładu na wezwanie pracowników pełniących dyżur i Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa,

37) nadzór nad utrzymaniem w stanie użyteczności i bezpieczeństwa wyposażenia Zakładu Diagnostyki w tym urządzeń, aparatury diagnostycznej, sprzętu laboratoryjnego, sprzętu administracyjno – gospodarczego oraz zgłaszanie zapotrzebowań w tym zakresie,
38) ustalanie osób materialnie odpowiedzialnych (współodpowiedzialnych) za sprzęt i aparaturę medyczną oraz zapewnienie zawarcia umów w tym zakresie, n
39) nadzorowanie racjonalnego gospodarowania aparaturą, urządzeniami, sprzętem medycznym i wyposażeniem Zakładu Diagnostyki z zapewnieniem prowadzenia obowiązującej ewidencji stanu i ruchu, prawidłowej eksploatacji, właściwej ochrony i zabezpieczenia mienia oraz przepisów bezpieczeństwa pracy oraz przeciwdziałanie przejawom niegospodarności i marnotrawstwa,
40) inspirowanie podnoszenia i doskonalenia kwalifikacji lekarzy oraz ustalenie planów – programów szkoleń i nadzór nad ich realizacją,
41) pogłębianie wiedzy fachowej, dokonywanie przeglądu nowości i osiągnięć światowych w ramach doskonalenia kwalifikacji,
42) zapewnienie warunków techniczno – organizacyjnych do prowadzenia ewentualnych prac naukowo – badawczych w Zakładzie Diagnostyki oraz opiniowanie ich przed opublikowaniem,
43) prowadzenie szkoleń i dokształcania pracowników medycznych oraz szkolenie lekarzy stażystów,
44) uczestnictwo w odprawach organizowanych przez Z-cę Dyrektora ds. Lecznictwa,
45) nadzorowanie prowadzenia dokumentacji medycznej, sprawozdawczości i danych statystycznych z działalności Zakładu Diagnostyki oraz dokumentacji związanej z rozliczeniami podpisanych umów na wykonywanie świadczeń zdrowotnych i współpraca w tym zakresie z Działem Organizacyjnym oraz Działem Ekonomicznym,
46) nadzorowanie prowadzenia archiwum dokumentacji medycznej Zakładu Diagnostyki,
47) nadzór i kontrola odpowiedniego zabezpieczenia pomieszczeń i wyposażenia Zakładu Diagnostyki oraz ograniczenia wstępu do pomieszczeń zastrzeżonych,
48) współpraca z innymi jednostkami służby zdrowia w zakresie zagadnień realizowanych przez Zakład Diagnostyki,
49) wnioskowanie do Działu Zamówień Publicznych o wszczęcie postępowania przetargowego lub innego postępowania w trybie przewidzianym Regulaminem Zamówień Publicznych,
50) znajomość i realizacja przez personel Polityki Jakości, norm Systemu Zarządzania Jakością ISO oraz norm związanych z Akredytacją Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia,
51) realizacja innych zadań zleconych przez Dyrektora lub jego Zastępców.

§ 39

1. **Kierownik Pogotowia Ratunkowego** kieruje działalnością Pogotowia Ratunkowego zgodnie z zasadami określonymi w obowiązujących przepisach.
2. Do obowiązków Kierownika Pogotowia Ratunkowego w szczególności należy:
   1) Organizacja i nadzór nad udzielaniem świadczeń zdrowotnych.
   2) Nadzór nad wykonywaniem kontraktów zawartych z NFZ.
   3) Zapewnienie zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych przez osoby o odpowiednich uprawnieniach i kwalifikacjach zawodowych.
   4) Podpisywanie zapotrzebowań na leki, materiały opatrunkowe, sprzęt jednorazowy oraz aparaturę i sprzęt medyczny.
   5) Kontrola gospodarki lekami, sprzętem jednorazowym i materiałami opatrunkowymi oraz nadzór nad ich stosowaniem.
   6) Kontrola planowania i przebiegu dyżurów lekarskich w Pogotowiu.
   7) Organizowanie i koordynowanie pomocy lekarskiej w razie masowych wypadków lub zachorowań i klęsk żywiołowych.

8) Nadzór nad przestrzeganiem obowiązujących przepisów w zakresie prowadzenia dokumentacji medycznej.
9) Nadzorowanie i koordynowanie prac związanych z zawieraniem umów na udzielanie świadczeń z NFZ oraz innymi odbiorcami usług medycznych.
10) Inicjowanie tworzenia wewnętrznych aktów normatywnych regulujących działalność Pogotowia w ramach obowiązujących przepisów prawnych,
11) wnioskowanie do Działu Zamówień Publicznych o wszczęcie postępowania przetargowego lub innego postępowania w trybie przewidzianym Regulaminem Zamówień Publicznych,
12) znajomość i realizacja przez personel Polityki Jakości, norm Systemu Zarządzania Jakością ISO oraz norm związanych z Akredytacją Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia,
13) realizacja innych zadań zleconych przez Dyrektora lub jego Zastępców.

§ 40

1. **Pielęgniarka Koordynująca ds. Ratownictwa Medycznego Pogotowia Ratunkowego** nadzoruje i koordynuje pracę personelu Pogotowia oraz planuje i rozlicza czas pracy.
2. Do obowiązków Pielęgniarki Koordynującej ds. Ratownictwa Medycznego w szczególności należy:
   1) Sporządzanie rozkładu czasu pracy dla personelu Pogotowia.
   2) Udział w rozpatrywaniu skarg i wniosków dot. pracy podległego personelu.
   3) Planowanie zakupu leków, materiałów opatrunkowych, sprzętu jednorazowego oraz aparatury i sprzętu medycznego oraz składanie wniosków w sprawach zakupów do Działu Logistyki, zgodnie z przepisami ustawy Prawo zamówień publicznych.
   4) Zamawianie i wydawanie leków, materiałów opatrunkowych i sprzętu jednorazowego.
   5) Współudział w przygotowaniu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych, zgodnie z warunkami konkursów ogłaszanych przez NFZ lub inne podmioty.
   6) Sprawowanie nadzoru nad prowadzeniem dokumentacji medycznej i dokumentacji związanej z wykonywaniem kontraktu zawartego z NFZ.
   7) Prowadzenie magazynu leków.
   8) Kontrola segregacji odpadów medycznych i przekazywanie ich upoważnionej firmie w celu przewiezienia do utylizacji oraz prowadzenie wymaganej dokumentacji z tym związanej.
   9) Współpraca w zakresie praktyk zawodowych studentów i stażystów.
   10) Współpraca z Działem Ekonomicznym i Działem Informatyki w zakresie rozliczania umów z NFZ.
   11) Prowadzenie rejestru protokołów SANEPID, ustalanie terminów realizacji zaleceń pokontrolnych oraz nadzór nad ich realizacją.
   12) Monitorowanie przeglądów technicznych aparatury i sprzętu medycznego.
   13) Koordynowanie rozmieszczania sprzętu medycznego w ambulansach.
   14) Przygotowanie materiałów potrzebnych do wniosków na środki unijne i środki z innych instytucji zewnętrznych na sprzęt i aparaturę medyczną.
   15) Nadzór i kontrola stanu sanitarno-epidemiologicznego Pogotowia,
   16) Wnioskowanie do Działu Zamówień Publicznych o wszczęcie postępowania przetargowego lub innego postępowania w trybie przewidzianym Regulaminem Zamówień Publicznych,
   17) Znajomość i realizacja przez personel Polityki Jakości, norm Systemu Zarządzania Jakością ISO oraz norm związanych z Akredytacją Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia,
   18) Realizacja innych zadań zleconych przez Dyrektora lub jego Zastępców.

§ 41

1. **Kierownicy komórek organizacyjnych** Szpitala odpowiedzialni są za właściwe organizowanie pracy w podległych komórkach oraz za zapewnienie prawidłowego i terminowego wykonywania powierzonych zadań i obowiązków.
2. Do obowiązków kierowników komórek organizacyjnych w szczególności należy:
   1) ustalenie zakresów obowiązków, uprawnień oraz odpowiedzialności podległych pracowników,
   2) organizowanie i planowanie pracy komórki,
   3) nadzorowanie i kontrolowanie prawidłowego oraz terminowego wykonania przez podległą komórkę obowiązków i zadań,
   4) przydzielanie pracy podległym pracownikom i udzielanie wytycznych co do sposobu ich wykonania,
   5) udzielanie wiążących wyjaśnień w zakresie spraw objętych działalnością komórki,
   6) nadzorowanie i kontrolowanie przestrzegania przez podległych pracowników dyscypliny pracy, etyki zawodowej oraz przepisów o zachowaniu tajemnicy państwowej i służbowej,
   7) wnioskowanie o udzielenie nagród i kar zgodnie z zasadami określonymi w Regulaminie Wynagradzania Szpitala, współdziałanie we właściwym doborze kadr oraz tworzenie właściwej atmosfery pracy w komórce,
   8) wnioskowanie o przeszeregowanie pracowników podległej komórki,
   9) sporządzanie planów urlopów,
   10) delegowanie pracowników w sprawach służbowych poza terenem Szpitala,,
   11) współdziałanie z innymi komórkami organizacyjnymi w celu należytej realizacji zadań wymagających uzgodnień,
   12) udzielanie wyjaśnień w sprawach skarg i wniosków,
   13) prowadzenie i aktualizacja baz danych w postaci zapisów elektronicznych według kompetencji merytorycznych,
   14) usprawnienie organizacji, metod i form pracy komórki organizacyjnej,
   15) optymalizacja działania i dbałość o racjonalny rachunek kosztów,
   16) wnioskowanie do Działu Zamówień Publicznych o wszczęcie postępowania przetargowego lub innego postępowania w trybie przewidzianym Regulaminem Zamówień Publicznych,
   17) znajomość i realizacja przez personel Polityki Jakości, norm Systemu Zarządzania Jakością ISO oraz norm związanych z Akredytacją Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia,
   18) realizacja innych zadań zleconych przez Dyrektora lub jego Zastępców.
3. Przed podjęciem decyzji o istotnym znaczeniu kierownicy komórek organizacyjnych Szpitala mają obowiązek zasięgać opinii prawnej. W szczególności wymagają opinii prawnej decyzje dotyczące :
   1) spraw indywidualnych, skomplikowanych pod względem prawnym,
   2) wzorów opracowywanych umów,
   3) rozwiązywania z pracownikiem stosunku pracy bez wypowiedzenia,
   4) uznanie i odmowy uznania zgłoszonych roszczeń,
   5) spraw związanych z postępowaniem przed organami orzekającymi.

§ 41a

a. **Koordynatorzy sekcji samodzielnych** odpowiedzialni są za sprawne działanie, nadzór oraz płynną realizację pracy w zakresie realizacji danego zadania przez różne komórki organizacyjne.
b. Do obowiązków koordynatorów sekcji samodzielnych należy w szczególności:
   1) ustalanie harmonogramu realizowanych zdań,

2) przekazywanie bezpośredniemu przełożonemu - Z-cy Dyrektora we właściwym pionie informacji o aktualnie realizowanych zadaniach oraz stopniu zaawansowania prowadzonych prac,
3) dokonywanie podziału zadań merytorycznych pomiędzy poszczególnych pracowników i pomiędzy poszczególne komórki organizacyjne, w uzgodnieniu z ich kierownikami,
4) monitorowanie pracy personelu zaangażowanego w realizowane zadania,
5) kompletowanie dokumentacji związanej z realizowanymi zadaniami,
6) wnioskowanie o udzielenie nagród i kar zgodnie z zasadami określonymi w Regulaminie Wynagradzania Szpitala, współdziałanie we właściwym doborze kadr oraz tworzenie właściwej atmosfery pracy w komórce,
7) wnioskowanie o przeszeregowanie pracowników podległej komórki,
8) sporządzanie planów urlopów w odległej komórce organizacyjnej,
9) delegowanie pracowników w sprawach służbowych poza terenem Szpitala,
10) współdziałanie z innymi komórkami organizacyjnymi w celu należytej realizacji zadań wymagających uzgodnień,
11) udzielanie wyjaśnień w sprawach skarg i wniosków,
12) prowadzenie i aktualizacja baz danych w postaci zapisów elektronicznych według kompetencji merytorycznych,
13) usprawnienie organizacji, metod i form pracy komórki organizacyjnej,
14) optymalizacja działania i dbałość o racjonalny rachunek kosztów,
15) wnioskowanie do Działu Zamówień Publicznych o wszczęcie postępowania przetargowego lub innego postępowania w trybie przewidzianym Regulaminem Zamówień Publicznych,
16) znajomość i realizacja przez personel Polityki Jakości, norm Systemu Zarządzania Jakością ISO oraz norm związanych z Akredytacją Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia,
17) realizacja innych zadań zleconych przez Dyrektora lub jego Zastępców.

§ 42

1. W Szpitalu funkcjonują **samodzielne stanowiska** pracy:
   1) Główny Księgowy,
   2) Pielęgniarka Środowiskowa Przyszpitalna,
   3) Kapelan,
   4) Pełnomocnik Dyrektora ds. Systemu Zarządzania Jakością,
   5) Pełnomocnik ds. Praw Pacjenta,
   6) Pełnomocnik Dyrektora Szpitala ds. Kombatantów i Osób Represjonowanych,
   7) Pełnomocnik ds. Ochrony Informacji Niejawnych,
   8) Inspektor Ochrony Danych Osobowych,
   9) Administrator Systemów Informatycznych,
   10) Rzecznik prasowy.
   1) Koordynator ds. Akredytacji,
   2) Koordynator ds. Leczenia Pacjentów Onkologicznych,
   3) Koordynator ds. Okołooperacyjnej Karty Kontrolnej.

2. Dyrektor powołuje pełnomocników do realizacji określonych tematycznie zadań. Powołanie następuje w drodze zarządzenia.
3. Pracownicy zatrudnieni na samodzielnych stanowiskach pracy odpowiedzialni są za właściwe organizowanie pracy oraz zapewnienie prawidłowego i terminowego wykonywania powierzonych zadań i obowiązków.
4. Do obowiązków pracowników zajmujących samodzielne stanowiska pracy w szczególności należy realizowanie jednorodnych lub tematycznie wyspecjalizowanych czynności w oparciu o obowiązujące przepisy prawne oraz wewnętrzne akty normatywne,

oraz współdziałanie z kierownikami poszczególnych komórek organizacyjnych Szpitala w zakresie prawidłowego jego funkcjonowania.
5. Pracownicy zatrudnieni na samodzielnych stanowiskach pracy podlegają bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala albo jego zastępcom i przed nimi odpowiadają za wykonywanie swoich zadań.

DZIAŁ VII
PRZEBIEG PROCESU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

ROZDZIAŁ I
ZASADY OGÓLNE - ZAPEWNIENIE DOSTĘPNOŚCI I JAKOŚCI ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ

§ 43

1. Szpital udziela świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych osobom ubezpieczonym oraz innym osobom uprawnionym do tych świadczeń na podstawie odrębnych przepisów nieodpłatnie, za częściową odpłatnością lub całkowitą odpłatnością.
2. Świadczenia zdrowotne w Szpitalu są udzielane bez skierowania w razie wypadków, zatruć, urazów, porodu, stanów zagrożenia życia lub innych wypadkach wskazanych w powszechnie obowiązujących aktach prawnych.
3. Świadczenia zdrowotne udzielane są wyłącznie przez osoby wykonujące zawody medyczne oraz spełniające wymagania kwalifikacyjne określone w odrębnych przepisach.
4. Osoby wykonujące zawody medyczne udzielają świadczeń zdrowotnych zgodnie z aktualną wiedzą medyczną.
5. Żadne okoliczności nie mogą stanowić podstawy do odmowy udzielania świadczenia zdrowotnego, jeżeli osoba zgłaszająca się do Szpitala potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia, ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia.
6. Za wykonane świadczenia medyczne ambulatoryjne osobom nieuprawnionym do bezpłatnych świadczeń tj. pacjentom nie objętym ubezpieczeniem zdrowotnym lub pacjentom ubezpieczonym, ale nie posiadającym skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego (jeżeli to skierowanie jest wymagane) pobiera się opłaty wg ceny zewnętrznej ustalonej w cenniku.
7. Za pobyt i leczenie pacjenta nieuprawnionego do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych w oddziałach szpitalnych pobiera się opłatę, zgodnie z obowiązującym katalogiem grup Narodowego Funduszu Zdrowia, powiększoną o 3% narzutu.
8. Szpital prowadzi dokumentację medyczną dotyczącą osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych z zapewnieniem ochrony danych osobowych zawartych w dokumentacji oraz udostępnia dokumentację zgodnie z obowiązującymi przepisami.
9. Wysokość opłat za wykonywanie świadczeń zdrowotnych niefinansowanych ze środków publicznych określa cennik, wprowadzony przez Dyrektora Szpitala w drodze zarządzenia. Cennik stanowi **Załącznik nr 8** do niniejszego Regulaminu. Cennik o którym mowa zamieszcza się również na stronie internetowej Szpitala.

§ 44

1. W celu potwierdzenia uprawnień do korzystania z bezpłatnych świadczeń zdrowotnych pacjent jest weryfikowany przy wykorzystaniu systemu elektronicznej weryfikacji uprawnień świadczeniobiorców (eWUŚ) przez uprawniony personel Szpitala.
2. Prawo do świadczeń w systemie eWUŚ potwierdzane jest :
   a) codziennie w przypadku pacjentów hospitalizowanych w oddziałach szpitalnych,
   b) w dniu wizyty, badania, zabiegu lub udzielenia pomocy w ramach ratownictwa medycznego, w przypadku świadczeń ambulatoryjnych.
3. W przypadku braku potwierdzenia uprawnień w eWUŚ uprawnienie do świadczeń można potwierdzić aktualnym dokumentem, którym może być :
   1) dla osoby zatrudnionej na podstawie umowy o pracę:

a) druk ZUS RMUA,
b) aktualne zaświadczenie z zakładu pracy,
c) legitymacja ubezpieczeniowa wraz z aktualnym wpisem i pieczątką pracodawcy,

2) dla osoby prowadzącej działalność gospodarczą - aktualny dowód wpłaty składki na ubezpieczenie zdrowotne,
3) dla osoby ubezpieczonej w KRUS - legitymacja KRUS wraz z dowodem wpłaty za ostatni kwartał składki na ubezpieczenie społeczne,
4) dla emerytów i rencistów - legitymacja emeryta lub rencisty lub aktualny odcinek emerytury lub renty,
5) dla osoby bezrobotnej:
a) aktualne zaświadczenie z Urzędu Pracy,
b) legitymacja ubezpieczeniowa wraz z aktualnym wpisem i pieczątką,
6) dla osoby ubezpieczonej dobrowolnie - umowa zawarta z NFZ wraz z aktualnym dowodem opłaty składki,
7) dla członka rodziny osoby ubezpieczonej:
a) druk ZUS ZCZA lub ZUS ZCNA z aktualną pieczątką pracodawcy,
b) legitymacja rodzinna,
c) aktualne zaświadczenie z zakładu pracy,
d) legitymacja emeryta lub rencisty z wpisanymi członkami rodziny wraz z aktualnym odcinkiem emerytury lub renty,
8) decyzja wydana przez wójta gminy, burmistrza, prezydenta miasta na podst.art.54 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

4. Jeśli pacjent nie posiada dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń lub przedstawi dokument nieaktualny, a jest pewien swoich uprawnień, jest zobowiązany do złożenia oświadczenia, które należy dołączyć do dokumentacji pacjenta. W przypadku osoby małoletniej lub innej osoby nie posiadającej pełnej zdolności do czynności prawnych oświadczenie składa jej przedstawiciel ustawowy lub opiekun prawny lub faktyczny.
5. Pacjent, któremu mają być udzielone świadczenia, a który ma prawo do nich na podstawie przepisów unijnych nie wymaga weryfikacji w systemie eWUŚ.
W takim przypadku pacjent powinien okazać jeden z dokumentów:
a) Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ),
b) Certyfikat Tymczasowo Zastępujący EKUZ,
c) poświadczenie potwierdzające prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na terytorium RP,
d) formularz E112/S2/S3/,
e) formularz E123/DA1.
6. W przypadku gdy pacjent jest przyjęty w stanie nagłym lub gdy jego stan zdrowia nie pozwala na złożenie oświadczenia niedopuszczalne jest nie udzielenie świadczenia. W takim przypadku pacjent jest zobowiązany do przedstawienia dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń albo złożenia oświadczenia w terminie 14 dni od dnia rozpoczęcia udzielania świadczenia a jeżeli leczenie odbywa się w szpitalu w ciągu 7 dni od jego zakończenia. Jeżeli tego nie uczyni zostanie obciążony kosztami świadczenia.

§ 45

1. Świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane pacjentom według kolejności zgłaszania w wyznaczonych dniach i godzinach.
2. Prawo do korzystania ze świadczeń zdrowotnych poza kolejnością mają:
1) Zasłużeni Honorowi Dawcy Krwi i Zasłużeni Honorowi Dawcy Przeszczepu,
2) inwalidzi wojenni i wojskowi oraz kombatanci,
3) żołnierze zastępczej służby wojskowej
4) cywilne, niewidome ofiary działań wojennych,
5) kobiety w ciąży,

6) świadczeniobiorcy do 18 roku życia, u których stwierdzono ciężkie i nieodwracalne upośledzenie, albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka, lub w czasie porodu,
7) działacze opozycji antykomunistycznej i osoby represjonowane z powodów politycznych,
8) osoby posiadające orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności
9) osoby deportowane do pracy przymusowej,
10) osoby posiadające orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz koniecznością stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji.

3. W przypadku braku miejsc lub ze względów epidemicznych albo po wyczerpaniu limitu na udzielanie świadczeń w danym zakresie, pacjenci kierowani są do innych placówek lecznictwa stacjonarnego, bądź jeśli jest to możliwe ze względu na stan zdrowia, wpisywani są na listę oczekujących na udzielenie świadczenia.
4. Lista oczekujących prowadzona jest w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz zgodnie z zasadami określonymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
5. Lista oczekujących na udzielenie świadczenia podlega nadzorowi zespołu oceny przyjęć.
6. Poza kolejnością przyjmowani do Szpitala są pacjenci w przypadkach: stanu zagrożenia życia, porodu oraz w nagłych stanach zagrożenia życia, a w szczególności: wypadku, zatrucia, urazu.

ROZDZIAŁ II
ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE STACJONARNE - PRZYJĘCIE PACJENTA, IDENTYFIKACJA, INFORMACJA O STANIE ZDROWIA, CIĄGŁOŚĆ OPIEKI, WYPISANIE PACJENTA

§ 46

1. Pacjenci są hospitalizowani w ramach funkcjonujących oddziałów oraz pododdziałów szpitalnych określonych w **§ 14** niniejszego Regulaminu.
2. Szpital zapewnia przyjętym pacjentom:
   1) świadczenia zdrowotne,
   2) środki farmaceutyczne i materiały medyczne,
   3) pomieszczenia i wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia,
   4) transport sanitarny na warunkach określonych w niniejszym Regulaminie.

§ 47

1. Świadczeniobiorca ma prawo do leczenia szpitalnego na podstawie skierowania lekarza, lekarza dentysty lub felczera, jeżeli cel leczenia nie może być osiągnięty przez leczenie ambulatoryjne.
2. Pacjenci przyjmowani są w Szpitalu w trybie nagłym i planowym.
3. Przyjęcie w trybie planowym, ze skierowaniem do leczenia szpitalnego odbywa się w ramach działającej przy SOR Izbie Przyjęć.
4. Przyjęcia pacjentów w trybie nagłym odbywają się całodobowo w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym.
5. O przyjęciu do Szpitala orzeka lekarz dyżurny Szpitalnego Oddziału Ratunkowego lub lekarz wyznaczony przez kierownika oddziału szpitalnego, którego przyjęcie dotyczy, po zapoznaniu się ze stanem zdrowia i uzyskaniu zgody tej osoby lub przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego na przyjęcie, chyba, że na mocy odrębnych przepisów możliwe jest przyjęcie do Szpitala bez wyrażenia zgody.
6. Uwzględniając dobro pacjenta oraz możliwości Szpitala lekarz, o którym mowa w ust. 5, podejmuje decyzję o natychmiastowym przyjęciu, o odmowie przyjęcia lub odsyła do

wyznaczenia terminu przyjęcia, dokonując jednocześnie odpowiednich wpisów w dokumentacji pacjenta.

7. Jeżeli lekarz, o którym mowa w ust. 5, stwierdzi potrzebę niezwłocznego umieszczenia pacjenta w Szpitalu, a brak miejsc, zakres świadczeń udzielanych przez Szpital lub względy epidemiczne nie pozwalają na jego przyjęcie, Szpital po udzieleniu niezbędnej pomocy zapewni w razie potrzeby przewiezienie pacjenta do innej placówki posiadającej zawartą umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia, po uprzednim porozumieniu się z tą placówką. O dokonanym rozpoznaniu stanu zdrowia i o podjętych czynnościach lekarz dokonuje odpowiedniego wpisu w dokumentacji medycznej.
8. Pacjenci zgłaszający się do SOR otrzymują oznaczenie według kategorii pilności w kolorze czerwonym, pomarańczowym, żółtym, zielonym lub niebieskim.
9. **Zasady kierowania osób, którym przydzielono kategorie pilności oznaczone kolorem zielonym lub niebieskim do miejsc udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej:**

   Pielęgniarka systemu, ratownik medyczny lub lekarz systemu po przeprowadzeniu segregacji (*triage*), zebraniu wywiadu medycznego danych służących ocenie stanu zdrowia, może skierować z SOR do innych miejsc udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej następujące osoby z przydzieloną kategorią pilności zieloną lub niebieską:
   1) Osoby będące w stanie zdrowia, który nie wymaga przeprowadzenia w trybie pilnym specjalistycznych badań laboratoryjnych i(lub) obrazowych, wykraczających poza zakres świadczeń udzielanych w podmiotach podstawowej opieki zdrowotnej
   2) Osoby będące w stanie zdrowia, który nie wymaga przeprowadzenia w trybie pilnym konsultacji specjalistycznych, których nie można wykonać w podmiotach podstawowej opieki zdrowotnej
   3) Osoby ze schorzeniami, w których zakres udzielonej pomocy w podmiotach podstawowej opieki zdrowotnej nie będzie odbiegał od zakresu świadczeń udzielonych w SOR.

10. Pielęgniarka systemu, ratownik medyczny lub lekarz systemu po przyznaniu kategorii pilności zielonej lub niebieskiej informuje osoby, u których nie stwierdzono stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego o możliwości skorzystania ze świadczeń w podmiotach z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej gdy:
    1) czas oczekiwania na przyjęcie przez lekarza w SOR będzie wynosił ponad 120 minut
    2) w sytuacjach zdarzeń zbiorowych, katastrof i innych wypadków, gdy liczba poszkodowanych zaopatrywanych w SOR spowoduje pełne zaangażowanie sił i środków SOR.
11. Zasady przyjęć określone w ust. 8-10 niniejszego § zostają podane do publicznej wiadomości poprzez wywieszenie na tablicy ogłoszeń w SOR oraz na stronie internetowej Szpitala".

§ 48

Hospitalizacja pacjenta obejmuje:
1. kompleksową ocenę stanu zdrowia,
2. przeprowadzenie procedur diagnostycznych,
3. leczenie ,
4. rehabilitację leczniczą,
5. wypis pacjenta,
6. wydanie zaleceń lekarskich i pielęgnacyjnych po zakończonej hospitalizacji.

§ 49

Pacjentów Szpitala zaopatruje się w znaki identyfikacyjne.

§ 50

1. Wypisanie ze Szpitala następuje:
   1) gdy stan zdrowia pacjenta nie wymaga dalszego leczenia w Szpitalu,
   2) na żądanie pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego po złożeniu przez niego pisemnego oświadczenia o wypisaniu na własne żądanie.
      W przypadku braku oświadczenia lekarz zobowiązany jest sporządzić adnotację o powyższym w dokumentacji medycznej pacjenta.
      Osoba występująca o wypisanie ze Szpitala na własne żądanie jest informowana przez lekarza o możliwych następstwach związanych z zaprzestaniem leczenia w Szpitalu,
   3) gdy pacjent w sposób rażący narusza porządek lub przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, a nie zachodzi obawa, że odmowa lub zaprzestanie udzielania świadczenia może spowodować bezpośrednie niebezpieczeństwo dla jego życia lub zdrowia albo życia lub zdrowia innych osób.
2. 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. O odmowie wypisania i jej przyczynach niezwłocznie zawiadamia się sąd opiekuńczy.
3. Pacjent, którego stan zdrowia nie wymaga dalszego leczenia szpitalnego lub osoba, na której w stosunku do pacjenta ciąży ustawowy obowiązek alimentacyjny, ponoszą koszty pobytu pacjenta w Szpitalu począwszy od dnia przypadającego po dniu wypisu, niezależnie od uprawnień do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych.
4. Odpłatność za pobyt w Szpitalu pacjenta, o którym mowa w ust. 3 określa cennik, wprowadzony przez Dyrektora Szpitala w drodze zarządzenia i stanowiący **Załącznik nr 8** do niniejszego Regulaminu.
5. Jeżeli przedstawiciel ustawowy lub osoba, na której w stosunku do pacjenta ciąży ustawowy obowiązek alimentacyjny nie odbiera pacjenta małoletniego lub osoby niezdolnej do samodzielnej egzystencji ze Szpitala w wyznaczonym terminie, Szpital zawiadamia o tym niezwłocznie organ gminy właściwej ze względu na miejsce zameldowania lub wskazanego pobytu tej osoby oraz organizuje na koszt gminy transport w w/w miejsce .

§ 51

W razie pogorszenia się stanu zdrowia chorego powodującego zagrożenie życia lub w razie jego śmierci, Szpital jest zobowiązany niezwłocznie zawiadomić wskazaną przez pacjenta osobę lub instytucję lub jego przedstawiciela ustawowego.

§ 52

1. Transport sanitarny pacjentów realizowany jest na warunkach określonych w art. 41 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008r. Nr 164, poz. 1027 z późn.zm) oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopad 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. 13 poz. 1413 z późn. zm.) tj.:
   1) BEZPŁATNY przejazd środkami szpitalnego transportu sanitarnego przysługuje pacjentowi w przypadku dysfunkcji narządu ruchu uniemożliwiającej poruszanie się środkami transportu publicznego, na podstawie zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego do najbliższego podmiotu leczniczego udzielającego świadczeń we właściwym zakresie i z powrotem w przypadkach :
      a) konieczności podjęcia natychmiastowego leczenia w podmiocie leczniczym,
      b) wynikających z potrzeby zachowania ciągłości leczenia
   2) CZĘŚCIOWO ODPŁATNY (60%) przejazd środkami szpitalnego transportu sanitarnego przysługuje pacjentowi gdy ze zlecenia lekarza ubezpieczenia

zdrowotnego wynika że pacjent jest zdolny do samodzielnego poruszania się bez stałej pomocy innej osoby, ale wymaga przy korzystaniu ze środków transportu publicznego pomocy innej osoby lub środka transportu publicznego dostosowanego do potrzeb osób niepełnosprawnych i w przypadkach:

a) chorób krwi i narządów krwiotwórczych,
b) chorób nowotworowych,
c) chorób oczu,
d) chorób przemiany materii,
e) chorób psychicznych i zaburzeń zachowania,
f) chorób skóry i tkanki podskórnej,
g) chorób układu krążenia,
h) chorób układu moczowo-płciowego,
i) chorób układu nerwowego,
j) chorób układu oddechowego,
k) chorób układu ruchu,
l) chorób układu trawiennego,
m) chorób układu wydzielania wewnętrznego,
n) chorób zakaźnych i pasożytniczych,
o) urazów i zatruć,
p) wad rozwojowych wrodzonych, zniekształceń i abberacji chromosomowych

3) ODPŁATNY (100%) transport sanitarny realizowany jest we wszystkich pozostałych przypadkach, niż wymienione w pkt. 1) i 2).

ROZDZIAŁ III
ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE AMBULATORYJNE

§ 53

1. Świadczenia zdrowotne z zakresu ambulatoryjnego lecznictwa specjalistycznego udzielane są w ramach funkcjonujących poradni specjalistycznych.
2. Świadczenia zdrowotne z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej udzielane są w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej."

.

§ 54

1. Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne finansowane ze środków publicznych są udzielane na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.
2. Rejestracja do lekarza specjalisty odbywa się: osobiście, telefonicznie lub za pośrednictwem innej osoby.
3. Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne do udzielenia których nie jest wymagane skierowanie obejmują:
   1) ginekologa i położnika,
   2) dentysty,
   3) wenerologa,
   4) onkologa,
   5) psychiatry,
   6) dla osób chorych na gruźlicę,
   7) dla osób zakażonych wirusem HIV,
   8) dla inwalidów wojennych i wojskowych, osób represjonowanych, kombatantów, żołnierzy zastępczej służby wojskowej, działaczy opozycji antykomunistycznej i osób represjonowanych z powodów politycznych oraz osób deportowanych do pracy przymusowej,
   9) dla cywilnych niewidomych ofiar działań wojennych,
   10) w zakresie leczenia uzależnień:
      1. dla osób zgłaszających się z powodu uzależnienia,
      2. dla osób zgłaszających się z powodu współuzależnienia – osób spokrewnionych lub niespokrewnionych z osobą uzależnioną, wspólnie z nią zamieszkujących i

gospodarujących, oraz osób, których stan psychiczny powstał na skutek pozostawania w związku emocjonalnym z osobą uzależnioną,

11) dla uprawnionego żołnierza lub pracownika, w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa,
12) dla weterana poszkodowanego, w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa,
13) dla świadczeniobiorcy do 18 roku życia, u których stwierdzono ciężkie i nieodwracalne upośledzenie, albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka, lub w czasie porodu,
14) dla osoby posiadającej orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności,
15) dla osoby posiadającej orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz koniecznością stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji.

4. Podstawowa opieka zdrowotna realizowana w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej obejmuje opieką POZ pacjentów bez skierowania i po uprzedniej osobistej rejestracji w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych.

§ 55

1.Lekarz specjalista udzielający ambulatoryjnego świadczenia zdrowotnego ma obowiązek:
1) oceny stanu zdrowia pacjenta,
2) podjęcia procesu leczenia,
3) realizacji procedur diagnostycznych właściwych dla ambulatoryjnej opieki specjalistycznej,
4) wydania orzeczenia o aktualnym stanie zdrowia pacjenta.
5) wydania zaleceń lekarskich.

2.Lekarz udzielający świadczeń zdrowotnych w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej ma obowiązek:
1) oceny stanu zdrowia pacjenta,
2) podjęcia procesu leczenia,
3) realizacji procedur diagnostycznych właściwych dla podstawowej opieki zdrowotnej,
4) wydania zaleceń lekarskich.”

§ 56

1.W przypadku gdy pacjent objęty leczeniem ambulatoryjnym wymaga leczenia szpitalnego, lekarz kierujący zobowiązany jest do wykonania i dołączenia do skierowania na leczenie szpitalne aktualnych wyników badań diagnostycznych, zgodnie z rozpoznanym schorzeniem, aktualną wiedzą i praktyką medyczną w celu potwierdzenia wstępnego rozpoznania. Koszty tych badań pokrywa kierujący lekarz specjalista.

2. W przypadku gdy pacjent objęty leczeniem w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej wymaga leczenia szpitalnego, lekarz kierujący przekazuje go do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego dołączając do skierowania na leczenie szpitalne aktualne wyniki badań diagnostycznych.

§ 57

1.Udzielanie specjalistycznych świadczeń ambulatoryjnych odbywa się zgodnie z harmonogramem przyjęć ustalonym dla poszczególnych poradni.

2.Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej odbywa się w dni powszednie w godzinach od 18.00 do godziny 8.00 dnia następnego oraz w soboty niedziele i inne dni ustawowo wolne od pracy w godzinach od 8.00 do godziny 8.00 dnia następnego.

ROZDZIAŁ IV
ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE DIAGNOSTYCZNE

§ 58

1. Świadczenia zdrowotne z zakresu badań diagnostycznych udzielane są w ramach funkcjonujących zakładów i pracowni określonych w niniejszym Regulaminie.
2. Badania diagnostyczne mogą być wykonywane również przez podmioty zewnętrzne na podstawie umów zawartych ze Szpitalem.
3. W uzasadnionych przypadkach, pojedyncze badania diagnostyczne dla podmiotów zewnętrznych mogą być wykonywane na podstawie skierowania ze zobowiązaniem do pokrycia kosztu badania potwierdzonego podpisem kierownika podmiotu zewnętrznego lub osoby upoważnionej.

§ 59

1. Pacjent ma prawo do bezpłatnych świadczeń z zakresu badań diagnostycznych na podstawie ważnego skierowania lekarza lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego, pod warunkiem zawarcia stosownej umowy z podmiotem zlecającym wykonanie badania.
2. W pozostałych przypadkach za badania diagnostyczne odpłatność ponosi pacjent.
3. Stawki za badania diagnostyczne w Szpitalu, o których mowa w ust. 2 określa Cennik stanowiący **Załącznik nr 8** do niniejszego Regulaminu.

§ 60

Zakłady i pracownie diagnostyczne dostępne są całodobowo dla potrzeb oddziałów szpitalnych.

ROZDZIAŁ V
ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE W ZAKRESIE RATOWNICTWA MEDYCZNEGO I TRANSPORTU SANITARNEGO REALIZOWANEGO PRZEZ POGOTOWIE RATUNKOWE

§ 61

1. Pogotowie Ratunkowe udziela następujących świadczeń zdrowotnych:

   1) w zakresie ratownictwa medycznego,
   2) w zakresie transportu sanitarnego.
2. Świadczenia, o których mowa w ust. 1 pkt 1 udzielane są w ramach systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego poprzez jednostki systemu – zespoły ratownictwa medycznego, podejmujące medyczne czynności ratunkowe w warunkach pozaszpitalnych.
3. Świadczenia, o których mowa w ust. 1 pkt. 2 udzielane są w celu zapewnienia pacjentowi transportu, wynikającego ze wskazań medycznych.
4. Zespoły ratownictwa medycznego, o których mowa w ust. 2 dzielą się na:
   zespoły specjalistyczne, zespoły podstawowe.

§ 62

1. Świadczenia zdrowotne w ramach systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego udzielane są w miejscu wypadku, zachorowania lub stacjonowania zespołów ratownictwa medycznego.
2. Świadczenia w zakresie transportu sanitarnego realizowane są przez zespoły transportowe stacjonujące przy ul. Poznańska 79.

§ 63

1. Świadczenia zdrowotne z zakresu ratownictwa medycznego udzielane są całodobowo we wszystkie dni tygodnia, przy użyciu specjalistycznego pojazdu, sprzętu medycznego oraz zestawu leków i środków medycznych określonych odrębnymi przepisami.
2. Świadczenia zdrowotne, o których mowa w ust. 1 udzielane są wyłącznie przez osoby wykonujące zawód medyczny.
3. Pogotowie udziela świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych ubezpieczonym oraz innym osobom uprawnionym do tych świadczeń na podstawie odrębnych przepisów nieodpłatnie, a stanach zagrożenia życia - wszystkim potrzebującym pomocy medycznej, zastrzeżeniem ust. 5.
4. Usługi transportu sanitarnego udzielane są nieodpłatne, za częściową odpłatnością lub odpłatnie, zgodnie z regulacją określoną w § 51 niniejszego Regulaminu
5. Weryfikacja uprawnień do świadczeń opieki zdrowotnej w ramach Pogotowia Ratunkowego odbywa się na zasadach wskazanych w § 44 niniejszego Regulaminu.

§ 64

1. Proces udzielania świadczeń zdrowotnych przez zespoły ratownictwa medycznego obejmuje:
   1) przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora medycznego,
   2) zadysponowanie właściwego zespołu ratownictwa medycznego, biorąc pod uwagę jego rodzaj i najkrótszy czas dotarcia do miejsca zdarzenia;
   3) udzielanie na miejscu zdarzenia niezbędnej pomocy medycznej;
   4) przewiezienie do właściwego szpitala – jeśli stan pacjenta wymaga dalszego leczenia.
2. W przypadku wezwania do pacjenta z zaburzeniami psychicznymi członkowie zespołu mogą zdecydować o zastosowaniu przymusu bezpośredniego i w razie konieczności wezwać do pomocy policję.

§ 65

1. Podczas transportu personel medyczny zobowiązany jest sprawować opiekę nad pacjentem. Jeśli nastąpi znaczne pogorszenie stanu chorego, zobowiązany jest do podjęcia natychmiastowych czynności ratowniczych i w razie konieczności do wezwania zespołu ratownictwa medycznego lub udania się do najbliższego szpitala w celu uzyskania pomocy.
2. Po przyjeździe na miejsce przeznaczenia zespół transportowy powinien – w zależności od stanu pacjenta przenieść chorego lub doprowadzić np. do izby przyjęć szpitala lub mieszkania, przekazać pacjenta odpowiednim służbom medycznym, uzyskać potwierdzenie wykonania zlecenia transportu w karcie zlecenia wyjazdu.

§ 66

Pogotowie Ratunkowe odpłatnie realizuje następujące usługi:

1. zabezpieczanie medyczne imprez masowych, które realizowane jest przez wykwalifikowany personel medyczny przy użyciu specjalistycznego pojazdu, sprzętu medycznego oraz zestawu leków i innych środków medycznych,
2. wydawanie opinii w zakresie organizacji imprez masowych,
3. transport sanitarny pacjentów,
4. transport sanitarny neonatologiczny,

zgodnie z cennikiem.

DZIAŁ VIII
WARUNKI WSPÓŁDZIAŁANIA POSZCZEGÓLNYCH KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH SZPITALA ORAZ STANOWISK SAMODZIELNYCH

ROZDZIAŁ I
CEL WSPÓŁDZIAŁANIA

§ 67

1. Dla skutecznego wykonywania działalności statutowej działy, sekcje, oddziały, pododdziały, zakłady i pracownie współpracują ze sobą i innymi komórkami organizacyjnymi Szpitala.
2. Celem współdziałania komórek organizacyjnych Szpitala dla zapewnienia sprawnego i efektywnego funkcjonowania Szpitala pod względem diagnostyczno-leczniczym, pielęgnacyjnym, rehabilitacyjnym i administracyjno-gospodarczym jest:
   1) usprawnianie procesów zarządczych oraz informacyjno – decyzyjnych,
   2) prawidłowa realizacja zadań statutowych,
   3) integracja działań pracowników i komórek organizacyjnych.

ROZDZIAŁ II
ZAKRES WSPÓŁDZIAŁANIA

§ 68

1. Komórki organizacyjne Szpitala współpracują ze sobą w zakresie diagnostycznym, leczniczym, rehabilitacyjnym, administracyjnym, logistycznym i technicznym, a w szczególności w obszarze:
   a. diagnostyki pacjenta,
   b. badań laboratoryjnych,
   c. konsultacji specjalistycznych w oddziałach,
   d. przyjmowania pacjentów między oddziałami zgodnie ze wskazaniami medycznymi co do dalszego leczenia,
   e. zgłaszania zachorowań w oddziałach dotyczących chorób zakaźnych, zakażeń szpitalnych, zachorowań nowotworowych,
   f. przygotowywania sprawozdań dotyczących wykonywanych procedur medycznych i wykonywanych badań diagnostycznych,
   g. zamawiania i dostaw sprzętu, aparatury medycznej, leków, płynów, środków opatrunkowych
   h. zamawiania i dostaw artykułów biurowych,
   i. zgłaszania i bieżącego usuwania awarii aparatury i sprzętu,
   j. utrzymania obiektów w należytej sprawności technicznej, usuwania na bieżąco wszystkich awarii i usterek wynikłych w trakcie eksploatacji obiektów.
2. Współdziałanie między poszczególnymi komórkami organizacyjnymi Szpitala odbywa się w sposób zapewniający sprawność funkcjonowania Szpitala oraz kompleksowość, dostępność i należytą jakość udzielanych przez Szpital świadczeń opieki zdrowotnej.
3. W zakresie współdziałania między komórkami organizacyjnymi Szpitala uprawnienia nadzorczo koordynujące posiadają właściwi Dyrektorzy lub osoby przez nich wyznaczone.

ROZDZIAŁ III
FORMY WSPÓŁDZIAŁANIA

§ 69

1. Do podstawowych elementów współdziałania zalicza się, w szczególności odbywanie okresowych spotkań:
   1) kadry zarządzającej,

2) Dyrektora bądź Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa z Kierownikami oddziałów i Kierownikami komórek organizacyjnych działalności podstawowej,
3) Naczelnej Pielęgniarki z pielęgniarkami /położnymi oddziałowymi, pielęgniarkami/ położnymi koordynującymi,
4) członków działających w Szpitalu zespołów, komitetów i komisji zadaniowych.

2. Spotkania mają na celu:
   1) wzajemną wymianę informacji w celu dalszego doskonalenia wspólnego działania,
   2) przekazywanie informacji o planach i podejmowanych kierunkach działania,
   3) omówienie realizacji zadań oraz wymianę poglądów dotyczących problemów w realizacji zadań,
   4) ocenę sytuacji finansowej.
3. Kierownicy kierujący oddziałem, kierownicy komórek organizacyjnych oraz pielęgniarki oddziałowe zobowiązani są do zapoznania podległego personelu z informacjami uzyskanymi na spotkaniach.
4. W celu zapewnienia stałej współpracy pomiędzy poszczególnymi komórkami organizacyjnymi Szpitala oraz podnoszenia jakości i efektywności działalności podstawowej, Dyrektor powołuje stałe Komisje, Zespoły doradcze, Komitety.
5. Poszczególne komisje wraz z przypisaniem do pionów działalności wskazane zostały w § 19 niniejszego Regulaminu.
6. Komisje, Zespoły i Komitety, o których mowa w ust. 4 są uprawnione do przedkładania Dyrektorowi uwag, wniosków, opinii, propozycji nowych rozwiązań oraz rekomendacji związanych z przedmiotem swej działalności.

§ 70

1. W przypadku zdarzeń masowych i innych zagrożeń wzajemna współpraca pomiędzy poszczególnymi komórkami organizacyjnymi oparta jest na obowiązującym w Szpitalu systemie powiadamiania alarmowego na wypadek zdarzeń masowych, mnogich i katastrof oraz innych zagrożeń.
2. Szczegółowe zasady wykonywania poszczególnych działań w ramach systemu, o którym mowa w zdaniu poprzednim, określa Instrukcja postępowania na wypadek zdarzeń nadzwyczajnych, mnogich, masowych i katastrof, wprowadzona Zarządzeniem Dyrektora.

DZIAŁ IX
WARUNKI WSPÓŁDZIAŁANIA Z INNYMI PODMIOTAMI WYKONUJĄCYMI DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ.

ROZDZIAŁ I
OGÓLNE ZASADY

§ 71

1. Szpital realizując swoje zadania współpracuje z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji pacjentów oraz ciągłości przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, w szczególności poprzez kierowanie do innych placówek w celu konsultacji specjalistycznych, zlecanie badań laboratoryjnych niewykonywanych w Szpitalu, kierowanie na zabiegi specjalistycznie, o ile nie ma możliwości ich wykonania w Szpitalu.
2. Współpraca z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą odbywa się w ramach podpisanych umów i porozumień, w przedmiocie świadczeń zdrowotnych.
3. Transport sanitarny niezbędny do realizacji świadczeń zdrowotnych w zakresie współdziałania z innymi podmiotami leczniczymi dostępny jest całodobowo na bazie własnej lub na podstawie umowy zawartej z podmiotem zewnętrznym.
4. Pogotowie Ratunkowe współdziała z innymi podmiotami leczniczymi, jednostkami organizacyjnymi Państwowej Straży Pożarnej, jednostkami podległymi i nadzorowanymi przez Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji, Ministra Obrony Narodowej,

a także innymi organizacjami ratowniczymi, które w ramach swoich zadań ustawowych i statutowych są obowiązane do niesienia pomocy osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

ROZDZIAŁ II
UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH PRZEZ SZPITAL NA RZECZ PACJENTOW INNYCH PODMIOTÓW LECZNICZYCH

§ 72

1. Szpital przystępuje do konkursów ofert organizowanych przez inne jednostki, a po ich rozstrzygnięciu i zawarciu umów, wykonuje świadczenia zdrowotne, w szczególności badania diagnostyczne na rzecz innych jednostek ochrony zdrowia.
2. Szpital zobowiązuje się do wykonywania świadczeń zgodnie z zasadami wiedzy medycznej i praktyki laboratoryjnej przy jednoczesnym zachowaniu należytej staranności w tym zakresie oraz poszanowaniu praw pacjentów do zachowania w tajemnicy spraw związanych z udzielanymi im świadczeniami zdrowotnymi w ramach umów z innymi jednostkami.
3. Szpital zobowiązuje się do poddania kontroli przeprowadzanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia na zasadach określonych w ustawie z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w zakresie regulacji dotyczącej umów z innymi jednostkami.
4. Szpital na bieżąco informuje współpracujące z nim podmioty wykonujące działalność leczniczą oraz gabinety lekarza rodzinnego o zakresie udzielania świadczeń medycznych oraz możliwościach diagnostycznych. Informacje przekazywane są w formie pisemnej, zamieszczane na tablicach informacyjnych Szpitala, ogłaszane na łamach prasy oraz zamieszczane na stronie internetowej szpitala.
5. Szpital przyjmuje pacjentów skierowanych z innych podmiotów leczniczych w zależności od posiadania wolnych miejsc, z wyjątkiem stanów bezpośredniego zagrożenia życia. Przyjęcie następuje po ustaleniu przez kierującego terminu i miejsca z kierownikiem oddziału lub lekarzem pełniącym opiekę lekarską bądź dyżur medyczny w oddziale.

§ 73

1. Za realizację badań wykonanych w: Zakładzie Diagnostyki Obrazowej i Radiologii Interwencyjnej, Zakładzie Diagnostyki Laboratoryjnej, Zakładzie Mikrobiologii Klinicznej, Zakładzie Patomorfologii oraz innych porad i badań na podstawie zawartych umów, dla podmiotów leczniczych pobiera się opłaty wg ceny zewnętrznej ustalonej w cenniku.
2. W związku z pozostawaniem Szpitala w gotowości do realizacji świadczeń zdrowotnych w ramach zawartych umów, ustala się opłatę miesięczną + obowiązująca stawka VAT.
3. W przypadku wykonania w danym miesiącu badań za kwotę wyższą, niż określona powyżej, Zleceniodawca jest obciążany tylko kosztami wykonanych badań.
4. W przypadku wykonania w danym miesiącu badań za kwotę niższą, niż określona powyżej, Zleceniodawca zostanie obciążony kosztami wykonanych badań oraz kwotą stanowiącą różnicę między kwotą o której mowa powyżej, a kosztem badań wykonanych w danym miesiącu.
5. Z opłaty, o której mowa w ust. 2 zwolnione są:
   1) usługi sterylizacji,
   2) usługi współfinansowane przez NFZ, które Szpital rozlicza z zawartej umowy z NFZ,

   inne usługi, których specyfika i częstotliwość wykonywania nie powoduje dodatkowych kosztów w związku z koniecznością pozostawania w gotowości.

ROZDZIAŁ III
UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH PRZEZ INNE PODMIOTY LECZNICZE NA RZECZ PACJENTOW SZPITALA

§ 74

1. Procedury diagnostyczno-terapeutyczne, które nie są wykonywane w Szpitalu, niezbędne dla kompleksowego udzielenia świadczenia, wykonuje się w innych zakładach opieki zdrowotnej, na podstawie umów cywilno-prawnych lub w oparciu o zasady określone przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
2. Umowy zawierane są zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013, poz. 217 j. t z późn zm.), po przeprowadzeniu procedury na udzielanie świadczeń zdrowotnych/konkursu ofert w zakresie badań diagnostycznych, laboratoryjnych, konsultacji specjalistycznych i usług transportu sanitarnego.
3. Umowy określają szczegółowe zasady realizacji świadczeń zdrowotnych, w szczególności warunki kierowania pacjentów, miejsce udzielania i sposób ich finansowania.
4. Umowę o udzielenie zamówienia zawiera się na czas udzielania określonych świadczeń lub na czas określony.
5. Nadzór nad prawidłowością procesu udzielania świadczeń zdrowotnych udzielanych przez inne podmioty sprawuje Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa.
6. W wyjątkowych przypadkach, jeżeli stan zdrowia pacjenta tego wymaga, a nie można było przewidzieć wcześniej takiej konieczności, procedurę diagnostyczną nieobjętą umową, wykonuje się również za zgodą z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa, na jej sfinansowanie.
7. Wykonanie procedur poza Szpitalem wymaga zawsze wcześniejszego uzgodnienia terminu i godziny wykonania. Podczas badania należy ustalić również sposób odebrania wyniku.
8. Za przetransportowanie pacjenta do innego zakładu opieki zdrowotnej i z powrotem odpowiada Szpital. Zgłoszenie Szpitalnemu Oddziałowi Ratunkowemu konieczności przetransportowania pacjenta poza Szpital spoczywa na lekarzu prowadzącym.
9. Transport pacjenta na badanie poza Szpitalem może odbywać się w obecności lekarza lub pielęgniarki oddziału zlecającego.
10. W przypadku konieczności kontynuowania diagnostyki lub leczenia w innym podmiocie leczniczym pacjent jest kierowany na zasadach określonych przepisami prawa. W tym przypadku obowiązuje sposób postępowania z dokumentacją medyczną taki jak w przypadku wypisania chorego ze Szpitala.
11. Lekarz leczący zobowiązany jest do przekazania lekarzowi podmiotu leczniczego, do którego przekazywany jest pacjent, niezbędnej dla zachowania ciągłości świadczeń dokumentacji medycznej z wynikami badań (w formie kopii potwierdzonej przez lekarza za zgodność z oryginałem i opatrzonej datą).
12. Korzystanie z bazy diagnostycznej innego podmiotu leczniczego możliwe jest na zasadach zawartych w umowach z tymi podmiotami.
13. Materiał biologiczny, wysyłany do innych zakładów diagnostycznych jest odpowiednio zabezpieczony zaś wyniki badań archiwizowane wg przyjętych w Szpitalu zasad.

§ 75

1. Szpital udziela zamówienia na świadczenia zdrowotne w celu wykonywania zadań Szpitala:
   1) zakładowi opieki zdrowotnej, w zakresie zadań określonych w statucie tego zakładu,
   2) osobie wykonującej zawód medyczny w ramach indywidualnej praktyki lub indywidualnej specjalistycznej praktyki,
   3) grupowej praktyce lekarskiej i grupowej praktyce pielęgniarek, położnych,
   4) osobie legitymującej się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny.

2. Podmioty o których mowa w ust. 1 pkt 1-4 zwane dalej „przyjmującym zamówienie”, przyjmując zamówienie zobowiązuje się do wykonania zadań Szpitala w zakresie udzielonego zamówienia i na zasadach określonych w umowie.
3. Przyjmujący zamówienie nie może wykonywać udzielonego zamówienia przez osobę trzecią, chyba, że umowa stanowi inaczej.
4. Poziom zakupionych usług musi być zgodny z wymogami kontraktowanych świadczeń medycznych ustalonych przez NFZ.

§ 76

1. Odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przy udzielaniu świadczeń w zakresie udzielonego zamówienia ponosi solidarnie udzielający zamówienia i przyjmujący zamówienie.
2. Przyjmujący zamówienie podlega obowiązkowi ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w zakresie udzielonego zamówienia.
3. Przyjmujący zamówienie podlega obowiązkowi kontroli przeprowadzanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia na zasadach określonych w ustawie z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w zakresie przedmiotu umowy.

DZIAŁ X
PRAWA I OBOWIĄZKI PACJENTA

ROZDZIAŁ I
OGÓLNE ZASADY

§ 77

1. Prawa i obowiązki pacjenta dotyczą osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych.
2. Prawa pacjenta zostały określone w ustawie z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
3. Szczegółowych informacji o prawach pacjenta udziela: Biuro Rzecznika Praw Pacjenta.
2. Obwiązki Pacjenta wynikają z właściwych przepisów prawa oraz uwzględniają konieczność poszanowania praw i zapewnienie bezpieczeństwa innych pacjentów Szpitala.
3. Wyznaczony przez Dyrektora pracownik pełni funkcję Pełnomocnika Dyrektora Szpitala do spraw praw pacjenta, który zajmuje się sprawami dotyczącymi przestrzegania praw pacjenta w Szpitalu.

§ 78

Pacjent ma prawo wyrażania swojej opinii z pobytu w Szpitalu na piśmie, poprzez wypełnianie anonimowych ankiet lub umieszczeniu uwag w „skrzynkach: ankiety, skargi, wnioski" znajdujących się w oddziałach lub innych miejscach wyznaczonych w szpitalu.

§ 79

1. Pacjent lub osoba reprezentująca jego prawa, jeżeli uzna, że te prawa zostały naruszone może zwrócić się z interwencją do:
   1) bezpośredniego przełożonego osoby udzielającej świadczenia zdrowotne,
   2) Pełnomocnika ds. Praw Pacjenta codziennie od 8.00 do 14.00 w Sekretariacie Szpitala,
3. Pacjent może zwrócić się także o rozpatrzenie skargi do Sekcji Skarg i Wniosków przy Narodowym Funduszu Zdrowia oraz Biura Rzecznika Praw Pacjenta w Warszawie.
4. Jeżeli naruszenie prawa dotyczyło fachowej czynności medycznej, Pacjent może zwrócić się do Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej przy Okręgowej Izbie Lekarskiej, bądź do Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Okręgowej przy Izbie Pielęgniarek i Położnych w Kaliszu, a także Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Naczelnej Izby Lekarskiej, bądź Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych w Warszawie

5. Skierować sprawę do Sądu powszechnego, jeżeli w wyniku działania lub zaniechania Szpitala lub osoby wykonującej zawód medyczny naruszono dobro osobiste pacjenta lub wyrządzono szkodę materialną w rozumieniu kodeksu cywilnego.

ROZDZIAŁ II
PRAWA PACJENTA

§ 80

1. Szczegółowy wykaz praw pacjenta określa **Karta Praw Pacjenta** stanowiąca **Załącznik nr 9** do niniejszego Regulaminu
2. Prawa pacjenta określa również **Informator Szpitala** i **Informatory Oddziałowe** stanowiące **Załącznik nr 10** do niniejszego Regulaminu.
3. Pacjenci oraz osoby odwiedzające mogą zapoznać się z treścią wskazanych powyżej załączników, które są umieszczane w ogólnodostępnych miejscach, np. na tablicach informacyjnych w Oddziałach lub w dyżurkach pielęgniarskich poszczególnych oddziałów, a także na stronie internetowej Szpitala.

ROZDZIAŁ III
OBOWIĄZKI PACJENTA

§ 81

1. Pacjent obowiązany jest w szczególności do:
   1) stosowania się do zaleceń i wskazówek personelu medycznego,
   2) nie opuszczania w trakcie hospitalizacji budynku Szpitala bez wyraźnej zgody lekarza prowadzącego leczenie lub lekarza dyżurnego,
   3) przestrzeganie rozkładu dnia podczas pobytu w Oddziale,
   4) przestrzegania postanowień niniejszego Regulaminu oraz innych przepisów obowiązujących na terenie Szpitala
   5) przestrzegania kultury osobistej i zasad współżycia społecznego,
   6) przestrzegania czystości i higieny osobistej oraz porządku w miejscu pobytu,
   7) dbałości o rzeczy i mienie Szpitala, z których korzysta w trakcie pobytu,
   8) zachowania respektującego prawa innych pacjentów,
   9) przestrzeganie zasad korzystania z urządzeń i pomieszczeń oddanych do dyspozycji pacjenta, w szczególności aparatury medycznej, której pacjent używa
   10) używania odbiorników radiowo-telewizyjnych za zgodą pozostałych pacjentów,
   11) nie wnoszenia sprzętu elektrycznego (sprzęt radiowo-telewizyjny, czajnik, żelazko itp.), wymagającego podłączenia do zewnętrznego źródła zasilania (gniazdka elektryczne),
   12) stosowania się do zaleceń personelu medycznego, w przypadku używania telefonów komórkowych,
   13) przechowywania produktów spożywczych w miejscach do tego przeznaczonych,
   14) przestrzegania zakazu zażywania leków lub stosowania innych środków medycznych aniżeli te, które zostały mu zlecone przez lekarza prowadzącego lub innego upoważnionego lekarza.
   15) przestrzegania zakazu spożywania oraz dostarczania innym pacjentom alkoholu i narkotyków, innych środków odurzających, substancji psychotropowych oraz wszelkich innych substancji podobnie działających,
   16) przestrzeganie zakazu palenia wyrobów tytoniowych,
   17) niewnoszenia na teren Szpitala i nie przechowywania materiałów i substancji niebezpiecznych w szczególności łatwopalnych, wybuchowych, trujących i wszelkich innych substancji o podobnym działaniu,
   18) noszenia znaków identyfikacyjnych, w które został zaopatrzony przy przyjęciu,
   19) przestrzegania przepisów BHP i p.poż.

20) w przypadku wyznaczenia terminu udzielenia świadczeń zdrowotnych (wpisania na listę oczekujących) poinformowania Szpitala o niemożności stawienia się w Szpitalu w wyznaczonym terminie lub rezygnacji ze świadczenia zdrowotnego

2. W przypadku nie zastosowania się przez pacjenta do postanowień Regulaminu lub zachowania sprzecznego z przepisami prawa i nie dostosowania się do poleceń personelu medycznego lekarz Oddziału lub inna upoważniona osoba ma prawo zawiadomić ochronę, ewentualnie Policję. Ponadto w takim przypadku zastosowanie może znaleźć przepis Regulaminu organizacyjnego dotyczący. wypisania pacjenta (§ 50).
3. Z uwagi na specyfikę świadczeń zdrowotnych udzielanych w Oddziale Psychiatrycznym obowiązki pacjentów tego Oddziału mogą być określone w sposób odmienny niż w niniejszym paragrafie. Katalog obowiązków pacjentów Oddziału Psychiatrycznego określony został w Informatorze oddziałowym.
4. Obowiązki pacjenta określa również **Informator Szpitala** i **Informatory Oddziałowe** stanowiące **Załącznik nr 10** do niniejszego Regulaminu.

DZIAŁ XI. ZASADY UDOSTĘPNIANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ PACJENTA

§ 82

1. Z zastrzeżeniem wyjątków wskazanych w obowiązujących przepisach, dokumentacja medyczna pacjenta jest własnością Szpitala.
2. Przy przyjęciu do Szpitala pacjent jest informowany o przysługujących mu prawach, w tym o prawie do dostępu do dokumentacji medycznej.
3. Szpital ma obowiązek udostępnić dokumentację medyczną:
   1) pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu,
   2) osobie upoważnionej przez pacjenta,
   3) uprawnionym organom i innym uprawnionym podmiotom.”
4. Dokumentacja medyczna jest udostępniana do wglądu w Szpitalu na wniosek:
   1) pacjenta, którego dotyczy,
   2) jego przedstawiciela ustawowego lub osoby przez niego upoważnionej,
   3) a w razie śmierci pacjenta - osobie przez niego upoważnionej za życia do uzyskiwania dokumentacji, osobie, która w chwili zgonu była jego przedstawicielem ustawowym, a także osobie bliskiej, chyba że udostępnieniu sprzeciwi się inna osoba bliska lub sprzeciwił się temu pacjent za życia. W przypadku sporu między osobami bliskimi o udostępnienie dokumentacji medycznej oraz w innych przypadkach, zgodę na udostępnienie wyraża sąd.
5. Udostępnienie dokumentacji do wglądu na miejscu, po uprzednim uzgodnieniu terminu jest bezpłatne.
6. Dokumentację udostępnia się również w formie wyciągów, odpisów lub kopii, chyba że uprawniony organ żąda udostępnienia oryginałów dokumentacji.
7. Wydanie oryginałów dokumentacji następuje za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu.
8. W przypadku wydania oryginałów dokumentacji w Szpitalu należy pozostawić kopię lub pełny odpis wydanej dokumentacji, chyba że zwłoka w jej wydaniu mogłaby narazić pacjenta na szkodę.
9. Pacjent, jego przedstawiciel ustawowy lub osoba upoważniona przez pacjenta, a w razie śmierci pacjenta – osoba przez niego upoważniona do uzyskiwania dokumentacji w przypadku jego zgonu, może wystąpić z pisemnym wnioskiem do Dyrektora Szpitala o sporządzenie wyciągów, odpisów lub kopii dokumentacji pacjenta.
10. Zdjęcia RTG (archiwalne) udostępniane są na zasadzie wypożyczenia za potwierdzeniem odbioru i zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu. Zdjęcia z wykonywanych badań obrazowych udostępniane są pacjentom odpłatnie w formie płyty CD/DVD lub w formie kliszy.

11. Sekcja Dokumentacji Medycznej przygotowuje dokumentację medyczną do udostępniania (sporządzanie wyciągów, odpisów, kserokopii). Kopie udostępnianych dokumentów podpisuje za zgodność z oryginałem upoważniony przez Dyrektora pracownik sekcji.
12. Udostępnienie dokumentacji na zewnątrz Szpitala następuje na podstawie decyzji Dyrektora.
13. Odmowa wydania dokumentacji medycznej wymaga formy pisemnej i podania przyczyny (uzasadnienia).

§ 83

1. Koszty udostępniania dokumentacji ponosi wnioskodawca.
2. Szpital pobiera opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej na zasadach określonych w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Podstawą wyliczenia kwoty odpłatności jest publikowana przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego wysokość przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale.
3. Wysokość opłat jest ustalana w drodze zarządzenia.
4. Wpłaty należności pobranych od pacjentów kwitowane są w kwitariuszu przychodów KP.
5. Organy i podmioty wnioskujące obciążane są zgodnie z zawartymi umowami.
6. W przypadku dostarczania kopii drogą pocztową, wnioskodawca pokrywa koszt przesyłki.

§ 84

1. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta.
2. Po śmierci pacjenta dokumentacja medyczna jest udostępniana osobie upoważnionej przez pacjenta za życia lub osobie, która w chwili zgonu pacjenta była jego przedstawicielem ustawowym. Dokumentacja medyczna jest udostępniana także osobie bliskiej, chyba że udostępnieniu sprzeciwi się inna osoba bliska lub sprzeciwił się temu pacjent za życia. W przypadku sporu między osobami bliskimi o udostępnienie dokumentacji medycznej oraz w innych przypadkach, zgodę na udostępnienie wyraża sąd.

§ 85

1. Szpital udostępnia dokumentację medyczną również:
   1) podmiotom udzielającym świadczeń zdrowotnych, jeżeli dokumentacja ta jest niezbędna do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych;
   2) organom władzy publicznej, w tym Rzecznikowi Praw Pacjenta, Narodowemu Funduszowi Zdrowia, organom samorządu zawodów medycznych oraz konsultantom krajowym i wojewódzkim, w zakresie niezbędnym do wykonywania przez te podmioty ich zadań, w szczególności nadzoru i kontroli;
   3) podmiotom, o których mowa w art. 119 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia kontroli na zlecenie ministra właściwego do spraw zdrowia;
   4) upoważnionym przez podmiot tworzący, osobom wykonującym zawód medyczny, w zakresie niezbędnym do sprawowania nadzoru nad podmiotem leczniczym;
   5) ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, sądom, w tym sądom dyscyplinarnym, prokuraturom, lekarzom sądowym i rzecznikom odpowiedzialności zawodowej, w związku z prowadzonym postępowaniem;
   6) uprawnionym na mocy odrębnych ustaw organom i instytucjom, jeżeli badanie zostało przeprowadzone na ich wniosek;
   7) organom rentowym oraz zespołom do spraw orzekania o niepełnosprawności, w związku z prowadzonym przez nie postępowaniem;
   8) podmiotom prowadzącym rejestry usług medycznych, w zakresie niezbędnym do prowadzenia rejestrów;
   9) zakładom ubezpieczeń, za zgodą pacjenta;

10) komisjom lekarskim podległym ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych, wojskowym komisjom lekarskim oraz komisjom lekarskim Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego lub Agencji Wywiadu, podległym Szefom właściwych Agencji;
11) osobom wykonującym zawód medyczny, w związku z prowadzeniem procedury oceniającej podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o akredytacji w ochronie zdrowia albo procedury uzyskiwania innych certyfikatów jakości, w zakresie niezbędnym do ich przeprowadzenia;
12) wojewódzkiej komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, o której mowa w art. 67e ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, w zakresie prowadzonego postępowania;
13) spadkobiercom w zakresie prowadzonego postępowania przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych;
14) osobom wykonującym czynności kontrolne na podstawie art. 39 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, w zakresie niezbędnym do ich przeprowadzenia;
15) członkom zespołów kontroli zakażeń szpitalnych, o których mowa w art. 14 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, w zakresie niezbędnym do wykonywania ich zadań.
16) Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, w zakresie niezbędnym do wykonywania przez nią zadań określonych w art. 31n ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510 i 1515),
17) Agencji Badań Medycznych w zakresie określonym ustawą z dnia 21 lutego 2019 r. o Agencji Badań Medycznych (Dz. U. poz. 447);

2. Dokumentacja medyczna może być udostępniona także szkole wyższej lub instytutowi badawczemu do wykorzystania w celach naukowych, bez ujawniania nazwiska i innych danych umożliwiających identyfikację osoby, której dokumentacja dotyczy.

§ 86

1. Dokumentacja medyczna jest udostępniana:
   1) do wglądu, w tym także do baz danych w zakresie ochrony zdrowia, w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych, z wyłączeniem medycznych czynności ratunkowych, albo w siedzibie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem pacjentowi lub innym uprawnionym organom lub podmiotom możliwości sporządzenia notatek lub zdjęć;
   2) przez sporządzenie jej wyciągu, odpisu, kopii lub wydruku;
   3) przez wydanie oryginału za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, na żądanie organów władzy publicznej albo sądów powszechnych, a także w przypadku gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta;
   4) za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej;
   5) na informatycznym nośniku danych.
2. Wysokość opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej w formie wyciągów, odpisów i kopii określona została w **Załączniku nr 11** do niniejszego Regulaminu.

2a. Opłaty, o której mowa w ust. 2, nie pobiera się w przypadku udostępnienia dokumentacji medycznej:

1) pacjentowi albo jego przedstawicielowi ustawowemu po raz pierwszy w żądanym zakresie,

2) w związku z postępowaniem przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych,

3) w przypadku udostępnienia dokumentacji medycznej Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oraz Agencji Badań Medycznych.

3. Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej składa się , uwzględniając czas na sporządzenie jej kopii, odpisu, wyciągu , w Sekretariacie Szpitala lub Sekcji Dokumentacji Chorych z co najmniej dwudniowym wyprzedzeniem.
4. Szpital prowadzi wykaz zawierający następujące informacje dotyczące udostępnianej dokumentacji medycznej:
   1) imię (imiona) i nazwisko pacjenta, którego dotyczy dokumentacja medyczna;
   2) sposób udostępnienia dokumentacji medycznej;
   3) zakres udostępnionej dokumentacji medycznej;
   4) imię (imiona) i nazwisko osoby innej niż pacjent, której została udostępniona dokumentacja medyczna, a w przypadkach, o których mowa w art. 26 ust. 3 i 4, także nazwę uprawnionego organu lub podmiotu;
   5) imię (imiona) i nazwisko oraz podpis osoby, która udostępniła dokumentację medyczną;
   6) datę udostępnienia dokumentacji medycznej

DZIAŁ XII. ZASADY PRZEBYWANIA NA TERENIE SZPITALA OSÓB TRZECICH

§ 87

1. Osoby trzecie przebywające w Szpitalu obowiązuje:
   1) pozostawienie w szatni szpitalnej odzieży wierzchniej,
   2) przestrzegania kultury osobistej i zasad współżycia społecznego,
   3) stosowanie się do zasad porządkowych oddziałów, poleceń personelu medycznego i służb porządkowych.
2. Dzieci do lat 7 mogą odwiedzać pacjentów wyłącznie z osobą dorosłą i za zgodą kierownika oddziału lub lekarza dyżurnego.
3. Personel medyczny, w przypadkach nie stosowania się osób trzecich do zasad określonych powyżej, ma prawo nie wyrazić zgody na przebywanie osoby odwiedzającej w oddziale, jeżeli jej obecność może być uciążliwa dla pacjentów przebywających w oddziale.
4. Pacjent ma prawo do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej. Przez dodatkową opiekę pielęgnacyjną, rozumie się opiekę, która nie polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w tym także opiekę sprawowaną nad pacjentką w warunkach ciąży, porodu i połogu. Pacjent ponosi koszty realizacji praw, o których mowa powyżej , jeżeli realizacja tych praw skutkuje kosztami poniesionymi przez podmiot leczniczy.

§ 88

1. Przedstawiciele mediów: prasy, radia, telewizji, wchodzący na teren Szpitala, zobowiązani są zgłosić ten zamiar Dyrektorowi lub jego zastępcom lub osobie pełniącej funkcję Rzecznika Prasowego Szpitala.
2. Upoważnionymi do udzielania informacji o działalności Szpitala są Dyrektor Szpitala, Jego zastępcy lub osoba pełniąca funkcję rzecznika prasowego .
3. W przypadku zamiaru zbierania informacji lub opinii wśród personelu Szpitala, przedstawiciel mediów zgłasza ten zamiar Dyrektorowi lub jego zastępcy lub osobie pełniącej funkcję rzecznika prasowego, którzy zapewniają im dostęp do informacji w sposób nie kolidujący z działalnością komórek organizacyjnych Szpitala.

§ 89

Przedstawiciele firm medycznych i farmaceutycznych wchodzący na teren Szpitala w celu przeprowadzenia prezentacji produktów i wyrobów są bezwzględnie zobowiązani zgłosić ten zamiar w formie pisemnej i uzyskać zgodę od Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa oraz dokonać prezentacji zgodnie z obowiązującymi w Szpitalu zasadami w tym zakresie.

§ 90

1. W przypadku zagrożenia epidemiologicznego lub ze względu na warunki przebywania innych osób hospitalizowanych w Szpitalu, Dyrektor lub kierownik oddziału może ograniczyć prawo pacjenta do kontaktu osobistego z osobami z zewnątrz, w tym do sprawowania opieki przez osobę bliską lub inną osobę wskazaną przez pacjenta.

2. Odwiedziny pacjenta odbywają się przez wszystkie dni tygodnia.
3. Z uwagi na specyfikę każdego Oddziału oraz organizację udzielanych w nim świadczeń, Kierownik może wyznaczyć w Informatorze oddziałowym określone godziny, w których możliwe są odwiedziny pacjentów.
4. Określenie godzin przez Kierownika winno uwzględniać prawo pacjenta do osobistego kontaktu z innymi osobami.
5. W szczególnie uzasadnionych przypadkach możliwe są odwiedziny pacjenta poza godzinami określonymi w informatorze. W takim przypadku konieczne jest uzyskanie zgody personelu Oddziału przez osobę odwiedzającą.
6. Pacjenta mogą równocześnie odwiedzać nie więcej niż dwie osoby. Kierownik, ze względu na specyfikę Oddziału i rodzaj udzielanych w nim świadczeń medycznych, może określić inną niż w zdaniu poprzednim liczbę osób równocześnie odwiedzających pacjenta.
7. Nie są wpuszczane osoby znajdujące się pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających.
8. Osoba odwiedzająca lub sprawująca dodatkową opiekę pielęgnacyjną winna w pierwszej kolejności kierować się dobrem i bezpieczeństwem odwiedzanego pacjenta.
9. Osoby odwiedzające oraz sprawujące dodatkową opiekę pielęgnacyjną zobowiązane są do podporządkowania się wszelkim poleceniom i wskazówkom personelu szpitalnego.
10. Osobom odwiedzającym oraz sprawującym dodatkową opiekę pielęgnacyjną zakazane jest w szczególności :
    a. spożywanie i dostarczanie pacjentowi alkoholu, narkotyków, innych środków odurzających, substancji psychotropowych oraz wszelkich innych substancji podobnie działających,
    b. palenie wyrobów tytoniowych,
    c. przynoszenie materiałów i substancji niebezpiecznych w szczególności łatwopalnych, wybuchowych, trujących i wszelkich o podobnym działaniu,
    d. wprowadzanie zwierząt do budynków Szpitala.
11. Osoby odwiedzające oraz sprawujące dodatkową opiekę pielęgnacyjną zobowiązane są w szczególności do :
    a. pozostawiania odzieży wierzchniej w szatni,
    b. kulturalnego i nie zakłócającego spokoju innych pacjentów zachowania się
    c. uzyskania zgody lekarza lub pielęgniarki Oddziału na dostarczenie pacjentowi produktów żywnościowych lub napojów.
12. W przypadku naruszenia przez osoby odwiedzające lub sprawujące dodatkową opiekę pielęgnacyjną postanowień ustępów poprzedzających personel Szpitala ma prawo nakazać takim osobom natychmiastowe opuszczenie Szpitala. W przypadkach szczególnie uzasadnionych personel Szpitala wzywa ochronę Szpitala, może także wezwać Policję, o czym informuje uprzednio naruszającego postanowienia niniejszego Regulaminu.
13. Szczegółowe informacje o godzinach odwiedzin pacjentów oraz warunki odwiedzin, o których mowa w niniejszym paragrafie, umieszczone są przy wejściu do każdego Oddziału w widocznym miejscu.

DZIAŁ XIII
ZASADY KORZYSTANIA Z DEPOZYTU

§ 91

1. Szpital prowadzi depozyt rzeczy pacjentów hospitalizowanych.
2. Chory po zakwalifikowaniu do hospitalizacji ma możliwość oddania zbędnych rzeczy do depozytu.
3. Zasady korzystania z depozytu szczegółowo określone zostały w procedurze zabezpieczenia rzeczy stanowiących własność pacjentów. Procedura określa zabezpieczenie własności pacjenta przy przyjęciu planowym i w trybie nagłym, a także w trakcie pobytu w szpitalu tj: w czasie zabiegu, badań diagnostycznych itp.

DZIAŁ XIV
OBOWIĄZKI SZPITALA W RAZIE ŚMIERCI PACJENTA

ROZDZIAŁ I
POSTĘPOWANIE W SYTUACJI ZGONU PACJENTA

§ 92

1. Zwłoki pacjenta mogą być poddane sekcji, w szczególności gdy zgon tej osoby nastąpi przed upływem 12 godzin od przyjęcia, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Zwłoki pacjenta nie są poddawane sekcji, jeżeli przedstawiciel ustawowy tej osoby wyraził sprzeciw lub uczyniła to ta osoba za życia.
3. O zaniechaniu sekcji zwłok z przyczyny określonej w ust. 2 sporządza się adnotację w dokumentacji medycznej i załącza sprzeciw, o którym mowa w ust. 2
4. Przepisów ust. 1–3 nie stosuje się w przypadkach:
   1) określonych w Kodeksie postępowania karnego i Kodeksie karnym wykonawczym oraz aktach wykonawczych wydanych na ich podstawie;
   2) gdy przyczyny zgonu nie można ustalić w sposób jednoznaczny;
   3) określonych w przepisach o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.
5. Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa na wniosek właściwego kierownika oddziału lub po zasięgnięciu jego opinii, zarządza dokonanie lub zaniechanie sekcji, w dokumentacji medycznej sporządza się adnotację o dokonaniu lub zaniechaniu sekcji zwłok z odpowiednim uzasadnieniem.
6. Dokonanie sekcji zwłok nie może nastąpić wcześniej niż po upływie 12 godzin od stwierdzenia zgonu.
7. Jeżeli zachodzi potrzeba pobrania ze zwłok komórek, tkanek lub narządów, przeprowadzenie sekcji zwłok przed upływem 12 godzin, przy zachowaniu zasad i trybu przewidzianych w przepisach o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, może zarządzić kierownik, a jeżeli kierownik nie jest lekarzem, upoważniony przez niego lekarz albo lekarz upoważniony przez zarząd spółki kapitałowej.
8. Po śmierci, lekarz który leczył pacjenta w Szpitalu wystawia „Kartę zgonu".

§ 93

1. W przypadku podejrzenia zgonu pacjenta, pielęgniarka/położna/ratownik medyczny pełniący dyżur w danej komórce organizacyjnej powiadamia lekarza leczącego, a po godz. 14.35 lekarza dyżurnego oddziału, w celu stwierdzenia zgonu.
2. Stwierdzenie zgonu oraz jego przyczyny lekarz odnotowuje w historii choroby lub w innym dokumencie medycznym właściwym dla komórki organizacyjnej udzielającej świadczenia zdrowotnego.
3. Lekarz stwierdzający zgon ma obowiązek powiadomić o zgonie osobę wskazaną do otrzymywania informacji o pacjencie, lub w przypadku braku oświadczenia pacjenta w tej sprawie, członka najbliższej rodziny.
4. W przypadku zgonu osób zmarłych na choroby zakaźne zwłoki należy przewieźć z miejsca zgonu bezpośrednio na cmentarz i pochować do 24 godzin od chwili zgonu, z zachowaniem szczególnej ostrożności sanitarno-epidemiologicznej. Szczegółowy sposób postępowania określa odrębna procedura.
5. O fakcie zgonu na chorobę zakaźną należy poinformować Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego, który podejmuje decyzję w sprawie wykonania sekcji.
6. Zwłoki osoby zmarłej w Szpitalu po upływie 2 godzin od stwierdzenia zgonu są przekazywane do chłodni (Prosektorium). Przed przekazaniem zwłok, pielęgniarka przeprowadza toaletę pośmiertną oraz oznakowuje zwłoki zgodnie z obowiązującą procedurą.
7. Szczegóły dotyczące postępowania ze zwłokami osób zmarłych w Szpitalu i obowiązki personelu określa procedura.

8. W celu pochowania zwłok lekarz leczący wydaje osobie uprawnionej Kartę zgonu (egzemplarz A I B) oraz udziela informacji co do dalszego postępowania.
9. Szpital jest zobowiązany do nieodpłatnego przechowywania zwłok do 72 godzin.
10. Wysokość opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny od osób lub instytucji uprawnionych do pochowania zwłok oraz od podmiotów, na zlecenie których przechowuje się zwłoki w związku z toczącym się postępowaniem karnym określa **Załącznik 12** do niniejszego Regulaminu.

ROZDZIAŁ II
ZASADY I TRYB POBIERANIA KOMÓREK, TKANEK I NARZĄDÓW OD OSÓB ZMARŁYCH

§ 94

W Szpitalu powołany jest Koordynator ds. transplantacji do którego zadań należy :
1) identyfikacja i kwalifikacja medyczna potencjalnych zmarłych dawców narządów,
2) organizacja i dokumentacja pracy komisji orzekającej o śmierci mózgu
3) autoryzacja pobrania, w tym rozmowa z rodziną zmarłego dawcy, pozyskanie opinii prokuratora w przypadkach, gdy jest to konieczne,
4) opieka nad potencjalnym dawcą,
5) koordynacja pobrania wielonarządowego,
6) pozyskanie i zabezpieczenie materiału do typowania tkankowego,
7) organizacja pobrania w Szpitalu, w tym nadawanie pobranym narządom, tkankom i komórkom udostępnionych przez „Poltransplant" znaków niepowtarzalnego oznakowania zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 2 kwietnia 2010r. w sprawie niepowtarzalnego oznakowania i monitorowania komórek, tkanek i narządów,
8) współpraca z regionalnym koordynatorem transplantacyjnym oraz „Poltransplantem",
9) dokumentacja pobrania narządów w tym włączenie się do ustawowych rejestrów transplantacyjnych,
10) comiesięczne składanie sprawozdań Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa oraz „Poltransplantowi" z realizacji zadań Koordynatora.

DZIAŁ XV
ORGANIZACJA PROCESU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W PRZYPADKU POBIERANIA OPŁAT

§ 95

1. Szpital realizuje odpłatne świadczenia zdrowotne z zakresu lecznictwa szpitalnego, ambulatoryjnego i diagnostyki na rzecz:
   1) podmiotów, które zawarły umowy,
   2) osób nieuprawnionych do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych,
   3) osób uprawnionych do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych, które nie przedstawiły dowodu ubezpieczenia w terminie ustawowym.
2. Wysokość opłat za świadczenia zdrowotne ustalona jest w cenniku wprowadzonym Zarządzeniem Dyrektora stanowiącym **Załącznik nr 8** do niniejszego Regulaminu.
3. Regulowanie należności za świadczenia zdrowotne, przez podmioty, które posiadają zawarte umowy, dokonywana jest zgodnie z zapisami tych umów na rachunek Szpitala.
4. W przypadku osób wymienionych w ust. 1 pkt: 2) i 3), należność może być regulowana poprzez wpłaty na rachunek Szpitala, w Kasie Szpitala, lub innych wyznaczonych miejscach.

§ 96

1. Proces udzielania świadczeń zdrowotnych osobom nieuprawnionym do bezpłatnych świadczeń oraz świadczeń udzielanych w ramach umów z podmiotami zewnętrznymi jest zorganizowany w sposób, o którym mowa w niniejszym Regulaminie
2. Proces ten, nie może zakłócać zasady pierwszeństwa pacjentów, na rzecz których realizowane są świadczenia w ramach umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia.
3. Zapisy ust. 2. nie dotyczą przyjęć w stanach nagłych, ratujących życie i zdrowie

§ 97

1. Świadczenia odpłatne na rzecz pacjentów, o których mowa w § 95 są udzielane w oparciu o cennik obowiązujący w momencie udzielenia świadczenia.
2. Pacjent korzystający ze świadczeń odpłatnych przed udzieleniem danego świadczenia jest każdorazowo informowany o wysokości odpłatności.
3. Odpłatne świadczenia zdrowotne są wykonywane po ich opłaceniu w kasie głównej Szpitala, czynnej w godz. 7.30 – 14.30. W pozostałych godzinach wpłat można dokonywać w kasie znajdującej się w SOR
4. Informacje o wysokości odpłatności za dane świadczenie zdrowotne oraz aktualnie obowiązującym cenniku świadczeń wykonywanych przez daną komórkę Szpitala można uzyskać w miejscu jego wykonania.
5. Świadczenia zdrowotne, za które są pobierane opłaty są udzielane z uwzględnieniem kolejności zgłoszeń i prowadzonych list oczekujących na udzielenie świadczenia, zgodnie z art. 20 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

DZIAŁ XVI
TRYB ROZPATRYWANIA I ZAŁATWIANIA SKARG I WNIOSKÓW

§ 98

1. Każdy Pacjent ma prawo do zgłoszenia Dyrektorowi skarg i wniosków.
2. Przedmiotem skargi może być , w szczególności:
   1) naruszenie praw w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych,
   2) jakość usług medycznych,
   3) zaniedbanie lub nienależyte wykonanie zadań przez personel Szpitala.
3. Przedmiotem wniosku mogą być sprawy dotyczące ulepszenia organizacji, usprawnienia pracy.
4. Skargi i wnioski mogą być wnoszone pisemnie, telegraficznie, za pomocą faksu, poczty elektronicznej lub ustnie.
5. Skargi lub wnioski można złożyć:
   1) w Sekretariacie Dyrektora Szpitala
   2) poprzez skrzynki o nazwie „ Ankiety, Skargi, Wnioski” rozmieszczone na terenie Szpitala
   3) jeżeli przedmiotem skargi jest jakość usług medycznych, skarga może być również złożona u Pełnomocnika ds. Praw Pacjenta.
6. Rejestr skarg i wniosków prowadzi Sekretariat Szpitala. Wpis do rejestru następuje przed wszczęciem postępowania.
7. Skargi wnoszone do Pełnomocnika ds. Praw Pacjenta podlegają niezwłocznemu zgłoszeniu do Sekretariatu celem ich ewidencji.
8. Skarga pacjenta złożona w formie pisemnej zawiera co najmniej:
   1) imię, nazwisko i dokładny adres zamieszkania bądź adres do korespondencji,
   2) datę zdarzenia,
   3) nazwisko osoby, wobec której skierowane są zarzuty,
   4) uzasadnienie stawianych w skardze zarzutów.

9. Skargi i wnioski nie zwierające imienia i nazwiska oraz adresu wnoszącego pozostawia się bez rozpatrzenia .
10. Jeżeli treści skargi lub wniosku nie można należycie ustalić ich przedmiotu, wzywa się wnoszącego skargę lub wniosek do złożenia wyjaśnienia lub uzupełnienia, z pouczeniem, że nie usunięcie tych braków spowoduje pozostawienie skargi lub wniosku bez rozpatrzenia.
11. Zgłoszone skargi i wnioski powinny być rozpatrzone bez zbędnej zwłoki, nie później jednak niż w terminie jednego miesiąca, a sprawy szczególnie skomplikowanej – nie później niż w ciągu dwóch miesięcy od dnia złożenia skargi.
12. Skarga dotycząca określonej osoby nie może być przekazana do rozpatrzenia tej osobie.
13. W przypadku skarg dotyczących świadczeń zdrowotnych osobą przygotowującą wstępne rozpoznanie jest Kierownik Oddziału /Działu, którego skarga dotyczy.
14. Prowadzenie postępowania wyjaśniającego dotyczącego skargi koordynuje Dział Organizacyjny
15. Zawiadomienie o sposobie załatwienia skargi zawiera w szczególności:
    1) wskazanie, w jaki sposób skarga została załatwiona,
    2) podanie imienia i nazwiska, stanowiska służbowego osoby upoważnionej do załatwienia skargi,
    3) uzasadnienie z podaniem okoliczności faktycznych i w miarę potrzeby prawnych.
16. Odpowiedź na skargę oraz zawiadomienie o odmownym załatwieniu skargi udziela Dział Organizacyjny.

DZIAŁ XVII
POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 99

1. W sprawach objętych niniejszym Regulaminem, wymagających określenia szczegółowych zasad i trybu postępowania, Dyrektor Szpitala wydaje zarządzenia na podstawie obowiązujących przepisów.
2. Regulamin organizacyjny jest dostępny w formie elektronicznej na stronie internetowej www.szpital.kalisz.pl oraz w formie papierowej u Kierownika Działu Organizacyjnego, kierujących pionami oraz kierowników oddziałów, zakładów, działów.

Spis Załączników:

Załącznik nr 1 – Schemat organizacyjny
Załącznik nr 2 – Zakłady Lecznicze
Załącznik nr 3 – Pion Dyrektora
Załącznik nr 4 – Pion Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa
Załącznik nr 5 – Pion Z-cy Dyrektora ds. Rozwoju, Usług i Innowacji medycznych
Załącznik nr 6 – *skreślony*
Załącznik nr 7 – Pion Naczelnej Pielęgniarki
Załącznik nr 8 – Cennik
Załącznik nr 9 – Karta Praw Pacjenta
Załącznik nr 10 - Informator Szpitalny wraz z informatorami oddziałowymi
Załącznik nr 11 – Cennik za udostępnienie dokumentacji medycznej
Załącznik nr 12 – Cennik za przechowywanie zwłok powyżej 72 godzin