# REGULAMIN ORGANIZACYJNY

**wydanie VII**

**SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO**
**IM. A. FALKIEWICZA WE WROCŁAWIU**

**15 lipca 2025 r.**

.....
**data**

DYREKTOR
SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO
im. A. Falkiewicza we Wrocławiu

Magdalena Puziewicz-Karpiak
.....
**Dyrektor Szpitala**

# Spis treści

POSTANOWIENIA OGÓLNE ..... 4
ZASADY KIEROWANIA SZPITALEM ..... 5
CELE I PODSTAWOWE ZADANIA SZPITALA ..... 12
PRZEBIEG PROCESU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH ..... 14
STRUKTURA ORGANIZACYJNA ..... 19
WARUNKI WSPÓŁDZIAŁANIA Z INNYMI PODMIOTAMI WYKONUJACYMI DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ ..... 20
ZASADY POBYTU W ODDZIALE ..... 20
PRAWA PACJENTA ..... 21
PRAWA PACJENTA - DZIECKA ..... 24
OBOWIĄZKI PACJENTA ..... 24
REGULAMIN ODWIEDZIN ..... 26
ZAKRES OPIEKI, JAKĄ MOŻE ŚWIADCZYĆ RODZINA LUB OSOBY BLISKIE W PROCESIE OPIEKI NAD PACJENTEM .. 27
UDOSTĘPNIANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ I WYSOKOŚĆ OPŁAT Z TYM ZWIĄZANYCH ..... 28
ORGANIZACJA PROCESU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W PRZYPADKU POBIERANIA OPŁAT ORAZ WYSOKOŚĆ OPŁAT ZA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH INNYCH NIŻ FINANSOWANE ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH ..... 29
ORGANIZACJA I ZADANIA POSZCZEGÓLNYCH KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH SZPITALA ..... 30
REGULAMIN CENTRALNEJ IZBY PRZYJĘĆ ..... 30
REGULAMIN PRACY KIEROWNIKA DYŻURU ..... 31
REGULAMIN OBSZARU LECZENIA ZACHOWAWCZEGO DLA DOROSŁYCH: ..... 32
ODDZIAŁU CHORÓB WEWNĘTRZNYCH I DIABETOLOGII ORAZ ODDZIAŁU GERIATRYCZNEGO ..... 32
REGULAMIN ODDZIAŁÓW WCHODZĄCYCH W SKŁAD CENTRUM ZDROWIA KOBIETY I DZIECKA Z OŚRODKIEM LECZENIA NIEPŁODNOŚCI, ENDOMETRIOZY I GINEKOLOGII OPERACYJNEJ: ..... 32
REGULAMIN ODDZIAŁU NEONATOLOGICZNEGO Z PODODDZIAŁAMI ..... 32
REGULAMIN ODDZIAŁU GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZEGO Z BLOKIEM PORODOWYM ..... 33
REGULAMIN BLOKU OPERACYJNEGO ..... 34
REGULAMIN OBSZARU LECZENIA ZACHOWAWCZEGO DLA DZIECI: ODDZIAŁU PEDIATRYCZNO-REUMATOLOGICZNEGO ..... 35
REGULAMIN DZIAŁU RADIOLOGII ..... 36
REGULAMIN DZIAŁU ANESTEZJOLOGII ..... 36
REGULAMIN APTEKI SZPITALNEJ ..... 37
REGULAMIN CENTRALNEJ STERYLIZATORNI ..... 38
REGULAMIN ZESPOŁU TRANSPORTU SANITARNEGO ..... 38
REGULAMIN DZIAŁU HIGIENY I EPIDEMIOLOGII ..... 39
REGULAMIN SZKOŁY RODZENIA ..... 39
REGULAMINY DZIAŁÓW ADMINISTRACYJNYCH ..... 40
REGULAMIN DZIAŁU PERSONALNO – ORGANIZACYJNEGO ..... 40
REGULAMIN DZIAŁU EKONOMICZNO - FINANSOWEGO ..... 41
REGULAMIN DZIAŁU SPRZEDAŻY USŁUG MEDYCZNYCH I STATYSTYKI ..... 43
REGULAMIN SEKCJI ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ ..... 44
REGULAMIN DZIAŁU TECHNICZNEGO ..... 46
REGULAMIN DZIAŁU ADMINISTARCYJNO - GOSPODARCZEGO ..... 47
REGULAMIN DZIAŁU ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH ..... 48
REGULAMIN DZIAŁU INFORMATYKI ..... 49
REGULAMIN DZIAŁU ŻYWIENIA ..... 49
REGULAMINY STANOWISK SAMODZIELNYCH ..... 49
REGULAMIN PEŁNOMOCNIKA DYREKTORA DS. INWESTYCJI BUDOWLANYCH ..... 49
REGULAMIN PEŁNOMOCNIKA DYREKTORA DS. KONTROLI FINANSOWEJ ..... 50
REGULAMIN PEŁNOMOCNIKA DYREKTORA DS. ROZWOJU PEDIATRII I AMBULATORYJNEJ OPIEKI SPECJALISTYCZNEJ (AOS) ..... 51
REGULAMIN PEŁNOMOCNIKA DYREKTORA DS. ORGANIZACYJNYCH ..... 51
REGULAMIN KOORDYNATORA DS. DYDAKTYKI KLINICZNEJ ..... 52

REGULAMIN INSPEKTORA OCHRONY DANYCH ..... 53
REGULAMIN PRACOWNIKA SOCJALNEGO ..... 53
REGULAMIN INSPEKTORA OCHRONY RADIOLOGICZNEJ ..... 54
REGULAMIN SAMODZIELNEGO STANOWISKA DO SPRAW OBRONNYCH ..... 55
REGULAMIN SAMODZIELNEGO STANOWISKA DO SPRAW BHP ..... 55
REGULAMIN SAMODZIELNEGO STANOWISKA DO SPRAW PRZECIWPOŻAROWYCH ..... 56
REGULAMIN KAPELANA SZPITALNEGO ..... 57
POSTANOWIENIA KOŃCOWE ..... 57

## POSTANOWIENIA OGÓLNE

### § 1

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

### § 2

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

§ 3

1. Niniejszy Regulamin opracowano na podstawie:
   1) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 o działalności leczniczej;
   2) innych przepisów prawa dotyczących funkcjonowania podmiotów prowadzących działalność leczniczą;
   3) Statutu Szpitala.

## ZASADY KIEROWANIA SZPITALEM

§ 4

1. Organami Szpitala są:
   1) Dyrektor,
   2) Rada Społeczna.
2. Organ tworzący nawiązuje z Dyrektorem Szpitala stosunek pracy na podstawie powołania, umowy o pracę albo zawiera z nim umowę cywilno-prawną.
3. Dyrektor kieruje działalnością Szpitala i reprezentuje Szpital na zewnątrz.
4. Rada Społeczna jest organem inicjującym, opiniotwórczym oraz doradczym Dyrektora.
5. Zadania Rady Społecznej określają przepisy u stawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
6. Od uchwał Rady Społecznej Dyrektorowi Szpitala przysługuje odwołanie do Samorządu Województwa Dolnośląskiego.
7. Dyrektor jest przełożonym wszystkich pracowników.
8. Dyrektor ponosi odpowiedzialność za zarządzanie Szpitalem i gospodarkę finansową.
9. Podczas nieobecności, Dyrektor Szpitala wyznacza osobę zastępującą, spośród swoich Zastępców.
10. Dyrektor Szpitala wykonując swoją funkcję zapewnia w szczególności:
    1) koordynację działania wszystkich komórek organizacyjnych Szpitala w zakresie zgodności z zadaniami statutowymi,
    2) organizację kontroli wykonywania zadań przez poszczególne komórki,
    3) współdziałania z innymi zakładami opieki zdrowotnej w zakresie realizacji zadań statutowych,
    4) realizację zadań zleconych przez organ założycielski,
    5) udzielanie świadczeń zdrowotnych wyłącznie przez osoby o odpowiednich uprawnieniach i kwalifikacjach zawodowych oraz wymaganiach zdrowotnych określonych odrębnymi przepisami,
    6) bieżący nadzór nad wykonywaniem przez Szpital zadań statutowych.
11. W celu realizacji zadań Dyrektor Szpitala:
    1) wydaje wewnętrzne akty prawne, których projekty sporządzają pracownicy właściwych komórek organizacyjnych: zarządzenia i procedury
    2) ustala regulaminy wewnętrzne,
    3) powołuje zespoły, komisje, komitety.
12. Dyrektor podejmuje decyzje w sprawach pracowniczych, a w szczególności:
    1) nawiązywania i rozwiązywania stosunków pracy,
    2) karania, nagradzania i wyróżniania pracowników,
    3) przyznawania premii i zmiany wynagrodzeń pracowniczych,
    4) umocowań pracowników do realizacji określonych zadań,
    5) zawiera umowy cywilno-prawne na realizację świadczeń zdrowotnych i inne.
13. Dyrektor ponosi odpowiedzialność za całokształt działalności Szpitala (medycznej i niemedycznej), a w szczególności za:
    1) zapewnienie sprawnego funkcjonowania Szpitala,
    2) organizowanie pracy w Szpitalu w sposób zapewniający osiągnięcie celów oraz możliwość realizacji zadań statutowych Szpitala,
    3) należyte gospodarowanie mieniem własnym lub przekazanym Szpitalowi do użytkowania,
    4) prowadzenie właściwej polityki płacowo-kadrowej, zatrudnianie i zwalnianie pracowników,

5) należyte gospodarowanie środkami finansowymi i rzeczowymi pozostającymi w dyspozycji Szpitala,
6) zapewnienie właściwego poziomu świadczonych usług,
7) zatwierdzanie planów inwestycyjno-remontowych oraz planów zakupów aparatury i sprzętu medycznego,
8) zapewnienie właściwego stanu sanitarnego Szpitala i jego najbliższego otoczenia,
9) zapewnienie pracownikom bezpiecznych i higienicznych warunków pracy oraz dbałość o przepisy przeciwpożarowe,
10) współpracę z Podmiotem Tworzącym, Ministrem Zdrowia oraz Radą Społeczną Szpitala,
11) zapewnienie funkcjonowania w Szpitalu adekwatnej, skutecznej i efektywnej kontroli zarządczej,
12) wykonywanie innych zadań wynikających z odrębnych przepisów i współpracy z innymi organami administracyjnymi.

14. Dyrektor Szpitala upoważnia zastępcę do czynności wymienionych powyżej na czas swojej nieobecności.
15. Dyrektor kieruje działalnością Szpitala przy pomocy:
    1) Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa,
    2) Naczelnej Pielęgniarki/Położnej,
    3) Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomicznych,
    4) Zastępcy Dyrektora ds. Sprzedaży Usług Medycznych, Głównego Księgowego,
    5) Ordynatorów/Lekarzy kierujących oddziałami,
    6) Kierowników komórek organizacyjnych/koordynatorów i pracowników na samodzielnych stanowiskach pracy.
16. W razie nieobecności Dyrektora do reprezentowania Szpitala na zewnątrz upoważnione są osoby, którym zostanie udzielone pisemne pełnomocnictwo w tym zakresie. Reprezentowanie Szpitala przez te osoby może się odbywać jedynie w granicach udzielonego pełnomocnictwa.
17. Dyrektor ma prawo do powoływania pełnomocników, którzy działają w granicach ich umocowania.
18. Poza godzinami pracy Dyrektora, tj. od godz. 15:00 do godz. 7:25 w dni powszednie oraz przez całą dobę w dni wolne od pracy, w zakresie koordynacji i nadzoru nad udzielaniem świadczeń zdrowotnych obowiązki Dyrektora przejmuje Starszy Asystent Oddziału Ginekologiczno – Położniczego z Blokiem Porodowym albo Starszy Asystent Obszaru Leczenia Zachowawczego dla Dorosłych – jako Kierownik Dyżuru Szpitala w zakresie medycznym.
19. Kierownik Dyżuru Szpitala w czasie pełnienia dyżuru jest bezpośrednim przełożonym personelu medycznego w zakresie niezbędnym do zapewnienia ciągłości opieki zdrowotnej i bezpieczeństwa pacjentów.
20. W przypadku wystąpienia sytuacji nadzwyczajnych o charakterze medycznym podczas dyżuru, Kierownik Dyżuru zobowiązany jest do przekazania stosownej informacji Dyrektorowi lub Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa do godziny 9:00 dnia następnego.
21. W przypadku wystąpienia sytuacji nadzwyczajnych o charakterze medycznym, Kierownik Dyżuru kieruje akcją ratunkową lub innymi działaniami zgodnie z obowiązującą w Szpitalu procedurą postępowania. W przypadku sytuacji technicznych, organizacyjnych lub innych niemedycznych, niezwłocznie informuje Dyrektora.
22. Kierownik Dyżuru wykonuje ponadto inne czynności zlecone przez Zastępcę Dyrektora ds. Lecznictwa, o ile są one bezpośrednio związane z nadzorem nad opieką medyczną i mieszczą się w zakresie jego kompetencji zawodowych.
23. Informacja o osobach pełniących funkcję Kierownika Dyżuru w zakresie medycznym dostępna jest w portierni Szpitala.
24. Zastępcy Dyrektora, Główny Księgowy, Naczelna Pielęgniarka/Położna, kierownicy i pracownicy na stanowiskach samodzielnych kierują powierzonym im zakresem działania i są odpowiedzialni za ich wykonanie przed bezpośrednim przełożonym.
25. Na czele komórek organizacyjnych stoją kierownicy/koordynatorzy, którym Dyrektor powierza prowadzenie określonych spraw, a w szczególności nadzór nad komórkami organizacyjnymi.

26. Kierownicy komórek organizacyjnych Szpitala kierują całokształtem spraw będących w zakresie działania podległej komórki, zgodnie z obowiązującymi przepisami, ponosząc odpowiedzialność przed swoimi zwierzchnikami.
27. Kierownicy komórek organizacyjnych ustalają harmonogram pracy podległego personelu.

§ 5

1. Dyrektor powołuje, zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 o działalności leczniczej, Zastępcę Dyrektora ds. Lecznictwa.
2. Do zadań Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa należy w szczególności:
   1) nadzór nad realizacją działalności medycznej Szpitala;
   2) zapewnienie należytej jakości usług medycznych w Szpitalu;
   3) nadzorowanie pracy podległych komórek organizacyjnych w sposób zapewniający prawidłowe wykonywanie powierzonych zadań i współpraca z pozostałymi;
   4) prowadzenie działań na rzecz wdrażania nowoczesnych metod leczniczych i diagnostycznych;
   5) koordynacja działań w zakresie podległego pionu, związanych z wdrożeniem, uzyskaniem i utrzymaniem oraz bieżącą aktualizacją w Szpitalu systemu zarządzania jakością zgodnego z wymaganiami normy PN-EN ISO 9001:2015,
   6) zapewnienie, w zakresie podległego pionu, zgodności działalności medycznej Szpitala z wymaganiami standardów akredytacyjnych dla szpitali oraz nadzór nad procesem przygotowania i utrzymania akredytacji.
   7) dokonywanie bieżącej analizy funkcjonowania pionu leczniczego, w szczególności pod kątem racjonalnego wykorzystania łóżek zgodnie z profilem oddziałów;
   8) nadzór nad prowadzeniem dokumentacji medycznej w podległych komórkach organizacyjnych;
   9) nadzór nad przechowywaniem dokumentacji medycznej oraz jej udostępnianiem z zachowaniem obowiązujących przepisów prawa;
   10) prowadzenie analizy wykorzystania i zużycia sprzętu diagnostycznego i terapeutycznego;
   11) współpraca z komisjami i komitetami medycznymi działającymi w Szpitalu, ustalanie ich składu osobowego oraz zapoznawanie się z wynikami ich pracy, celem wyciągania stosowanych wniosków;
   12) zarządzanie zasobami ludzkimi w podległych komórkach organizacyjnych poprzez:
      a) ustalanie liczby i rodzaju stanowisk w poszczególnych komórkach organizacyjnych,
      b) ustalanie zakresu obowiązków, uprawnień, odpowiedzialności i kwalifikacji na poszczególnych stanowiskach,
      c) prowadzenie właściwej polityki kadrowej, tj. stała analiza zatrudnienia oraz wnioskowanie o przyjęcia i zwolnienia pracowników,
      d) doskonalenie systemu oceniania i motywowania pracowników,
      e) motywowanie pracowników do podnoszenia kwalifikacji zawodowych;
   13) opracowywanie, w uzgodnieniu z Dyrektorem, modelu funkcjonowania szpitala, dotyczącego organizacji, zatrudnienia kadry medycznej oraz wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną;
   14) zatwierdzanie harmonogramów czasu pracy personelu lekarskiego w komórkach organizacyjnych;
   15) przedstawianie Dyrektorowi sprawozdań z działalności medycznej pionu i bieżące sygnalizowanie o problemach wymagających rozwiązań;
   16) dokonywanie okresowych wizytacji komórek organizacyjnych Szpitala szczególnie w zakresie:
      a) zapewnienia odpowiedniego poziomu usług medycznych w Szpitalu,
      b) stanu porządkowego i higieniczno-sanitarnego pomieszczeń,
      c) prowadzonej dokumentacji medycznej pod względem dokładności i terminowości jej sporządzania oraz należytego przechowywania i archiwizowania;
   17) nadzór nad sprawozdawczością medyczną;
   18) przeprowadzanie okresowych kontroli prawidłowości oraz terminowości wprowadzania informacji medycznych do sieci informatycznej;

19) czuwanie nad racjonalnym wykorzystaniem łóżek szpitalnych, urządzeń oraz wyposażenia medycznego;
20) nadzór nad gospodarką lekami i artykułami sanitarnymi;
21) podejmowanie odpowiednich działań dla zapewnienia prawidłowej gospodarki lekami i artykułami sanitarnymi;
22) nadzór nad właściwym opracowaniem i przygotowywaniem przez podległych pracowników materiałów wyjściowych do przeprowadzania procedury zamówień publicznych na zrealizowanie zaopatrzenia w sprzęt i aparaturę medyczną, leki i artykuły sanitarne;
23) wydawanie poleceń, udzielnie wskazówek i wytycznych podległym pracownikom w zakresie przydzielonych im zadań służbowych;
24) nadzór nad prawidłowym i terminowym wykonaniem przez podległych pracowników wszystkich przydzielonych zadań, zwłaszcza w zakresie opieki lekarsko-pielęgniarskiej nad pacjentami;
25) nadzór nad przestrzeganiem przez podległych pracowników ustalonego w Szpitalu porządku i dyscypliny pracy oraz tajemnicy służbowej i zawodowej;
26) nadzór nad przestrzeganiem przez podległych pracowników reżimu sanitarnego, przepisów przeciwpożarowych oraz zasad bezpieczeństwa i higieny pracy, w tym używanie odzieży roboczej i ochronnej;
27) nadzór nad planowaniem przez ordynatorów i kierowników podległych komórek organizacyjnych potrzeb szkoleniowych pracowników w zakresie dokształcania zawodowego, specjalizacji oraz szkoleń bhp i ppoż.;
28) współpraca w procesie inwestycyjnym komórek organizacyjnych i prowadzenie kontroli zgodności wykonywanych prac z docelowym modelem funkcjonalnym Szpitala;
29) współpraca z pionem administracyjno – gospodarczym i technicznym w zakresie zaopatrzenia w sprzęt i aparaturę medyczną, artykuły medyczne, farmaceutyczne, żywnościowe i gospodarcze niezbędne do prawidłowego funkcjonowania Szpitala oraz z pozostałymi komórkami organizacyjnymi w zakresie działalności pionu lecznictwa;
30) współpraca z uczelniami medycznymi, specjalistami wojewódzkimi, inspekcją sanitarna, samorządami zawodowymi;
31) inne zadania zlecone przez Dyrektora Szpitala, jeżeli nie są one sprzeczne z aktualnie obowiązującymi przepisami prawa.

**§ 6**

1. Dyrektor, po przeprowadzonym postępowaniu konkursowym, powołuje Naczelną Pielęgniarkę/Położną.
2. Do zadań i obowiązków Naczelnej Pielęgniarki/Położnej należy w szczególności:
   1) organizacja, nadzór i koordynacja pracy personelu medycznego pielęgniarek i położnych, ratowników medycznych, opiekunów medycznych oraz salowych i sanitariuszy współdziałających w opiece pielęgniarskiej i położniczej;
   2) odpowiedzialność za poziom opieki pielęgniarskiej i położniczej w Szpitalu;
   3) odpowiedzialność za wprowadzenie nowoczesnych metod pielęgnacyjnych do praktyki pielęgniarskiej i położniczej;
   4) koordynacja działań w zakresie podległego pionu, związanych z wdrożeniem, uzyskaniem i utrzymaniem oraz bieżącą aktualizacją w Szpitalu systemu zarządzania jakością zgodnego z wymaganiami normy PN-EN ISO 9001:2015;
   5) zapewnienie, w zakresie podległego pionu, zgodności działalności medycznej Szpitala z wymaganiami standardów akredytacyjnych dla szpitali oraz nadzór nad procesem przygotowania i utrzymania akredytacji;
   6) inicjowanie i organizacja szkoleń wewnątrzzakładowych oraz wnioskowanie w sprawie typowania na zorganizowane formy doskonalenia zawodowego;
   7) odpowiedzialność za prawidłową adaptację zawodową nowych pracowników;

8) sprawowanie stałego nadzoru nad poziomem opieki nad chorymi i organizacją pracy podległego personelu, poprzez:
   a) prowadzenie ewidencji podległego personelu,
   b) czuwanie nad ścisłym wykonywaniem przez personel poleceń wydawanych przez zwierzchników,
   c) nadzór nad prawidłowym sporządzaniem rozkładów zajęć - grafikami pracy, planami urlopów wypoczynkowych - opracowanych przez pielęgniarki i położne koordynujące,
   d) ustalanie zastępstw na okres urlopów i w razie nieobecności podległych pracowników,
   e) kontrolowanie obecności w pracy,
   f) nadzorowanie przebiegu staży zawodowych pielęgniarek i położnych, wolontariatu oraz ocena poziomu uzyskania umiejętności,
   g) kierowanie pracowników na szkolenia,
   h) kontrolowanie przestrzegania przez personel obowiązujących regulaminów pracy,
   i) dokonywanie systematycznych obchodów oddziałów szpitalnych oraz udzielanie w miarę potrzeby podległemu personelowi rad i wskazówek dotyczących jego pracy,
   j) prowadzenie systematycznych odpraw szkoleniowo-organizacyjnych,
   k) dokonywanie okresowej kontroli jakości świadczonych usług pielęgniarskich, dyscypliny pracy,
   l) nadzór nad przestrzeganiem zasad reżimu sanitarnego;
9) współpraca z kierownictwem Szpitala, mająca na celu poprawienie komfortu pacjenta i jednocześnie warunków pracy pielęgniarek, położnych, ratowników medycznych, opiekunów medycznych oraz salowych i sanitariuszy;
10) zapewnienie właściwego wyposażenie stanowisk pracy podległego personelu medycznego w sprzęt, aparaturę oraz materiały niezbędne do działalności zawodowej oraz nadzór nad ich prawidłowym wykorzystaniem, w tym.: wnioskowanie w sprawie wyposażenia;
11) w ramach odpowiedzialności za efektywną gospodarkę podległym personelem Naczelna Pielęgniarka/Położna jest obowiązana do:
   a) określania liczby i rodzaju stanowisk i poziomu kwalifikacji zawodowych podległego personelu dla prawidłowego zabezpieczenia świadczenia usług medycznych,
   b) racjonalnego rozmieszczenia i wykorzystania podległego personelu,
   c) okresowej analizy stanu zatrudnienia i planowania potrzeb w tym zakresie,
   d) tworzenia norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w Szpitalu,
   e) opiniowania w sprawach dotyczących przyjęć i zwolnień, wyróżnień i kar, a także wysokości wynagrodzeń,
   f) opracowania zakresów obowiązków dla pielęgniarskiej i położniczej kadry kierowniczej oraz zatwierdzania zakresów obowiązków opracowanych przez bezpośrednio podległy personel;
12) odpowiedzialność za organizację pracy podległego personelu oraz nadzór nad pracą:
   a) pielęgniarek/położnych koordynujących/oddziałowych,
   b) pracownika socjalnego,
   c) działu centralnej sterylizatorni,
   d) szkoły rodzenia;
13) współpraca z różnymi typami szkół medycznych, ośrodkami szkoleniowymi, podmiotami prowadzącymi szkolenia podyplomowe,
14) inne zadania zlecone przez Dyrektora Szpitala, jeżeli nie są one sprzeczne z aktualnie obowiązującymi przepisami prawa.

**§ 7**

1. Dyrektor powołuje Zastępcę Dyrektora ds. Ekonomicznych.
2. Do zadań Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomicznych należy w szczególności:
   1) prowadzenie gospodarki finansowej Szpitala zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa w tym zakresie;
   2) planowanie budżetu Szpitala i zasobów potrzebnych do właściwej realizacji świadczeń;

3) nadzór nad racjonalnym gospodarowaniem środkami finansowymi na wykonywanie zadań Szpitala, określonych w planach rzeczowo – finansowych;
4) nadzór nad sporządzaniem planu rzeczowo – finansowego oraz prowadzeniem gospodarki finansowej Szpitala;
5) opracowywanie niezbędnych analiz ekonomiczno – finansowych i nadzór nad sporządzaniem sprawozdań finansowych, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
6) koordynowanie pracy podległych komórek organizacyjnych w sposób zapewniający prawidłowe wykonywanie powierzonych zadań i współpraca z pozostałymi;
7) zarządzanie zasobami ludzkimi w podległych komórkach organizacyjnych poprzez:
   a) ustalanie liczby i rodzaju stanowisk w poszczególnych komórkach organizacyjnych,
   b) ustalanie zakresu obowiązków, uprawnień, odpowiedzialności i kwalifikacji na poszczególnych stanowiskach,
   c) prowadzenie właściwej polityki kadrowej, tj. stała analiza zatrudnienia oraz wnioskowanie o przyjęcia i zwolnienia pracowników,
   d) doskonalenie systemu oceniania i motywowania pracowników,
   e) motywowanie pracowników do podnoszenia kwalifikacji zawodowych;
8) bieżący monitoring nad realizacją świadczeń zdrowotnych udzielanych w Szpitalu na podstawie umów z NFZ, Ministerstwem Zdrowia i innymi podmiotami;
9) znajomość aktualnie obowiązujących przepisów, odnoszących się do zadań wynikających z zakresu obowiązków;
10) uczestniczenie w planowaniu strategicznym Szpitala;
11) opracowywanie założeń strategicznych dotyczących restrukturyzacji Szpitala;
12) zatwierdzanie planów inwestycyjnych oraz planowanie środków finansowych na ten cel i nadzór nad ich prawidłowym i terminowym realizowaniem;
13) akceptowanie planów i zapotrzebowani na zakupy wszystkich komórek organizacyjnych Szpitala od strony zabezpieczenia środków finansowych;
14) nadzór nad prawidłowością stosowania i obiegu dokumentów finansowo - księgowych;
15) wykonywanie wspólnie z Głównym Księgowym dyspozycji środkami pieniężnymi Szpitala;
16) nadzorowanie realizacji ustawy prawo zamówień publicznych w Szpitalu;
17) planowanie i nadzorowanie postępowań o udzielenie zamówienia publicznego, prowadzonych w podległych komórkach, na podstawie przepisów dotyczących zamówień publicznych;
18) nadzór i kontrola prawidłowości zawieranych umów o świadczenie usług, konserwację systemów informatycznych, urządzeń, aparatury i sprzętu medycznego, itp.;
19) dbałość o zapewnienie należytego wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, nadzór nad efektywnym wykorzystaniem środków na ten cel;
20) nadzór nad organizacyjną stroną informatyzacji Szpitala i wykorzystaniem infrastruktury informatycznej;
21) nadzór nad realizacją konkursów na udzielanie świadczeń zdrowotnych;
22) uczestniczenie w przygotowywaniu ofert i negocjacjach umów na świadczenia zdrowotne;
23) współpraca z władzami samorządowymi, stowarzyszeniami, fundacjami, itp. na rzecz wspierania realizacji statutowej działalności Szpitala;
24) współpraca ze związkami zawodowymi działającymi w Szpitalu;
25) przygotowywanie oraz opiniowanie dokumentów niezbędnych do prowadzenia działalności statutowej Szpitala według kompetencji;
26) koordynacja działań w zakresie podległego pionu, związanych z wdrożeniem, uzyskaniem i utrzymaniem oraz bieżącą aktualizacją w Szpitalu systemu zarządzania jakością zgodnego z wymaganiami normy PN-EN ISO 9001:2015;
27) zapewnienie, w zakresie podległego pionu, zgodności działalności medycznej Szpitala z wymaganiami standardów akredytacyjnych dla szpitali oraz nadzór nad procesem przygotowania i utrzymania akredytacji;
28) inne zadania zlecone przez Dyrektora Szpitala, jeżeli nie są one sprzeczne z aktualnie obowiązującymi przepisami prawa.

§ 8

1. Dyrektor powołuje Zastępcę Dyrektora ds. Sprzedaży Usług Medycznych.
2. Do zadań Zastępcy Dyrektora ds. Sprzedaży Usług Medycznych należy w szczególności:
   1) koordynowanie procesu przygotowania ofert i negocjacji warunków zawieranych umów z Narodowym Funduszem Zdrowia;
   2) monitorowanie realizacji i rozliczania kontraktów z NFZ, w tym nadzór nad przestrzeganiem warunków umów;
   3) współpraca z komórkami organizacyjnymi w zakresie sprawozdawczości i prawidłowego raportowania świadczeń zdrowotnych do NFZ;
   4) analiza realizacji świadczeń oraz rekomendowanie działań mających na celu efektywne wykorzystanie limitów kontraktowych;
   5) współpraca z kierownikami oddziałów i poradni w zakresie planowania, dostępności oraz organizacji świadczeń finansowanych ze środków publicznych;
   6) współpraca z NFZ i innymi instytucjami – prowadzenie korespondencji, udział w kontrolach, opracowywanie odpowiedzi na wystąpienia;
   7) monitorowanie zmian w przepisach dotyczących finansowania świadczeń opieki zdrowotnej i wdrażanie ich w działalności Szpitala;
   8) nadzór nad ofertą i sprzedażą usług medycznych odpłatnych (komercyjnych) świadczonych przez Szpital, w zakresie uzupełniającym działalność finansowaną przez NFZ;
   9) inicjowanie działań mających na celu rozwój oferty usług medycznych i zwiększenie przychodów Szpitala;
   10) sporządzanie raportów, analiz i zestawień na potrzeby Dyrektora Szpitala oraz współpraca z komórkami odpowiedzialnymi za obszar finansów Szpitala w zakresie planowania przychodów z tytułu sprzedaży usług medycznych;
   11) reprezentowanie Szpitala w kontaktach z płatnikami oraz kontrahentami w zakresie zawierania i realizacji umów na świadczenia zdrowotne;
   12) prowadzenie całości spraw związanych z ewidencją ruchu chorych, statystyką medyczną oraz sprawozdawczością;
   13) koordynowanie działań mających na celu zapewnienie jakości, kompletności oraz zgodności dokumentacji medycznej z obowiązującymi przepisami prawa, wewnętrznymi procedurami Szpitala oraz normami systemów jakości i standardami akredytacyjnymi;
   14) koordynowanie działań Sekcji Zarządzania Jakością, w tym nadzór nad wdrażaniem, aktualizacją i doskonaleniem systemu zarządzania jakością;
   15) nadzór nad pozyskiwaniem i utrzymywaniem certyfikatów jakości, prowadzeniem przeglądów wewnętrznych, dokumentacją systemową oraz współpracą z komórkami Szpitala w zakresie tworzenia i aktualizacji procedur jakościowych.

§ 9

1. Głównego Księgowego zatrudnia Dyrektor.
2. Do zadań Głównego Księgowego należy prowadzenie i nadzorowanie działalności finansowo – księgowej Szpitala, a w szczególności:
   1) prowadzenie gospodarki finansowej Szpitala zgodnie z przyjętymi zasadami (polityką) rachunkowości;
   2) prowadzenie na podstawie dowodów księgowych, ksiąg rachunkowych, ujmujących zapisy zadań w porządku chronologicznym i systematycznym;
   3) okresowe ustalanie lub sporządzanie drogą inwentaryzacji rzeczywistego stanu aktywów i pasywów,
   4) wycena aktywów i pasywów oraz ustalanie wyniku finansowego,
   5) kontrola i nadzór nad inwentaryzacją środków trwałych i wyposażenia oraz zapasów magazynowych,

6) opracowywanie planów finansowych i nadzór nad ich realizacją;
7) kierowanie i nadzór nad całokształtem prac wykonywanych przez pracowników Działu Ekonomiczno – Finansowego;
8) ustalanie podziału zadań na poszczególnych stanowiskach pracy w kierowanym dziale w sposób zapewniający realizację zadań;
9) bieżąca analiza sytuacji finansowej, szczególnie w zakresie możliwości płatniczych i płynności finansowej;
10) analiza przychodów i kosztów własnych, szczególnie w zakresie opłacalności realizowanych usług;
11) analiza wykorzystania środków będących w dyspozycji Szpitala;
12) nadzór nad prawidłowym dokonywaniem operacji gospodarczych;
13) opracowywanie projektów przepisów wewnętrznych wydawanych przez Dyrektora Szpitala dotyczących prowadzenia rachunkowości oraz opracowywanie projektów aktualizacji przepisów wewnętrznych, w szczególności:
    a) opracowywanie i aktualizacja zakładowego planu kont,
    b) opracowywanie projektów przepisów wewnętrznych i aktualizacji dotyczących obiegu dokumentów (dowodów księgowych);
    c) opracowywanie i aktualizacja zasad prowadzenia i rozliczania inwentaryzacji;
14) bieżąca współpraca z innymi komórkami organizacyjnymi, szczególnie w zakresie dokumentowania operacji gospodarczych oraz informacji statystycznych, służących rozliczaniu poniesionych kosztów i ich kalkulowaniu wg zasad określonych przepisami i zarządzeniami Dyrektora Szpitala;
15) nadzór nad terminowym sporządzaniem obowiązującej sprawozdawczości dla GUS, Urzędu Marszałkowskiego, Ministerstwa Zdrowia i innych instytucji;
16) nadzór nad terminowym i zgodnym ze stanem rzeczywistym sporządzaniem deklaracji podatkowych z zakresu podatku dochodowego i VAT oraz deklaracji PFRON;
17) sporządzanie rocznych sprawozdań finansowych Szpitala z zachowaniem obowiązujących procedur (tj. przygotowania do badania przez biegłych rewidentów) oraz złożenie do organu zatwierdzającego (Urzędu Marszałkowskiego) w terminach określonych przepisami;
18) wykonywanie dyspozycji środkami pieniężnymi;
19) dokonywanie wstępnej kontroli:
    a) zgodności operacji gospodarczych i finansowych z planem finansowym,
    b) kompletności i rzetelności dokumentów dotyczących operacji gospodarczych i finansowych;
20) sporządzanie planu finansowego i monitorowanie jego wykonania;
21) bieżące i prawidłowe prowadzenie księgowości poprzez ujęcie w księgach rachunkowych w sposób umożliwiający prowadzenie ewidencji ilościowo – wartościowej mienia będącego w posiadaniu Szpitala oraz terminowe i prawidłowe rozliczanie osób materialnie odpowiedzialnych za to mienie;
22) inne zadania zlecone przez Dyrektora Szpitala, jeżeli nie są one sprzeczne z aktualnie obowiązującymi przepisami prawa.

## CELE I PODSTAWOWE ZADANIA SZPITALA

### § 10

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

§ 11

1. Szczegółowy zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych określają umowy z instytucjami ubezpieczenia zdrowotnego oraz umowy z osobami fizycznymi, osobami prawnymi i innymi jednostkami organizacyjnymi.
2. Do pozostałych zadań Szpitala należy:
   1) prowadzenie działalności mającej na celu promocję i profilaktykę zdrowotną,
   2) organizowanie i prowadzenie szkolenia i doszkalania pracowników,
   3) uczestniczenie w przygotowaniu osób do wykonywania zawodów medycznych oraz kształceniu osób wykonujących zawód medyczny w oparciu o obowiązujące w tym zakresie przepisy prawne,
   4) uczestniczenie w realizacji zadań programów zdrowotnych oraz naukowych i zlecanych przez instytucje naukowe, zakłady pracy, organizacje społeczne, komórki samorządu terytorialnego i inne podmioty,
   5) wykonywanie zadań obrony cywilnej na czas nadzwyczajnych zagrożeń,
   6) rehabilitacja lecznicza,
   7) pielęgnacja pacjentów,
   8) pielęgnacja i opieka nad niepełnosprawnymi,
   9) orzekanie o stanie zdrowia,
   10) prowadzenie spraw związanych za statystyką medyczną,
   11) prowadzenie działalności związanej z bezpieczeństwem i higieną pracy oraz ochroną przeciwpożarową,
   12) wykonywanie innych zadań wynikających z przepisów lub zleconych przez właściwy terenowo organ administracji publicznej.

§ 12

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

§ 13

Żadne okoliczności nie mogą stanowić podstawy do odmowy udzielenia świadczenia zdrowotnego, jeśli osoba znajdująca się w Szpitalu wymaga natychmiastowej pomocy medycznej ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia.

§ 14

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

§ 15

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

§ 16

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

§ 17

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

§ 18

1. Dyrektor Szpitala w celu zapewnienia właściwego poziomu i jakości świadczeń zdrowotnych wykonywanych w poszczególnych komórkach organizacyjnych określa zgodnie z odrębnymi przepisami:
   1) standardy medyczne, a w szczególności: standardy procesu diagnozowania, leczenia, profilaktyki, receptariusza szpitalnego, kontroli procesu leczenia;
   2) standardy organizacji i zarządzania Szpitalem, a w szczególności: bezpieczeństwa przeciwpożarowego, zabezpieczenia awaryjnego, specyficznych norm żywienia, zwalczania chorób zakaźnych i ich monitorowania, zasad higieny szpitalnej, obiegu dokumentacji, badania satysfakcji pacjenta, zasad współdziałania między wszystkimi komórkami organizacyjnymi Szpitala.

§ 19

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

§ 20

1. Szpital współpracuje z uczelniami medycznymi oraz innymi podmiotami prowadzącymi kształcenie w zawodach medycznych w zakresie realizacji praktyk zawodowych, staży, zajęć dydaktycznych oraz innych form kształcenia przeddyplomowego i podyplomowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa i zawartymi umowami.
2. W ramach tej współpracy, Szpital może udostępniać uczelniom medycznym, w tym Politechnice Wrocławskiej, swoje jednostki organizacyjne wraz z ich wyposażeniem, celem umożliwienia prowadzenia działalności dydaktycznej i naukowej, w szczególności związanej z uruchomieniem kierunków medycznych, realizacją badań naukowych oraz świadczeniem usług zdrowotnych i promocją zdrowia.

## PRZEBIEG PROCESU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

§ 21

1. W przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w jednostkach organizacyjnych Szpitala uwzględnia się:
   a) prawa i obowiązki pacjenta wynikające z obowiązującego systemu prawnego,
   b) wymogi określone w obowiązujących przepisach prawa, a w szczególności w ustawie o działalności leczniczej, ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, przepisów prawa regulujących wykonywanie zawodów medycznych,
   c) zasady wynikające z procedur i standardów postępowania wdrożonych w Szpitalu w oparciu o posiadany system certyfikacji,
   d) zasady wynikające z powszechnie obowiązujących standardów.

2. Świadczenia zdrowotne są udzielane wyłącznie przez pracowników medycznych, którzy posiadają odpowiednie kwalifikacje do wykonywania świadczeń, potwierdzone dyplomami, certyfikatami i/ lub innymi uprawnieniami.
3. Szpital udziela świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych osobom ubezpieczonym oraz innym osobom uprawnionym do tych świadczeń na podstawie odrębnych przepisów, a także odpłatnie lub za częściową odpłatnością.
4. Aby pacjent mógł skorzystać z bezpłatnych świadczeń zdrowotnych, muszą zostać spełnione następujące warunki:
   a) pacjent potwierdzi swoją tożsamość poprzez okazanie dowodu osobistego, paszportu, prawa jazdy albo legitymacji szkolnej; legitymacja szkolna może być okazana jedynie przez osobę, która nie ukończyła 18. roku życia;
   b) Szpital uzyska poprzez Elektroniczną Weryfikację Uprawnień Świadczeniobiorców potwierdzenie prawa do świadczeń opieki zdrowotnej pacjenta na podstawie dokumentu elektronicznego, sporządzonego na podstawie numeru PESEL przez NFZ i przesłanego drogą elektroniczną z zapewnieniem integralności i poufności zawartych w nim danych oraz uwierzytelnieniem stron uprawnionych do przetwarzania tych danych;
   c) dokument, o którym mowa powyżej, zawiera imię, nazwisko oraz nr PESEL pacjenta, a także informację o prawie do świadczeń zdrowotnych według stanu na dzień sporządzenia tego dokumentu.
5. Proces udzielania świadczeń zdrowotnych rozpoczyna się w Centralnej Izbie Przyjęć, rejestracji Specjalistycznej Przychodni Przyszpitalnej, rejestracji Poradni Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej, rejestracji pracowni diagnostycznych.
6. Przed przyjęciem pacjent zobowiązany jest każdorazowo okazać:
   a) skierowanie od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego - w przypadku, gdy świadczenie ma być udzielone w ramach umowy z NFZ (za wyjątkiem sytuacji przewidzianych w przepisach prawa),
   b) dowód osobisty, paszport, prawo jazdy albo legitymację szkolną; legitymacja szkolna może być okazana jedynie przez osobę, która nie ukończyła 18. roku życia.
7. W stanach nagłych skierowanie, o którym mowa w ust. 6 pkt a), nie jest wymagane.
8. W przypadku stanu nagłego dowód ubezpieczania potwierdzający prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, może zostać przedstawiony w innym czasie, nie później jednak niż w terminie 30 dni od dnia rozpoczęcia udzielania świadczenia opieki zdrowotnej, o ile pacjent nadal przebywa w Szpitalu.
9. Jeżeli przedstawienie dowodu ubezpieczania potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej w terminie określonym w ust. 8 nie jest możliwe, dokument ten może być przedstawiony w terminie 7 dni od dnia zakończenia udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.
10. W razie nieprzedstawienia dowodu ubezpieczania, potwierdzającego prawo pacjenta do świadczeń opieki zdrowotnej, w terminach określonych w ust. 8 i 9, świadczenie zostaje udzielone na koszt świadczeniobiorcy.
11. Pacjenci przyjmowani do hospitalizacji w oddziałach zaopatrywani są w znaki identyfikacyjne pozwalające na ustalenie imienia i nazwiska oraz daty urodzenia pacjenta, zapisane w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta przez osoby nieuprawnione - zgodnie z wewnętrznymi uregulowaniami.
12. W przypadku uzasadnionym stanem zdrowia pacjenta, ordynator/lekarz kierujący oddziałem może podjąć decyzję o odstąpieniu od zaopatrywania tego pacjenta w znak identyfikacyjny. Informację w tym zakresie wraz z podaniem przyczyn odstąpienia zamieszcza się w dokumentacji medycznej pacjenta.
13. Odmowa przyjęcia dziecka do szpitala wymaga uprzedniej konsultacji z ordynatorem/lekarzem kierującym oddziałem, do którego dziecko miałoby zostać przyjęte, albo jego zastępcą. Konsultacji tych udziela się osobiście albo za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności. Wynik tej konsultacji wpisuje się w dokumentacji medycznej.
14. Ordynator/lekarz kierującym oddziałem wyznacza lekarza, którzy w czasie jego nieobecności udziela konsultacji, o których mowa w ust 13, w porze normalnej ordynacji. W trakcie dyżurów medycznych

konsultacji, o której mowa w ust. 13 udziela lekarz kierujący dyżurem w Oddziale Pediatryczno – Reumatologicznym/w Oddziale Neonatologicznym.

§ 22

1. Na terenie Szpitala prowadzony jest monitoring wizyjny. Administratorem danych osobowych jest Szpital Specjalistyczny im. A. Falkiewicza we Wrocławiu reprezentowany przez Dyrektora Szpitala.
2. Monitoring wizyjny prowadzony jest w celach: zwiększenia bezpieczeństwa pacjentów i pracowników Szpitala, wspomagania nadzoru medycznego nad pacjentami na oddziałach szpitalnych (w szczególności zapobieganiu zdarzeniom niepożądanym) oraz zwiększenia ochrony mienia i bezpieczeństwa danych osobowych przetwarzanych przez Administratora danych osobowych.
3. Monitoring wizyjny prowadzony jest z uwzględnieniem konieczności poszanowania intymności i godności pacjentów, w tym przekazywania obrazu z monitoringu w sposób uniemożliwiający ukazywanie intymnych czynności fizjologicznych, potrzeby zastosowania monitoringu w danym pomieszczeniu oraz konieczności ochrony danych osobowych, a także z poszanowaniem godności oraz innych dóbr osobistych pracowników.
4. Monitoring wizyjny obejmuje budynki Szpitala Specjalistycznego im. A. Falkiewicza we Wrocławiu oraz teren wokół nich.
5. W Szpitalu nie stosuje się monitoringu wizyjnego w obszarach objętych szczególną ochroną prywatności (tj. pomieszczeniach socjalnych, pomieszczeniach udostępnianych zakładowej organizacji związkowej, pomieszczeniach higieniczno-sanitarnych, szatniach, gabinetach lekarskich, gabinetach zabiegowych). W pokojach łóżkowych dopuszcza się instalację urządzeń umożliwiających obserwację pacjentów, jeżeli jest to konieczne w procesie ich leczenia i dla zapewnienia im bezpieczeństwa.
6. Monitoring funkcjonuje całodobowo.
7. Rejestracji i zapisowi danych na rejestratorze podlega wyłącznie obraz. Kamery nie rejestrują dźwięku.
8. Strefy monitorowane oznaczone są w sposób widoczny i czytelny naklejkami z piktogramami kamery.
9. Nagrania obrazu uzyskane w wyniku monitoringu Szpital przetwarza wyłącznie do celów, dla których zostały zebrane, i przechowuje przez okres nie dłuższy niż miesiąc od dnia nagrania.
10. Każdy pracownik zapoznaje się i podpisuje Informacje o stosowaniu monitoringu wizyjnego.
11. Szczegółowe zasady funkcjonowania monitoringu zawarte są w Regulaminie Monitoringu Wizyjnego.

§ 23

1. Świadczenia zdrowotne w Szpitalu udzielane są w:
   1) Centralnej Izbie Przyjęć,
   2) oddziałach szpitalnych,
   3) poradniach,
   4) działach diagnostycznych.
2. Oddziałem, Centralną Izbą Przyjęć – odpowiednią częścią, w zależności od specjalizacji kieruje Ordynator lub Lekarz kierujący oddziałem.
3. Poradnią kieruje Ordynator lub Lekarz kierujący oddziałem lub Koordynator.
4. Poradnią anestezjologiczną kieruje Kierownik Działu Anestezjologii.
5. Pozostałymi komórkami organizacyjnymi kierują kierownicy/koordynatorzy tych komórek, a w razie ich nieobecności zastępcy lub inne wyznaczone osoby.
6. Pracę pielęgniarek, położnych, ratowników medycznych, sanitariuszy, pracowników gospodarczych, opiekunów medycznych i salowych oddziału organizuje i nadzoruje pielęgniarka lub położna oddziałowa/koordynująca.

§ 24

1. W Szpitalu świadczenia zdrowotne udzielane są przez następujące oddziały:
   1) Centralną Izbę Przyjęć z podziałem na: Izbę Ginekologiczno – Położniczą, Izbę Internistyczną oraz Izbę Pediatryczną,
   2) Obszar Leczenia Zachowawczego dla Dorosłych, w którego skład wchodzą:
      a) Oddział Chorób Wewnętrznych i Diabetologii,
      b) Oddział Geriatryczny.
   3) Centrum Zdrowia Kobiety i Dziecka z Ośrodkiem Leczenia Niepłodności, Endometriozy i Ginekologii Operacyjnej, w którego skład wchodzą:
      a) Oddział Neonatologiczny z pododdziałami, w tym: Pododdział Neonatologiczny, Pododdział Patologii Noworodka, Pododdział Intensywnej Terapii Noworodka,
      b) Oddział Ginekologiczno – Położniczy z Blokiem Porodowym,
      c) Blok Operacyjny.
   4) Obszar Leczenia Zachowawczego dla Dzieci, w którego skład wchodzi Oddział Pediatryczno - Reumatologiczny.

§ 25

1. Świadczenia zdrowotne udzielane są w poradniach:
   1) geriatrycznej,
   2) diabetologicznej,
   3) ginekologiczno – położniczej,
   4) onkologicznej,
   5) neonatologicznej,
   6) reumatologicznej dla dzieci,
   7) alergologicznej dla dzieci,
   8) (gabinecie) nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej,
   9) anestezjologicznej,
   10) (gabinecie) położnej POZ,
   11) zaburzeń prokreacji i leczenia endometriozy.
2. Poradnie są komórkami organizacyjnymi zakładu leczniczego - Przychodni Szpitala im. A. Falkiewicza we Wrocławiu, udzielającymi ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych, leczniczych i profilaktycznych w ramach odpowiednich specjalności.
3. Świadczenia z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej udzielane są ubezpieczonym na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, za wyjątkiem poradni ginekologiczno – położniczej, gabinetu położnej POZ.
4. Szczegółowy wykaz czasu pracy w poradniach wraz z wykazem lekarzy przyjmujących, wywieszony jest na drzwiach wejściowych do poradni oraz na stronie internetowej Szpitala.

§ 26

1. Świadczenia zdrowotne udzielane są w pracowni:
   1) fizjoterapii,
   2) fizykoterapii,
   3) rentgenodiagnostyki,
   4) EKG,
   5) USG serca,
   6) USG jamy brzusznej,
   7) USG tarczycy,
   8) USG ginekologiczno – położniczej,
   9) USG piersi,
   10) endoskopii,

11) USG i badań dopplerowskich,
12) elektrofizjologii i badań holterem,
13) densytometrycznej.

2. Świadczenia wykonywane są na podstawie skierowania lekarza specjalisty posiadającego umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.
3. W działach diagnostycznych świadczenia mogą uzyskać:
   1) osoby uprawnione, skierowane przez lekarza specjalistę,
   2) osoby w stanach zagrożenia życia,
   3) osoby nieubezpieczone – odpłatnie, cennik usług medycznych został wprowadzony zarządzeniem Dyrektora Szpitala (załącznik nr 4 do Regulaminu Organizacyjnego).
4. Wykazy wykonywanych badań wraz z obowiązującym cennikiem dostępne są na stronie internetowej Szpitala oraz udostępniane pacjentom w oddziałach/działach Szpitala.
5. W Szpitalu funkcjonują działy pomocnicze:
   1) Dział Anestezjologii,
   2) Apteka Szpitalna,
   3) Centralna Sterylizatornia,
   4) Dział Higieny i Epidemiologii,
   5) Szkoła Rodzenia,
   6) Dział Radiologii,
   7) Zespół Transportu Sanitarnego,
   8) Działy Administracyjne.

**§ 27**

1. Świadczenia opieki zdrowotnej w Szpitalu i świadczenia specjalistyczne w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej są udzielane według kolejności zgłoszenia. Właściwe komórki organizacyjne Szpitala:
   1) ustalają kolejność udzielania świadczeń na podstawie zgłoszeń pacjentów, w dniach i godzinach ich udzielania przez poszczególne komórki organizacyjne Szpitala i Przychodni (oddziały szpitalne, poradnie specjalistyczne). W przypadku, gdy Szpital nie ma możliwości bieżącej realizacji świadczeń, prowadzi rejestrację pacjentów oczekujących na udzielenie określonego świadczenia, zwaną listą oczekujących na udzielenie świadczenia,
   2) przekazują pacjentowi informację o terminie udzielenia świadczenia,
   3) ewentualnie wpisują datę i przyczynę skreślenia pacjenta z listy oczekujących.
2. Każda zmiana terminu planowego świadczenia medycznego może nastąpić po uzgodnieniu pomiędzy dwoma stronami osobiście lub telefonicznie i odnotowaniu we właściwej dokumentacji medycznej.
3. Listę oczekujących prowadzi się w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń oraz zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
4. Listy oczekujących stanowią integralną część obowiązkowej dokumentacji medycznej prowadzonej przez Szpital.

**§ 28**

1. W razie pogorszenia się stanu zdrowia pacjenta, lub w razie jego śmierci lekarz prowadzący lub lekarz dyżurny ma obowiązek powiadomić osobę upoważnioną do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia wskazaną w historii choroby pacjenta.
2. W razie śmierci pacjenta w oddziale zgon stwierdza lekarz obecny przy zgonie. W przypadku nieobecności lekarza, pielęgniarka, położna dyżurna, ratownik medyczny niezwłocznie powiadamiają o śmierci pacjenta lekarza prowadzącego lub lekarza dyżurnego, który po dokonaniu oględzin stwierdza zgon. Fakt powiadomienia pielęgniarka, położna, ratownik medyczny odnotowują w systemie informatycznym, w dokumentacji medycznej zmarłego pacjenta.
3. W razie śmierci pacjenta Szpital obowiązany jest:

1) należycie przygotować zwłoki poprzez ich umycie i okrycie z zachowaniem należnej godności osobie zmarłej, w celu ich wydania osobie lub instytucji uprawnionej do ich pochowania,
2) przechowywać zwłoki nie dłużej niż przez 72 godziny, licząc od godziny, w której nastąpiła śmierć pacjenta.

4. Czynności, o których mowa w ust. 3 pkt 1), nie stanowią przygotowania zwłok zmarłego do pochowania.
5. Nie pobiera się opłat za czynności, których mowa w ust. 3.
6. Zwłoki pacjenta mogą być przechowywane w chłodni dłużej niż 72 godziny jeżeli:
   1) nie mogą zostać wcześniej odebrane przez osoby lub instytucje uprawnione do pochowania zwłok pacjenta,
   2) w związku ze zgonem zostało wszczęte dochodzenie albo śledztwo, a prokurator nie zezwolił na pochowanie zwłok,
   3) przemawiają za tym inne niż wymienione w pkt. a) i b) ważne przyczyny, za zgodą albo na wniosek osoby lub instytucji uprawnionej do pochowania zwłok pacjenta.
7. Dopuszcza się pobieranie opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż określony w ust. 6 od osób lub instytucji uprawnionych do pochowania zwłok na podstawie obowiązującego prawa oraz od podmiotów, na zlecenie których przechowuje się zwłoki w związku z toczącym się postępowaniem karnym. Opłaty nie pobiera się, jeżeli przepisy odrębne tak stanowią.
8. W przypadku, odmowy pochowania zwłok przez osoby lub instytucje uprawnione do pochowania zwłok, dopuszcza się pobieranie od gminy opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta za okres przypadający po upływie 3 dni od dnia powiadomienia gminy o konieczności pochowania zwłok pacjenta w związku z niedochowaniem ich przez inne uprawnione osoby lub instytucje.
9. Obowiązki Szpitala w zakresie odbioru i transportu zwłok, ich przechowywania, przygotowania w celu wydania osobie lub instytucji uprawnionym do ich pochowania, realizuje podmiot zewnętrzny wyłoniony w trybie przetargu.
10. Podmiot zewnętrzny ustala wysokość opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny od osób lub instytucji uprawnionych do pochowania zwłok oraz od podmiotów, na zlecenie których przechowuje się zwłoki w związku z toczącym się postępowaniem karnym.
11. Wysokość opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny od osób lub instytucji uprawnionych do pochowania zwłok oraz od podmiotów, na zlecenie których przechowuje się zwłoki w związku z toczącym się postępowaniem karnym określa załącznik nr 7 do Regulaminu Organizacyjnego.
12. Informacja o wysokości opłaty należnej podmiotowi zewnętrznemu zamieszczona jest w widocznym miejscu w pomieszczeniach chłodni w budynku prosektorium.

**§ 29**

Szpital jest obowiązany prowadzić dokumentację medyczną osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych zakładu zapewniając ochronę danych w niej zawartych oraz zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

**STRUKTURA ORGANIZACYJNA**

**§ 30**

1. W Szpitalu funkcjonują dwa zakłady lecznicze (zgodnie z wpisem do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez Wojewodę), rozumiane jako zespół składników majątkowych, za pomocą których Szpital wykonuje określony rodzaj działalności leczniczej.
2. Dyrektor postanawia o sporządzaniu jednego bilansu dla wszystkich zakładów leczniczych podmiotu leczniczego, jakim jest Szpital.
3. Strukturę organizacyjną Szpitala tworzą:
   1) komórki organizacyjne, prowadzące działalność medyczną;

2) komórki organizacyjne prowadzące obsługę administracyjną i techniczną;
3) samodzielne stanowiska pracy.

4. Schemat organizacyjny Szpitala stanowi Załącznik nr 1 do niniejszego Regulaminu.

**WARUNKI WSPÓŁDZIAŁANIA Z INNYMI PODMIOTAMI WYKONUJACYMI DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ**

**§ 31**

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

**ZASADY POBYTU W ODDZIALE**

**§ 32**

1. W zakresie stacjonarnej opieki zdrowotnej Szpital zapewnia przyjętemu pacjentowi, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie odrębnymi przepisami:
   a) świadczenia zdrowotne,
   b) środki farmaceutyczne i materiały medyczne,
   c) pomieszczenia i wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia pacjenta.
2. W oddziałach szpitalnych pacjenci objęci są specjalistycznymi, całodobowymi świadczeniami zdrowotnymi.

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

## PRAWA PACJENTA

### § 33

1. Każdy człowiek ma prawo do ochrony zdrowia.
2. Każdy obywatel ma prawo do równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, na warunkach i w zakresie określonych w ustawie.
3. Pacjent zgłaszający się do Szpitala ma prawo do natychmiastowego udzielenia mu świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia, niezależnie od okoliczności.
4. Pacjent w Szpitalu ma prawo do:
   a) świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom wiedzy medycznej, a w sytuacji ograniczonych możliwości udzielenia odpowiednich świadczeń – do korzystania z rzetelnej, opartej na kryteriach medycznych procedury ustalonej kolejności dostępu do świadczeń,
   b) udzielenia mu świadczeń zdrowotnych przez osoby uprawnione do ich udzielania, w pomieszczeniach i przy zastosowaniu urządzeń odpowiadających określonym wymaganiom fachowym i sanitarnym,
   c) informacji o swoim stanie zdrowia,

d) wyrażenia zgody albo odmowy na udzielenie mu określonych świadczeń zdrowotnych, po uzyskaniu odpowiedniej informacji,
e) zapewnienia ochrony danych zawartych w dokumentacji medycznej dotyczącej jego osoby,
f) udostępniania mu dokumentacji medycznej lub wskazania innej osoby, której dokumentacja ta może być udostępniona,
g) dostępu do informacji o prawach pacjenta.

5. Ponadto pacjent ma prawo do zapewnienia mu:
   a) środków farmaceutycznych i materiałów medycznych,
   b) pomieszczenia i wyżywienia odpowiedniego do stanu zdrowia,
   c) opieki duszpasterskiej,
   d) dodatkowej opieki pielęgnacyjnej sprawowanej przez osobę bliską lub inną osobę wskazaną przez siebie,
   e) kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z osobami z zewnątrz,
   f) wskazania osoby lub instytucji, którą podmiot leczniczy obowiązany jest powiadomić o pogorszeniu się stanu zdrowia pacjenta powodującego zagrożenie życia albo w razie jego śmierci,
   g) wyrażenia zgody albo odmowy na umieszczenie go w tym podmiocie leczniczym,
   h) wypisania z zakładu opieki zdrowotnej na własne żądanie i uzyskania od lekarza informacji o możliwych następstwach zaprzestania leczenia w tym zakładzie,
   i) udzielenia mu niezbędnej pomocy i przewiezienia go do innego szpitala, w sytuacji, gdy pomimo decyzji uprawnionego lekarza o potrzebie niezwłocznego przyjęcia do szpitala, nie może być do tego szpitala przyjęty.
6. Prawa pacjenta określone w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta:
   a) do świadczeń zdrowotnych,
   b) do informacji,
   c) zgłaszania działań niepożądanych leków,
   d) do tajemnicy informacji,
   e) wyrażania zgody na świadczenia zdrowotne,
   f) do poszanowania intymności i godności,
   g) dostępu do dokumentacji medycznej,
   h) możliwości zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii lekarza,
   i) poszanowania życia prywatnego i rodzinnego,
   j) opieki duszpasterskiej,
   k) przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie
7. Prawa pacjenta określone w ustawie o zawodzie lekarza. Pacjent ma prawo do:
   a) udzielenia mu świadczeń zdrowotnych przez lekarza, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi lekarzowi metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością
   b) uzyskania od lekarza pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki
   c) uzyskania od lekarza przystępnej informacji o swoim stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu
   d) zażądania od lekarza informacji o swoim stanie zdrowia i rokowaniu wówczas, gdy sądzi, że lekarz ogranicza mu informację z uwagi na jego dobro,
   e) decydowania o osobach, którym lekarz może udzielać informacji,
   f) niewyrażenia zgody na przeprowadzenie przez lekarza badania lub udzielenia mu innego świadczenia zdrowotnego,
   g) wyrażenia zgody albo odmowy na wykonanie mu zabiegu operacyjnego albo zastosowania wobec niego metody leczenia lub diagnostyki stwarzającej podwyższone ryzyko, w celu podjęcia przez pacjenta decyzji lekarz musi udzielić mu informacji

h) uzyskania od lekarza informacji, jeżeli w trakcie wykonywania zabiegu bądź stosowania określonej metody lub diagnostyki, w związku z wystąpieniem okoliczności stanowiących zagrożenie dla życia lub zdrowia pacjenta, lekarz dokonał zmian w ich zakresie,
i) poszanowania przez lekarza jego intymności i godności osobistej,
j) wyrażenia zgody albo odmowy na uczestniczenie przy udzielaniu mu świadczeń zdrowotnych osób innych niż personel medyczny ze względu na rodzaj świadczeń,
k) wnioskowania do lekarza o zasięgnięcie przez niego opinii właściwego lekarza specjalisty lub zorganizowania konsylium lekarskiego,
l) dostatecznie wcześniejszego uprzedzenia go przez lekarza o zamiarze odstąpienia od jego leczenia i wskazania mu realnej możliwości uzyskania określonego świadczenia zdrowotnego u innego lekarza lub w zakładzie opieki zdrowotnej,
m) zachowanie tajemnicy informacji związanych z nim a uzyskanych przez lekarza w związku z wykonywaniem zawodu,
n) uzyskania od lekarza informacji o niekorzystnych dla niego skutkach, w przypadku wyrażenia zgody na ujawnienie dotyczących go informacji, będących w posiadaniu lekarza,
o) wyrażenia zgody lub odmowy na podawanie przez lekarza do publicznej wiadomości danych umożliwiających identyfikację pacjenta,

8. Ponadto pacjent, który ma być poddany eksperymentowi medycznemu ma prawo do:
a) wyrażenia zgody lub odmowy na udział w eksperymencie medycznym po uprzednim poinformowaniu go przez lekarza o celach, sposobach i warunkach przeprowadzenia eksperymentu, spodziewanych korzyści leczniczych lub poznawczych, ryzyku oraz o możliwościach cofnięcia zgody i odstąpienia od udziału w eksperymencie w każdym jego stadium;
b) poinformowania go przez lekarza o niebezpieczeństwie dla zdrowia i życia jakie może spowodować natychmiastowe przerwanie eksperymentu;
c) cofnięcia zgody na eksperyment medyczny w każdym stadium eksperymentu.

9. Prawa pacjenta określone w ustawie o zawodzie pielęgniarki i położnej. Pacjent ma prawo do:
a) udzielenia mu świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę, położna posiadającą, prawo wykonywania zawodu, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, dostępnymi jej metodami i środkami, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz ze szczególną starannością,
b) udzielanie mu pomocy przez pielęgniarkę, położną, zgodnie z posiadanymi przez nią kwalifikacjami,
w każdym przypadku niebezpieczeństwa utraty przez niego życia lub poważnego uszczerbku na jego zdrowiu,
c) uzyskania od pielęgniarki i położnej informacji o jego prawach,
d) uzyskania od pielęgniarki, położnej informacji o swoim stanie zdrowia, w zakresie związanym ze sprawowaną przez pielęgniarkę, położną, opieką pielęgnacyjną,
e) zachowania w tajemnicy informacji związanych z nim a uzyskanych przez pielęgniarkę, położną w związku z wykonywaniem zawodu,
f) wyrażania zgody lub odmowy na podawanie przez pielęgniarkę, położną do publicznej wiadomości danych umożliwiających identyfikację pacjenta.

10. Prawa pacjenta określone w ustawie o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów.
Pacjent ma prawo do:
a) wyrażenia i cofnięcia w każdym czasie sprzeciwu na pobranie po jego śmierci komórek i narządów,
b) dobrowolnego wyrażenia przed lekarzem zgody na pobranie od niego za życia komórek, tkanek lub narządów w celu ich przeszczepienia określonemu biorcy, jeżeli ma pełną zdolność do czynności prawnych,
c) ochrony danych osobowych dotyczących dawcy / biorcy przeszczepu i objęcia ich tajemnicą,
d) Pacjent mający być biorcą ma prawo do umieszczenia go na liście osób oczekujących na przeszczepienie komórek, tkanek i narządów i być wybrany jako biorca w oparciu o kryteria medyczne.

## PRAWA PACJENTA - DZIECKA

### § 34

1. Każdy pacjent - dziecko ma prawo do uzyskania świadczeń zdrowotnych stosownie do potrzeb oraz stanu zdrowia, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną i możliwościami finansowymi Szpitala.
2. Rodzice lub prawni opiekunowie dziecka mają prawo do uzyskania rzetelnej, pełnej i zrozumiałej informacji o stanie zdrowia dziecka, planowym postępowaniu diagnostycznym i terapeutycznym, łącznie z możliwością wglądu do dokumentacji medycznej.
3. Pacjent – dziecko ma również prawo do uzyskania informacji o swoim stanie zdrowia, stosownie do możliwości zrozumienia, dojrzałości i dyspozycji psychicznej.
4. Przyjęcie do Szpitala, prowadzenie badań diagnostycznych i leczenie musi być poprzedzone pisemną zgodą rodziców lub prawnych opiekunów dziecka – zgoda ta może być cofnięta w każdym czasie bez jakichkolwiek konsekwencji.
5. Rodzice lub prawni opiekunowie dziecka mogą nie wyrazić zgody na leczenie szpitalne i proponowane postępowanie diagnostyczno- terapeutyczne. O skutkach odmowy powinni być wnikliwie poinformowani. Brak zgody i świadomość jej skutków potwierdzają własnoręcznym podpisem.
6. Pacjent – dziecko może być wypisane ze Szpitala na pisemne żądanie rodziców lub prawnych opiekunów. O wynikających z takiego postępowania skutkach powinni być wnikliwie informowani. Fakt wypisania dziecka na własne żądanie jest odnotowywany w historii choroby i potwierdzany własnoręcznym podpisem rodziców lub prawnych opiekunów.
7. Jeżeli stan zdrowia pacjenta – dziecka wymaga leczenia w Szpitalu, to możliwa jest odmowa wypisania do czasu wydania w tej sprawie orzeczenia przez sad opiekuńczy, który należy zawiadomić o odmowie wypisania ze Szpitala i przyczynach odmowy.
8. Podczas udzielania świadczeń lekarskich pacjent – dziecko ma prawo do traktowania z szacunkiem, taktem, życzliwością i zrozumieniem dla reakcji i zachowań wynikających z wieku dziecka.
9. Pacjent – dziecko ma prawo do osobistego kontaktu z osobami bliskimi, a także do opieki pielęgnacyjnej osób bliskich, zgodnie z zasadami określonymi w niniejszym regulaminie.
10. Pacjent – dziecko ma prawo do rozwijania własnych zainteresowań, posiadania własnych zabawek i książek, po uzgodnieniu z personelem oddziału.
11. Pacjent – dziecko może korzystać z własnej odzieży dziennej i nocnej, własnych przyborów toaletowych, przyborów do jedzenia, a także własnego sprzętu rehabilitacyjnego, po uzgodnieniu z personelem oddziału.
12. Rodzice lub prawni opiekunowie dziecka mają prawo zgłaszać skargi.

## OBOWIĄZKI PACJENTA

### § 35

1. Pacjent ma obowiązek stosować się do zaleceń lekarzy, pielęgniarek i pozostałego personelu medycznego.
2. Podczas obchodów, zabiegów i posiłków pacjent powinien przebywać w wyznaczonej sali.
3. Pacjent powinien zachowywać się kulturalnie i nie zakłócać spokoju innych (np. przez głośne rozmowy, hałasowanie, nieodpowiednie korzystanie z urządzeń).
4. Korzystanie z telefonu komórkowego powinno odbywać się w sposób niezakłócający pracy personelu i spokoju innych pacjentów – z uwzględnieniem ciszy nocnej.
5. Zabrania się wnoszenia i spożywania alkoholu oraz używek na terenie Szpitala.
6. Obowiązuje całkowity zakaz palenia tytoniu.
7. Pacjent nie powinien zanieczyszczać ani zaśmiecać pomieszczeń szpitalnych.

8. Zabrania się zmieniania sali lub łóżka bez zgody personelu.
9. Pacjent nie powinien przyjmować leków ani poddawać się zabiegom bez zalecenia lekarza prowadzącego lub dyżurnego.
10. Pacjent powinien poinformować lekarza o wszystkich stosowanych lekach – także tych niezwiązanych z przyczyną hospitalizacji.
11. Obowiązkiem pacjenta jest udzielenie prawdziwej informacji o stanie zdrowia podczas wywiadu lekarskiego lub pielęgniarskiego.
12. Pacjent nie może opuszczać terenu oddziału bez poinformowania personelu i uzyskania na to zgody.
13. Obowiązkiem pacjenta jest dbanie o higienę osobistą i czystość otoczenia:
    a) osoby sprawne samodzielnie korzystają z łazienki,
    b) osoby niesamodzielne korzystają z pomocy personelu lub bliskich.
14. Pacjent powinien mieć własne środki higieny osobistej (np. mydło, ręcznik, kapcie, piżamę, szczoteczkę do zębów).
15. Pacjent ponosi odpowiedzialność za mienie szpitalne oddane mu do użytku. Za szkody odpowiada pacjent, który je spowodował.
16. Obowiązuje cisza nocna w godz. 22:00–6:00.
17. Pacjent zobowiązany jest do noszenia opaski identyfikacyjnej przez cały okres hospitalizacji.

**§ 36**

1. Wypisanie pacjenta ze Szpitala, jeżeli przepisy szczegółowe nie stanowią inaczej, następuje:
    a) po zakończeniu postępowania diagnostyczno-terapeutycznego,
    b) na życzenie pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego – potwierdzone własnoręcznym podpisem,
    c) gdy pacjent w sposób rażący narusza Regulamin Organizacyjny, a nie zachodzi obawa, że odmowa lub zaprzestanie udzielania świadczeń może spowodować bezpośrednie niebezpieczeństwo dla jego życia lub zdrowia.

**§ 37**

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

**§ 38**

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

## REGULAMIN ODWIEDZIN

### § 39

1. Odwiedziny w oddziałach: Chorób Wewnętrznych i Geriatrii, Ginekologiczno – Położniczym oraz Pediatryczno – Reumatologicznym, z uwagi na bezpieczeństwo i komfort pacjentów, odbywają się codziennie od godziny 8:00 do godziny 20:00.
2. Ze względu na organizację pracy w Oddziale Neonatologicznym odwiedziny odbywają się codziennie od godzin 9:00 do godziny 20:00.
3. Osoby odwiedzające mogą przebywać w oddziale poza godzinami wskazanymi w pkt 1 i 2, po poinformowaniu ordynatora lub lekarza dyżurnego.
4. Pacjent, który nie życzy sobie odwiedzin powinien poinformować o tym zespół pielęgniarski.
5. Dla odwiedzających istnieje możliwość pozostawienia okrycia wierzchniego w holu przy wejściu głównym do Szpitala w pomieszczeniu Kiosku.
6. Bezpośrednio na oddziale osoby odwiedzające mogą uzyskać informacje o numerze sali, w której przebywa pacjent.
7. Zaleca się, aby jednego pacjenta odwiedzały równocześnie najwyżej dwie osoby.
8. Odwiedzający winni zachować spokój i być uprzejmi wobec pacjentów, innych odwiedzających i personelu.
9. Po wejściu do pokoju pacjenta oraz przed opuszczeniem pokoju – jeśli jest taka możliwość, prosimy osoby odwiedzające o zdezynfekowanie rąk, poprzez wtarcie preparatu alkoholowego znajdującego się w podajniku na ścianie.
10. Osoby z infekcjami dróg oddechowych lub jakąkolwiek chorobą zakaźną nie powinny odwiedzać pacjenta w Szpitalu.
11. Dyrektor Szpitala, Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa, ordynator lub osoba upoważniona przez Dyrektora, kierując się dobrem pacjentów, może w wyjątkowych sytuacjach ograniczyć czas odwiedzin, wprowadzić czasowy zakaz odwiedzin w stosunku do pacjenta, oddziału lub Szpitala.
12. Decyzja o przyprowadzaniu dzieci do Szpitala powinna być przemyślana pod kątem ryzyka zakażenia florą bakteryjną Szpitala i najlepiej uzgodniona z lekarzem lub pielęgniarką, położną z oddziału. Sugerujemy ograniczenie do minimum odwiedzin przez dzieci.
13. Osoby odwiedzające zobowiązane są opuścić salę chorych podczas obchodów lekarskich i wykonywania przy pacjentach czynności leczniczo - pielęgnacyjnych oraz w sytuacjach zagrażających bezpieczeństwu zdrowotnemu pacjenta.
14. W salach, gdzie przebywają pacjenci po zabiegach operacyjnych odwiedziny odbywają się jedynie za zgodą ordynatora lub lekarza dyżurnego. Pacjenta może odwiedzić jednorazowo jedna osoba, która ściśle musi stosować się do bieżących zaleceń lekarza lub pielęgniarki, położnej, w tym m.in. używać odzieży ochronnej.
15. Ze względów epidemiologicznych osoby odwiedzające nie powinny siadać na łóżku osoby odwiedzanej oraz innych pacjentów. Należy korzystać z krzeseł, taboretów.
16. Zabrania się manipulowania przy aparaturze medycznej, urządzeniach i instalacjach.
17. Korzystanie z telefonów komórkowych powinno odbywać się w sposób nie stwarzający uciążliwości dla innych pacjentów. Telefonów komórkowych nie powinno się włączać w miejscach, gdzie jest zakaz ich używania.
18. Nie zezwala się na odwiedziny osobom w stanie wskazującym na spożycie alkoholu oraz znajdujących się pod wpływem narkotyków lub innych środków odurzających.
19. W Szpitalu obowiązuje zakaz:
    a) przynoszenia, przekazywania, podawania chorym leków bez zgody i wiedzy lekarza,
    b) oddalania się z pacjentem poza oddział bez wiedzy lekarza lub pielęgniarki, położnej,
    c) przynoszenia przedmiotów, które zagrażają bezpieczeństwu pacjentów lub utrudniają pobyt w Szpitalu innym chorym,
    d) dostarczania pacjentom alkoholu, papierosów, narkotyków i innych środków odurzających,

e) wprowadzania na teren Szpitala zwierząt; zakaz nie dotyczy wprowadzania na teren Szpitala psów przewodników lub psów asystujących – pies powinien być na smyczy i w kagańcu,
f) zachowywania się w sposób naruszający dobre obyczaje i normy moralne.

20. Personel oddziału ma prawo zwracać uwagę odwiedzającym, jeśli nie stosują się do w/w zasad, a nawet prosić o opuszczenie oddziału. W przypadkach rażącego naruszenia zasad oraz zagrożeniu bezpieczeństwa pacjentów lub personelu, pracownicy Szpitala mają prawo i obowiązek wezwać Policję.
21. Za przedmioty pozostawione w sali chorych przez osoby odwiedzające Szpital nie ponosi odpowiedzialności.

**§ 40**

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

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

**§ 41**

1. Rodzina lub osoby bliskie pacjenta, w tym małoletniego lub posiadającego orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności oraz pacjentki w warunkach ciąży, porodu i połogu, mogą brać udział w dodatkowej opiece pielęgnacyjnej zwiększającej poczucie bezpieczeństwa pacjenta, ułatwiającej adaptację w środowisku szpitalnym. Udział osób bliskich pozwala na lepsze zaspokojenie potrzeb pacjenta w nowych warunkach.
2. Sprawowanie dodatkowej opieki pielęgnacyjnej przez rodzinę lub bliskich nad pacjentem powinno być możliwie jak najszersze, lecz nie obciążające innych pacjentów.
3. Opieka nad pacjentem powinna odbywać się w atmosferze poszanowania intymności i godności, zarówno chorego, jak i innych pacjentów.
4. Z uwagi na warunki lokalowe prosi się rodzinę lub bliskich pacjentów sprawujących dodatkową opiekę pielęgnacyjną o zachowanie ciszy nocnej obowiązującej od godz. 22:00 do godz. 6:00.
5. Pacjent małoletni, który ukończył 16 lat, może sam decydować, kto z jego rodziny lub osób bliskich będzie mu towarzyszyć.
6. Kontrolowaniem dostępu do pacjentów w oddziałach dziecięcych zajmuje się personel medyczny tych oddziałów, dbający o bezpieczeństwo swoich podopiecznych.
7. Rodzina lub osoby bliskie pacjentowi:
   a) pomagają ocenić stan pacjenta udzielając lekarzowi informacji podczas wywiadu (osoba małoletnia, osoby z problemami w porozumiewaniu się);
   b) pomagają wytłumaczyć pacjentowi celowość wykonywanych zabiegów, pomagają porozumieć się z pacjentem (pacjent małoletni, pacjent negatywnie nastawiony, osoba z problemami w porozumiewaniu się);

c) mobilizują do aktywnego współdziałania w procesie terapii, wypracowania u chorego motywacji do działania, aktywizowania zasobów psychicznych (pacjenci negatywnie nastawieni, z obniżonym nastrojem psychicznym);
d) mogą brać udział w procesie rehabilitacji współpracując z pacjentem tak, aby kontynuować rehabilitację w domu (otrzymując wskazówki dotyczące zalecanego trybu życia i dalszej opieki w domu);
e) powinni wspierać bliską osobę psychicznie poprzez dobre słowo, rozmowę, obecność przy chorym;
f) mogą obserwować chorego (ewentualnie zgłaszać personelowi medycznemu oddziału uwagi);
g) mogą pomagać przy spożywaniu posiłków, pojeniu chorego (jeżeli oddział posiada do dyspozycji urządzenia kuchenne, mogą przyrządzać choremu jego ulubione pokarmy);
h) mogą pomagać przy czynnościach higienicznych, takich jak:
   - kąpiel,
   - mycie głowy,
   - zmiana pieluchy higienicznej,
   - toaleta jamy ustnej,
   - masaż ciała, oklepywanie (po instruktażu pielęgniarki);
i) mogą świadczyć pomoc przy:
   - zmianie bielizny osobistej i pościelowej,
   - ułożeniu chorego (w pozycji wskazanej przez lekarza),
   - wstawaniu, sadzaniu, przemieszczaniu się,
   - asystowaniu przy chodzeniu,
   - umożliwieniu kontaktu z innymi bliskimi osobami,
   - budowaniu pozytywnego klimatu,
   - zapewnieniu poczucia bezpieczeństwa (akceptacji, szacunku),
   - organizowaniu czasu wolnego (spacery, wspólne gry, czytanie książek, rysowanie itp. oraz wszystkie inne formy aktywności) - po konsultacji z personelem medycznym oddziału, zgodnie z zaleceniami lekarskimi.

## UDOSTĘPNIANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ I WYSOKOŚĆ OPŁAT Z TYM ZWIĄZANYCH

### § 42

1. Szpital udostępnia dokumentację medyczną zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
2. Za udostępnienie dokumentacji medycznej poprzez sporządzenie jej wyciągów, odpisów, kopii (w tym w formie odwzorowania cyfrowego [skanu], wydruku lub na informatycznym nośniku danych) Szpital pobiera opłatę, z wyłączeniem:
   a) opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej dotyczącej diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego pacjentowi posiadającemu kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego (DiLO),
   b) opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej pacjentowi albo jego przedstawicielowi ustawowemu po raz pierwszy,
   c) opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej w związku z postępowaniem prowadzonym przez Rzecznika Praw Pacjenta w sprawie: przyznania świadczenia kompensacyjnego wynikającego ze zdarzeń medycznych, przyznania świadczenia kompensacyjnego dotyczącego szczepień ochronnych, przyznania świadczenia kompensacyjnego w związku z prowadzeniem badań klinicznych,
   d) udostępniania dokumentacji medycznej Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oraz Agencji Badań Medycznych,
   e) przepis ust. 2 nie narusza uprawnień organów rentowych, od których nie pobiera się opłaty za udostępnianie dokumentacji medycznej.

3. Maksymalna wysokość opłaty za:
   a) jedną stronę wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej - nie może przekraczać 0,002 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale, począwszy od pierwszego dnia następnego miesiąca po ogłoszeniu przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski" na podstawie art. 20 pkt 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, począwszy od pierwszego dnia miesiąca po miesiącu, w którym nastąpiło ogłoszenie,
   b) jedną stronę kopii lub wydruku dokumentacji medycznej - nie może przekraczać 0,00007 przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa w pkt 1),
   c) udostępnienie dokumentacji medycznej na informatycznym nośniku danych - nie może przekraczać 0,0004 przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa w pkt 1).
4. Wysokość opłat za udostępnianie dokumentacji medycznej określana jest przez Dyrektora Szpitala w drodze zarządzenia (załącznik nr 2 do Regulaminu Organizacyjnego).
5. Szpital może pobierać opłatę za wysyłkę poprzez operatora pocztowego udostępnionej dokumentacji medycznej, związaną z rzeczywistym kosztem poniesionym za realizację tej usługi.

**§ 43**

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

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

**§ 44**

1. Pacjentom nieobjętym ubezpieczeniem zdrowotnym mogą być udzielane świadczenia zdrowotne za odpłatnością.
2. Świadczenia odpłatne są udzielane w oparciu o cennik obowiązujący w momencie udzielenia świadczenia.
3. Pacjent korzystający ze świadczeń odpłatnych przed udzieleniem danego świadczenia jest każdorazowo informowany o wysokości odpłatności.
4. Informacje o wysokości odpłatności za dane świadczenie zdrowotne oraz aktualnym cenniku świadczeń wykonywanych przez daną komórkę Szpitala można uzyskać w miejscu jego wykonania.
5. Opłaty mogą być pobierane od pacjentów w następujących przypadkach:
   a) za świadczenia zdrowotne:
      – w przypadku udzielania świadczeń pacjentowi nieubezpieczonemu lub takiemu, który nie potrafi udokumentować uprawnień do świadczeń medycznych finansowanych ze środków publicznych,
      – w przypadku udzielania świadczeń cudzoziemcom nieuprawnionym do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji,
      – w przypadku udzielania świadczeń zdrowotnych nie objętych kontraktem z NFZ,
      – które mogą być zgodnie z przepisami prawa udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością;
   b) za czynności administracyjne m.in.:
      – za wydanie odpisu, wypisu lub kopii dokumentacji medycznej, zgodnie z odpowiednimi przepisami
        w tym zakresie;

- za wydanie orzeczenia lekarskiego o stanie zdrowia pacjenta, do potrzeb innych niż proces leczenia
  i diagnozowania choroby;
- za wysłanie korespondencji.;

6. Wysokość pobieranej opłaty za udzielone świadczenia zdrowotne ustala się w oparciu o cennik opracowany na podstawie ewidencji kosztów.
7. Wysokość opłat za udzielane świadczenia zdrowotne dla pacjentów nieubezpieczonych i nieuprawnionych do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych korzystających z porad w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej określa załącznik nr 3 do Regulaminu Organizacyjnego.
8. Wysokość opłat za udzielane świadczenia zdrowotne dla pacjentów nieubezpieczonych i nieuprawnionych do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych określa załącznik nr 4 do Regulaminu Organizacyjnego.
9. Wysokość opłaty za pobyt w Szpitalu pacjenta, którego stan zdrowia nie wymaga dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych, a pacjent pozostaje nadal w oddziale szpitalnym określa załącznik nr 5 do Regulaminu Organizacyjnego.
10. Wysokość opłat dotyczących przejazdu środkami transportu sanitarnego określa załącznik nr 6 do Regulaminu Organizacyjnego.
11. Wysokość opłat jest określana zarządzeniem Dyrektora Szpitala.
12. Cenniki usług podane są do publicznej wiadomości poprzez wywieszenie na tablicach ogłoszeń Szpitala oraz stronie Internetowej Szpitala.
13. W przypadku braku świadczenia w cenniku, koszt ustalany jest na podstawie ceny wynikającej z kontraktu z NFZ.
14. Opłata jest pobierana w wyznaczonych punktach Szpitala, w których zainstalowane są kasy rejestrujące (fiskalne), tj. w kasie szpitalna lub innym wyznaczonym miejscu lub za pomocą przelewu bankowego na podstawie wystawionej faktury (jeśli dotyczy).

## ORGANIZACJA I ZADANIA POSZCZEGÓLNYCH KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH SZPITALA

### § 45

### REGULAMIN CENTRALNEJ IZBY PRZYJĘĆ

1. W Szpitalu znajduje się Centralna Izba Przyjęć, w skład której wchodzą:
   a) Izba Przyjęć Internistyczna,
   b) Izba Przyjęć Ginekologiczno – Położnicza,
   c) Izba Przyjęć Pediatryczna.
2. W Centralnej Izbie Przyjęć odbywa się przyjmowanie pacjentów do oddziałów:
   a) Chorób Wewnętrznych i Diabetologii oraz Geriatrycznego, działających w ramach Obszaru Leczenia Zachowawczego dla Dorosłych,
   b) Ginekologiczno – Położniczego z Blokiem Porodowym,
   c) Pediatryczno – Reumatologicznego i Neonatologicznego.
3. Centralna Izba Przyjęć pełni dyżur całą dobę.
4. W każdej z wydzielonych Izb, o których mowa w pkt 1 lit. a-c wyznaczona jest pielęgniarka koordynująca lub położna koordynująca odpowiedzialna za swoją część Centralnej Izby Przyjęć.
5. Centralna Izba Przyjęć podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.
6. Do zadań Centralnej Izby Przyjęć należy:
   a) Udzielanie świadczeń zdrowotnych, polegających na wstępnej diagnostyce i podjęciu leczenia w zakresie niezbędnym do stabilizacji funkcji życiowych osób znajdujących się w stanie nagłego zagrożenia życia lub zdrowia z przyczyny zewnętrznej lub wewnętrznej.
   b) Dokonywanie zabezpieczenia medycznego pacjentów oraz organizowanie transportu do innych zakładów opieki zdrowotnej w razie konieczności leczenia specjalistycznego.

c) Sprawdzenie uprawnień do korzystania ze świadczeń zdrowotnych zgłaszających się chorych oraz zabezpieczenie opieki zdrowotnej i pomocy pielęgniarskiej oraz lekarskiej.
d) Przyjmowanie do oddziałów chorych zakwalifikowanych do leczenia szpitalnego.
e) Udzielanie pomocy doraźnej chorym, którzy nie zostali zakwalifikowani do leczenia w Szpitalu lub nie zostali zakwalifikowani do przyjęcia w późniejszym terminie.
f) Prowadzenie odpowiedniej dokumentacji:
   - przy przyjęciu chorego do Szpitala pielęgniarka, położna, ratownik medyczny Centralnej Izby Przyjęć wypełnia obowiązujące formularze i dokumentację związaną z przyjęciem pacjenta do Szpitala,
   - pielęgniarka, położna, ratownik medyczny wpisuje również dane osobowe pacjenta do systemu komputerowego AMMS.

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

**§ 46**

**REGULAMIN PRACY KIEROWNIKA DYŻURU**

1. Kierownikiem dyżuru jest lekarz, wyznaczony przez Ordynatora/Lekarza kierującego oddziałem poprzez podkreślenie właściwego nazwiska na grafiku dyżurów lekarzy dyżurnych oddziałów – w każdym dniu miesiąca.
2. Kierownik dyżuru jest poza godzinami pracy Dyrektora Szpitala jego zastępcą w zakresie koordynacji i nadzoru nad udzielaniem świadczeń zdrowotnych:
   a) w dni powszednie od godziny 15:00 do 7:25 dnia następnego,
   b) w niedzielę i święta oraz w dni dodatkowo wolne od pracy od godziny 7:25 do 7:25 dnia następnego.
3. Kierownik Dyżuru Szpitala w czasie pełnienia dyżuru jest bezpośrednim przełożonym personelu medycznego w zakresie niezbędnym do zapewnienia ciągłości opieki zdrowotnej i bezpieczeństwa pacjentów. .
4. W przypadku wystąpienia sytuacji nadzwyczajnych o charakterze medycznym podczas dyżuru, Kierownik Dyżuru zobowiązany jest do przekazania stosownej informacji Dyrektorowi lub Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa do godziny 9:00 dnia następnego.
5. W przypadku wystąpienia sytuacji nadzwyczajnych o charakterze medycznym, Kierownik Dyżuru kieruje akcją ratunkową lub innymi działaniami zgodnie z obowiązującą w Szpitalu procedurą postępowania. W przypadku sytuacji technicznych, organizacyjnych lub innych niemedycznych, niezwłocznie informuje Dyrektora.
6. W przypadku zaistnienia sytuacji awaryjnych, Kierownik dyżuru do chwili przybycia Dyrektora Szpitala jest kierownikiem akcji ratowniczej.
7. Gdy zachodzi potrzeba przyjęcia większej liczby chorych, np. w związku z wypadkiem masowym lub gdy u chorych występują powikłania zagrażające życiu lub zdrowiu chorych bądź ich otoczeniu, Kierownik dyżuru może decydować o przeniesieniu chorych z jednego oddziału na drugi.
8. Kierownik dyżuru powinien ponadto wykonywać czynności zlecone przez Dyrektora Szpitala, bezpośrednio wiążące się z zakresem jego obowiązków, a nieujęte niniejszym Regulaminem.

§ 47

**REGULAMIN OBSZARU LECZENIA ZACHOWAWCZEGO DLA DOROSŁYCH: ODDZIAŁU CHORÓB WEWNĘTRZNYCH I DIABETOLOGII ORAZ ODDZIAŁU GERIATRYCZNEGO**

1. Oddział Chorób Wewnętrznych i Diabetologii oraz Oddział Geriatryczny, działające w ramach jednego Obszaru Leczenia Zachowawczego dla Dorosłych, tworzą kompleksowy system opieki zdrowotnej, który ma na celu zapewnienie skoordynowanej opieki nad pacjentami w różnym wieku, w tym osobami starszymi i pacjentami z cukrzycą oraz innymi chorobami wewnętrznymi.
2. Na czele Obszaru Leczenia Zachowawczego dla Dorosłych stoi Lekarz kierujący oddziałem lub Ordynator.
3. Pracę personelu pielęgniarskiego Obszaru Leczenia Zachowawczego dla Dorosłych oraz personelu pomocniczego organizuje i nadzoruje Pielęgniarka Oddziałowa/Pielęgniarka Koordynująca.
4. Obszar Leczenia Zachowawczego dla Dorosłych podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.
5. Zadaniem Obszaru Leczenia Zachowawczego dla Dorosłych jest:
   a) diagnozowanie pacjentów przyjętych do Oddziału Chorób Wewnętrznych i Diabetologii oraz do Oddziału Geriatrycznego,
   b) prowadzenie zabiegów leczniczych i diagnostycznych pacjentów Oddziału Chorób Wewnętrznych i Diabetologii oraz Oddziału Geriatrycznego,
   c) prowadzenie pracowni endoskopii,
   d) leczenie i rehabilitacja pacjentów przebywających w Oddziale Chorób Wewnętrznych i Diabetologii oraz w Oddziale Geriatrycznym,
   e) konsultowane pacjentów z innych oddziałów szpitalnych,
   f) prowadzenie na bieżąco historii chorób i innej dokumentacji medycznej,
   g) sprawowanie opieki pielęgnacyjnej nad chorymi przebywającymi w Oddziale Chorób Wewnętrznych i Diabetologii oraz w Oddziale Geriatrycznym,
   h) zabezpieczenie pracy Poradni Geriatrycznej, Poradni Diabetologicznej.

**REGULAMIN ODDZIAŁÓW WCHODZĄCYCH W SKŁAD CENTRUM ZDROWIA KOBIETY I DZIECKA Z OŚRODKIEM LECZENIA NIEPŁODNOŚCI, ENDOMETRIOZY I GINEKOLOGII OPERACYJNEJ:**

§ 48

**REGULAMIN ODDZIAŁU NEONATOLOGICZNEGO Z PODODDZIAŁAMI**

1. Na czele oddziału stoi Ordynator lub Lekarz kierujący oddziałem.
2. Oddział podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.
3. Pracę personelu pielęgniarskiego, położnych oraz personelu pomocniczego organizuje i nadzoruje Pielęgniarka/Położna Oddziałowa lub Pielęgniarka/Położna Koordynująca.
4. Zadaniem oddziału jest zapewnienie opieki noworodkom (wcześniakom) urodzonym w Szpitalu oraz zapobieganie śmiertelności okołoporodowej.
5. W szczególności do zadań oddziału należy:
   a) odebranie noworodka z sali porodowej,
   b) umieszczenie noworodka w zależności od stanu ogólnego, wagi, długości w sali ogólnej pokoju wcześniaków lub izolatce dla noworodków chorych,
   c) założenie historii rozwoju noworodka (wcześniaka),
   d) systematyczne pielęgnowanie i kontrola noworodka,
   e) dostarczanie noworodka do karmienia matce lub podawanie pokarmów w porach ustalonych przez ordynatora / lekarza kierującego oddziałem,
   f) zapobieganie zakażeniom wewnątrzoddziałowym,
   g) szerzenie oświaty sanitarnej wśród matek, w szczególności z zakresu pielęgnowania noworodka i niemowlęcia, przez wygłaszanie pogadanek, kolportaż broszur itp.
6. Wstępne zabiegi u noworodka wykonuje pielęgniarka oddziału pod nadzorem lekarza oddziału.

7. Oddział zabezpiecza pracę Poradni Neonatologicznej.
8. Ordynator/Lekarz kierujący Oddziałem Neonatologicznym odpowiada za realizację postanowień zawartych w § 49 ust.9.

§ 49

**REGULAMIN ODDZIAŁU GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZEGO Z BLOKIEM PORODOWYM**

1. Na czele oddziału stoi Ordynator lub Lekarz kierujący oddziałem.
2. Oddział podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.
3. Pracę położnych oraz personelu pomocniczego organizuje i nadzoruje Położna Oddziałowa lub Położna Koordynująca.
4. Oddział zabezpiecza pracę Poradni Ginekologiczno – Położniczej, Poradni Onkologicznej Poradni (gabinetu) położnej POZ oraz Poradni Zaburzeń Prokreacji i Leczenia Endometriozy.
5. Zadaniem Oddziału Ginekologiczno – Położniczego z Blokiem Porodowym jest:
   1) przyjęcie kobiety ciężarnej,
   2) badanie pacjentki, diagnostyka, leczenie i rehabilitacja,
   3) nadzór nad stanem płodu i pacjentki,
   4) przyjęcie i diagnostyka pacjentek ze schorzeniami ginekologicznymi,
   5) diagnostyka, leczenie i rehabilitacja pacjentek chorych ginekologicznie,
   6) konsultowanie pacjentek z innych oddziałów,
   7) opieka nad noworodkiem,
   8) promocja zdrowia i edukacja zdrowotna rodziny,
   9) utrzymywanie w stanie gotowości zespołu porodowego do przyjęcia rodzącej i wykonania wszystkich niezbędnych zabiegów,
   10) prowadzenie na bieżąco historii chorób oraz innej dokumentacji medycznej zgodnie z przepisami.
6. W szczególności do zadań w zakresie zespołu porodowego należy:
   1) opieka nad rodzącą od chwili przyjścia do Szpitala do zakończenia czynności porodowej oraz pierwsza pomoc pielęgniarska i znakowanie noworodka;
   2) przyjęcie kobiety ciężarnej do porodu przez lekarza lub położną izby przyjęć;
   3) badanie rodzącej przez personel dyżurny sali porodowej;
   4) przeprowadzenie czynności wchodzących w zakres przygotowania rodzącej do porodu;
   5) kwalifikacja rodzącej (sala przedporodowa lub sala porodowa);
   6) opieka nad ciężarną, rodzącą i położnicą do chwili zakończenia porodu i przekazanie położnicy oraz noworodka na poszczególne oddziały;
   7) kontrola przebiegu czynności porodowych, ASP (tętna płodu) i stanu ogólnego rodzącej, położnicy;
   8) identyfikacja i zaopatrzenie noworodka wg standardu, kontakt 2 godzinny skóra do skóry (matka – dziecko) – nadzór nad noworodkiem;
   9) Opieka przed- i okołoporodowa zgodnie ze standardem organizacyjnym opieki okołoporodowej zgodnym z obowiązującymi przepisami prawa;
   10) Kwalifikacja kobiety ciężarnej do porodu fizjologicznego przez położną oraz jego prowadzenie wg standardu MZ.
7. Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej, Szpital ustalił i monitoruje następujące wskaźniki okołoporodowe:
   a) Amniotomia – wskaźnik wyrażony jako wartość procentowa zastosowanej interwencji medycznej do ilości wszystkich porodów siłami i drogami natury;
   b) Indukcja porodu – wskaźnik wyrażony jako wartość procentowa zastosowanej interwencji medycznej do ilości wszystkich porodów siłami i drogami natury;
   c) Nacięcie krocza – wskaźnik wyrażony jako wartość procentowa zastosowanej interwencji medycznej do ilości wszystkich porodów siłami i drogami natury;

d) Cięcia cesarskie – wskaźnik wyrażony jako wartość procentowa wykonanych cięć cesarskich w stosunku do ogólnej liczby porodów;
e) Podawanie noworodkowi mleka modyfikowanego – odsetek noworodków, którym na zlecenie lekarskie podano sztuczne mleko początkowe.

8. Za monitoring wskaźników określonych w ust. 7 pkt a) – d) odpowiedzialny jest Ordynator lub Lekarz kierujący Oddziałem Ginekologiczno – Położniczym z Blokiem Porodowym.
9. Za monitoring wskaźnika określonego w ust. 7 pkt e) odpowiedzialny jest Lekarz kierujący Oddziałem Neonatologii.
10. Dane z monitorowania przekazywane są do analizy raz na 6 miesięcy.
11. Nadzór nad stosowaniem zapisów ust. 7 - 9 sprawuje Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa.
12. Wymienione wyżej wskaźniki są analizowane raz w roku.
13. Na podstawie wyników analiz podejmowane są środki naprawcze lub działania doskonalące.
14. Ocena satysfakcji kobiet objętych opieką okołoporodową jest realizowana poprzez analizę Anonimowych Ankiet Satysfakcji Pacjenta.

**§ 50**

**REGULAMIN BLOKU OPERACYJNEGO**

1. Na czele Bloku Operacyjnego stoi Pielęgniarka/Położna Oddziałowa/Koordynująca.
2. Blok Operacyjny podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.
3. Personel podlega służbowo Ordynatorowi/Lekarzowi kierującemu Oddziałem Ginekologiczno – Położniczym z Blokiem Porodowym.
4. Blok Operacyjny powinien być utrzymany w stanie stałego pogotowia operacyjnego, i tak zorganizowany, aby w razie nagłej potrzeby personel, instrumentarium, bielizna i sprzęt były przygotowane do bezzwłocznego wykonania zabiegu operacyjnego o każdej porze.
5. Pomieszczenia bloku operacyjnego powinny być utrzymane w stanie wzorowej czystości i porządku. Ściany i podłogi powinny być z materiałów łatwo zmywalnych i niechłonnych. W pomieszczeniach bloku operacyjnego mogą znajdować się tylko meble i sprzęt konieczny do operacji. Każdorazowo po zakończeniu operacji należy dokładnie zmywać sale i sprzęt.
6. Kontrola narzędzi i materiału opatrunkowego obydwa się zgodnie z ustalonymi procedurami wewnętrznymi.
7. Wejście na teren bloku operacyjnego bez przebrania w odzież i buty operacyjne jest niedopuszczalne.
8. W czasie trwania zabiegu operacyjnego, cały personel znajdujący się w sali operacyjnej, jest podporządkowany: w sprawach dotyczących technicznego przeprowadzenia zabiegu – lekarzowi operującemu, a w sprawach ogólnego postępowania i bezpieczeństwa życia i zdrowia operowanego pacjenta – anestezjologowi.
9. Wstęp na salę operacyjną w czasie zabiegu mają, poza personelem operacyjnym, tylko osoby fachowe, które uzyskały zezwolenie. Osoby niefachowe nie mogą być wpuszczane w czasie trwania operacji na salę operacyjną.
10. Zabiegi operacyjne odbywają się według ustalonego programu (plan operacyjny) z podaniem nazwiska pacjenta, sali, na której przebywa, rozpoznania, rodzaju znieczulenia i wyznaczonej obsady operacyjnej.
11. Wszelkie zmiany w programie operacyjnym mogą nastąpić tylko za zgodą Ordynatora/Lekarza kierującego oddziałem oraz za zgodą lekarza anestezjologa.
12. W pomieszczeniach bloku operacyjnego, a zwłaszcza na sali operacyjnej, w czasie trwania zabiegu operacyjnego obowiązuje zachowanie względnej ciszy.
13. W bloku operacyjnym należy prowadzić dokumentację zbiorczą wykonanych zabiegów.
14. W odniesieniu do każdego pacjenta operowanego prowadzona jest Okołooperacyjna Karta Kontrolna, której Koordynatorem jest lekarz anestezjolog prowadzący znieczulenie. Kartę podpisuje pielęgniarka operacyjna, lekarz operator i Koordynator Okołooperacyjnej Karty Kontrolnej.
15. Dokładne sporządzenie opisów operacyjnych powinno nastąpić bezpośrednio po zakończeniu operacji. Opisy operacyjne sporządza lekarz operujący lub lekarz pełniący pierwszą asystę.

16. Lekarz operujący jest obowiązany osobiście zbadać pacjenta przed rozpoczęciem operacji i upewnić się, czy pacjent bądź jego rodzina lub opiekunowie wyrazili zgodę na zabieg operacyjny, bądź tez czy zachodzą podstawy do wykonania zabiegu bez uzyskania takiej zgody.
17. Po zakończeniu operacji operowany powinien być przekazany na salę nadzoru poznieczuleniowego pod opiekę lekarza anestezjologa i pielęgniarki anestezjologicznej i pozostawać pod stałą kontrolą. Wszelkie zalecenia lekarskie powinny być uwidocznione w dokumentacji medycznej pacjenta.
18. Po zakończonej operacji należy niezwłocznie uporządkować salę operacyjną, a z narzędziami i sprzętem operacyjnym postępować wg procedur.
19. W czasie, kiedy sala operacyjna jest sprzątnięta i nieczynna, blok operacyjny powinien być zamknięty, a klucz powinien znajdować się u dyżurnej instrumentariuszki.
20. Personel bloku operacyjnego jest obowiązany zachować w tajemnicy wszystko, o czym poweźmie wiadomości w czasie wykonywania swych obowiązków.

**§ 51**

**REGULAMIN OBSZARU LECZENIA ZACHOWAWCZEGO DLA DZIECI: ODDZIAŁU PEDIATRYCZNO-REUMATOLOGICZNEGO**

1. Na czele oddziału stoi Lekarz kierujący oddziałem.
2. Oddział podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.
3. Pracę personelu pielęgniarskiego Obszaru Leczenia Zachowawczego dla Dzieci oraz personelu pomocniczego organizuje i nadzoruje Pielęgniarka Oddziałowa/Pielęgniarka Koordynująca.
4. Oddział zabezpiecza pracę Poradni Reumatologicznej dla Dzieci oraz Poradni Alergologicznej dla Dzieci.
5. Zadaniem Oddziału Pediatryczno – Reumatologicznego jest:
   a) diagnozowanie niemowląt i dzieci starszych,
   b) leczenie niemowląt i dzieci,
   c) pielęgnowanie niemowląt i dzieci,
   d) rehabilitacja dzieci ze schorzeniami narządu ruchu,
   e) zabezpieczenie pracy Poradni Reumatologii Dziecięcej,
   f) zabezpieczenie pracy Poradni Alergologicznej dla Dzieci.
6. Przyjęcie dziecka w oddział obejmuje:
   a) założenie dokumentacji lekarskiej i pielęgniarskiej,
   b) kontrola temperatury ciała,
   c) kontrola wagi ciała,
   d) pobieranie materiału do badań zgodnie z zaleceniem lekarskim,
   e) umieszczenie dziecka w zależności od stanu ogólnego w odpowiedniej sali,
   f) zapewnienie bezpieczeństwa podopiecznym.
7. Codzienne badanie lekarskie i ocena aktualnego stanu dziecka:
   a) zlecenie odpowiednich leków i zabiegów,
   b) prowadzenie dokumentacji medycznej (przebieg choroby, leczenie),
   c) informowanie rodziców o stanie zdrowia i postępach w leczeniu,
   d) przygotowanie kart informacyjnych z pobytu w Szpitalu.
8. Pielęgnowanie:
   a) kontrola parametrów życiowych,
   b) obserwacja stanu ogólnego,
   c) odśluzowywanie,
   d) podawanie tlenu,
   e) wykonywanie inhalacji,
   f) karmienie lub pomoc przy posiłkach,
   g) kąpiel i pielęgnacja skóry,
   h) pomoc przy czynnościach codziennych zależnie od stanu dziecka,
   i) uczestniczenie w procesie leczenia,

j) podawanie zleconych leków zgodnie ze zleceniem lekarskim lub uprawnieniami.

9. Rehabilitacja.

§ 52

**REGULAMIN DZIAŁU RADIOLOGII**

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

§ 53

**REGULAMIN DZIAŁU ANESTEZJOLOGII**

1. Dział Anestezjologii jest komórką organizacyjną Szpitala, zorganizowaną na prawach oddziału.
2. Na czele Działu Anestezjologii stoi kierownik – specjalista anestezjolog.
3. Dział Anestezjologii podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.
4. Pracę personelu pielęgniarskiego Dział u Anestezjologii oraz personelu pomocniczego organizuje i nadzoruje Pielęgniarka Koordynująca.
5. Dział Anestezjologii odpowiada za właściwe prowadzenie Poradni Anestezjologicznej.
6. Dział Anestezjologii powołany jest w szczególności do wykonywania zadań związanych ze znieczuleniem do operacji, prowadzeniem chorych pooperacyjnych, przeciwdziałaniem i leczeniem powikłań znieczulenia, udzielaniem pomocy w wypadkach zagrożenia życia, leczenia bólu.
7. Personel Działu Anestezjologii jest w stanie stałej gotowości dla Bloku Operacyjnego, Porodowego i oddziałów Szpitala oraz udziela świadczeń zdrowotnych w ramach sali nadzoru poznieczuleniowego.
8. Dział Anestezjologii współpracuje z innymi oddziałami szpitalnymi i pracowniami, uczestnicząc w czynnościach przygotowania chorego do operacji, wyrównywania zaburzeń ogólnoustrojowych towarzyszących chorobie zasadniczej lub będących jej wynikiem, zwalczając ból i różne rodzaje wstrząsu.

9. Ponadto do zadań Działu Anestezjologii należy postępowanie specjalne z pacjentami chorymi na ostre choroby zakaźne, neurologiczne, wewnętrzne i inne, u których zachodzi konieczność stosowania:
   a) wspomaganego lub kontrolowanego oddechu,
   b) udrażniania dróg oddechowych,
   c) oraz różnego rodzaju czynności reanimacyjnych.
10. Dział Anestezjologii, wykonujący pełny zakres czynności, użytkuje:
   a) sale przygotowawcze do zabiegu operacyjnego,
   b) sprzęt i aparaturę anestezjologiczną znajdującą się na salach operacyjnych Bloku Operacyjnego, salach zabiegowych i sali cięć cesarskich, za który odpowiada Kierownik Działu,
   c) salę nadzoru poznieczuleniowego w obrębie Bloku Operacyjnego.
11. W ramach interwencji anestezjologicznej lekarz anestezjolog i pielęgniarka anestezjologiczna po przybyciu na miejsce wezwania podejmuje i koordynuje akcją reanimacyjną.
12. Personel Działu Anestezjologii składa się z:
   a) lekarzy specjalistów,
   b) lekarzy w trakcie specjalizacji,
   c) pielęgniarek anestezjologicznych.
13. Dział Anestezjologii przy wykonywaniu swoich zadań ściśle współpracuje z oddziałami Szpitala, korzysta z pracowni i innych komórek organizacyjnych Szpitala.
14. Dział Anestezjologii prowadzi sprawozdawczość, statystykę i dokumentację zgodnie z regulacjami prawnymi wewnętrznymi oraz zewnętrznymi.
15. W obrębie Działu Anestezjologicznego funkcjonuje Zespół Leczenia Bólu, do którego zadań należy wykonywanie i prowadzenie znieczuleń epiduralnych porodu.

**§ 54**

**REGULAMIN APTEKI SZPITALNEJ**

1. Na czele Apteki stoi kierownik, który koordynuje i nadzoruje pracę Apteki, a także odpowiada za jej sprawne funkcjonowanie pod względem merytorycznym, gospodarczym i formalno-prawnym, zgodnie z zakresem nałożonych obowiązków.
2. Apteka podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.
3. Apteka realizuje następujące zadania:
   a) opracowuje i sporządza plany zaopatrzenia Szpitala w produkty lecznicze,
   b) przygotowuje pakiety zapotrzebowania na leki i materiały medyczne stanowiące załącznik do specyfikacji,
   c) utrzymuje i właściwie przechowuje minimalny i niezbędny zapas produktów leczniczych, wyrobów medycznych i produktów biobójczych,
   d) sporządza niektóre leki recepturowe oraz roztwory produktów biobójczych dla oddziałów i działów,
   e) prowadzi kontrole jakości i tożsamości produktów leczniczych, wyrobów medycznych i produktów biobójczych,
   f) analizuje zapotrzebowanie na produkty lecznicze z oddziałów, działów,
   g) prowadzi nadzór nad gospodarką lekami w oddziałach, w szczególności nad lekami narkotycznymi,
   h) przeprowadza okresowe kontrole apteczek oddziałowych,
   i) udziela informacji o lekach, w tym nowych wprowadzonych do obrotu (skład, działanie, wskazania i przeciwwskazania do ich stosowania),
   j) uczestniczy w pracach Komitetu Terapeutycznego,
   k) udziela informacji ordynatorom/ lekarzom kierującym oddziałami i Dyrekcji Szpitala o aktualnym stanie zaopatrzenia w produkty lecznicze.
4. Apteka wykonuje również zadania, czynności określone odpowiednimi przepisami lub zlecone przez Dyrektora Szpitala.

5. W Aptece prowadzona jest odpowiednia dokumentacja, a ewidencja i rozliczanie odbywa się zgodnie z wymogami zarządzeń zewnętrznych i wewnętrznych.
6. Przyjmowanie, wydawanie i rozliczanie produktów leczniczych, produktów biobójczych i wyrobów medycznych odbywa się przy pomocy systemu informatycznego.
7. Apteka sporządza odpowiednia sprawozdawczość, zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz zarządzeniami zewnętrznymi i wewnętrznymi.
8. Apteka pracuje w systemie jednozmianowym. W dni robocze w godzinach od 7.25 do 15.00.

**§ 55**

**REGULAMIN CENTRALNEJ STERYLIZATORNI**

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

**§ 56**

**REGULAMIN ZESPOŁU TRANSPORTU SANITARNEGO**

1. Zespół Transportu Sanitarnego podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.
2. Do zadań Zespołu Transportu Sanitarnego należy:
   1) wykonywanie na rzecz pacjentów Szpitala przewozów ambulansem szpitalnym do innych podmiotów medycznych, np. na badania, konsultacje, itp.,
   2) transport pacjentów z oddziałów Szpitala do samochodu oraz z samochodu do miejsca wyznaczonego w zleceniu przewozu,
   3) pomoc pacjentom przy wsiadaniu i wysiadaniu do i z samochodu oraz doprowadzenie do miejsca docelowego,
   4) zapewnienie transportowanym niezbędnej pomocy medycznej oraz wszelkich działań służących uzyskaniu najlepszego efektu zdrowotnego lub samopoczucia w trakcie przewozu,
   5) prowadzenie dokumentacji medycznej związanej z transportem,
   6) przewóz materiałów biologicznych oraz innych materiałów wykorzystywanych do udzielania świadczeń zdrowotnych wymagających specjalnych warunków przewozu.
3. Zespół Transportu Sanitarnego realizuje przewozy przy wykorzystaniu specjalistycznego środka transportu lądowego - ambulansu, spełniającego cechu techniczne i jakościowe określone w Polskich Normach przenoszących europejskie normy zharmonizowane.
4. Zespół Transportu Sanitarnego realizuje przewozy pacjentów przy udziale personelu medycznego.

§ 57

## REGULAMIN DZIAŁU HIGIENY I EPIDEMIOLOGII

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

§ 58

## REGULAMIN SZKOŁY RODZENIA

1. Nadzór nad Szkołą Rodzenia sprawuje bezpośrednio Naczelna Pielęgniarka/Położna.
2. Zadania Szkoły Rodzenia polegają na przygotowaniu do porodu i obejmują:
   a) gimnastykę ogólnousprawniającą,
   b) ćwiczenia na piłkach,
   c) ćwiczenia przy drabinkach,
   d) ćwiczenia na matach gimnastycznych,
   e) naukę oddechu przeponowego,
   f) techniki relaksacji,
   g) naukę oddechu w poszczególnych fazach porodu,
   h) markowanie parcia,
   i) opiekę nad noworodkiem.
3. Brak przeciwskazań do uczestniczenia pacjentek w zajęciach potwierdza lekarz na zaświadczeniu, które pacjentka dostarcza do Szkoły Rodzenia.

## REGULAMINY DZIAŁÓW ADMINISTRACYJNYCH

## § 59

## REGULAMIN DZIAŁU PERSONALNO – ORGANIZACYJNEGO

1. Dział Personalno- Organizacyjny podporządkowany jest bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.
2. Na czele działu stoi Kierownik, który koordynuje i nadzoruje pracę Działu, a także odpowiada za sprawne jego funkcjonowanie pod względem merytorycznym, gospodarczym i formalno – prawnym, zgodnie z zakresem nałożonych obowiązków.
3. Do zadań Działu należy :
   a) Załatwianie spraw związanych z zatrudnianiem, zwalnianiem, przeszeregowaniem i nagradzaniem pracowników.
   b) Prowadzenie ewidencji pracowników i ich akt osobowych.
   c) Prowadzenie ewidencji czasu pracy, jego miesięczne rozliczanie, sprawdzanie kart czasu pracy pod kątem prawidłowości, wypełniania i rozliczania zgodnie z obowiązującymi przepisami.
   d) Udzielanie i ewidencja urlopów wypoczynkowych, na żądanie, szkoleniowych, wyjazdów służbowych.
   e) Ustalanie prawa pracownika do nagrody jubileuszowej, wysokości dodatku stażowego.
   f) Sporządzanie dokumentacji i załatwianie wniosków dotyczących przejścia pracowników na rentę lub emeryturę oraz przekazywanie jej do oddziału ZUS.
   g) Prowadzenie statystyki i sprawozdawczości dotyczącej spraw pracowniczych.
   h) Prowadzenie spraw związanych z ubezpieczeniem społecznym pracowników i członków ich rodzin (zgłaszanie i wyrejestrowywanie zgłaszanie zmian i danych osobowych, analizowanie na bieżąco przepisów w zakresie ubezpieczeń społecznych).
   i) Prowadzenie spraw związanych z przygotowywaniem konkursu na świadczenie usług medycznych oraz zawieranie umów na dyżury medyczne oraz konsultacje specjalistyczne.
   j) Analizowanie stanu zatrudnienia z poszczególnymi komórkami organizacyjnymi.
   k) Archiwizowanie akt osobowych.
   l) Kontrolowanie porządku i dyscypliny pracy.
   m) Prowadzenie spraw związanych z polityką kadrową i dokształcaniem pracowników.
   n) Przygotowywanie opinii oraz wniosków dotyczących nagradzania i karania pracowników.
   o) Opracowywanie sprawozdań dotyczących zatrudnienia.
   p) Kierowanie pracowników na badania wstępne, okresowe i kontrolne zgodnie z wymogami kodeksu pracy.
   q) Współdziałanie z Działem Ekonomiczno-Finansowym w zakresie terminowego spływu dokumentów, stanowiących podstawę do naliczania wynagrodzenia.
   r) Współpraca z Oddziałem Wyższych Kadr Medycznych w zakresie:
      – specjalizacji i doskonalenia zawodowego pracowników,
      – programów, planów i tematów doszkalania pracowników,
      – prowadzenia dokumentacji dot. kształcenia i doskonalenia zawodowego pracowników medycznych.
   s) Określanie potrzeb socjalnych pracowników oraz opracowywanie planów ich zaspakajania.
   t) Ustalanie zasad podziału funduszu socjalnego oraz opracowywanie rocznego preliminarza dochodów i wydatków.
   u) Udział oraz sporządzanie protokołów z posiedzeń komisji socjalnych.
   v) Prowadzenie ewidencji udzielanych świadczeń socjalnych.
   w) Inicjowanie postępowania wyjaśniającego i redagowanie odpowiedzi zainteresowanym organom w zakresie kompetencji Działu.
   x) Prawidłowe i zgodne z obowiązującymi przepisami naliczanie wynagrodzeń i innych świadczeń pieniężnych wynikających ze stosunku pracy i umów cywilno-prawnych.

y) Sporządzanie list wypłat wynagrodzeń pracowników, zasiłków i innych wypłat według regulaminów nagradzania i obowiązujących przepisów, a także prowadzenie wszelkiej dokumentacji i sprawozdawczości z tymi zagadnieniami związanymi.
z) Sporządzanie i przekazywanie właściwym organom i osobom deklaracji zobowiązań o charakterze publiczno – prawnym - podatku dochodowego od osób fizycznych.
aa) Sporządzanie i przekazywanie deklaracji w zakresie ubezpieczeń społecznych zgodnie z obowiązującymi przepisami.
bb) Przygotowywanie w systemie komputerowym poleceń przelewów wynagrodzeń, składek na ubezpieczenie społeczne, podatku od dochodów osobistych pracowników, oraz wszystkich przewidzianych przepisami i umowami potrąceń z wynagrodzeń pracowników.
cc) Przesyłanie w systemie komputerowym przygotowanych przelewów do Działu Ekonomiczno – Finansowego, w celu ich realizacji.
dd) Sporządzanie obowiązujących deklaracji i raportów do ZUS i Urzędu Skarbowego.
ee) Sporządzanie rocznego rozliczenia podatku dochodowego od osób fizycznych dla wszystkich pracowników zatrudnionych i zwolnionych w ciągu roku (PIT-11, PIT-40, PIT-8B i innych).
ff) Sporządzanie kwartalnych i rocznych sprawozdań GUS o zatrudnieniu i wynagrodzeniach pracowników (Z-03, Z-06).
gg) Wystawianie zaświadczeń o zatrudnieniu i wynagrodzeniu (RP-7) byłym i obecnym pracownikom dla potrzeb ZUS w celu wyliczenia podstawy wymiaru kapitału początkowego i podstawy wymiaru emerytur i rent.
hh) Archiwizowanie dokumentów źródłowych stanowiących podstawę naliczania wynagrodzeń i świadczeń z ubezpieczenia społecznego oraz list płac.

**W zakresie prowadzenia sekretariatu:**

Do zadań pracownika sekretariatu należy:

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

**§ 60**

**REGULAMIN DZIAŁU EKONOMICZNO - FINANSOWEGO**

1. Dział Ekonomiczno – Finansowy podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomicznych.
2. Działem kieruje Główny Księgowy, który koordynuje i nadzoruje pracę Działu oraz odpowiada za prawidłowe jego funkcjonowanie pod względem merytorycznym zgodnie z zakresem nałożonych obowiązków.
3. Do zadań Działu Ekonomiczno - Finansowego należy wykonywanie obowiązków w zakresie rachunkowości określonych ustawą – w oparciu o przyjęte w Zakładowym Planie Kont zasady (politykę) rachunkowości:

a) bieżące prowadzenie na podstawie dowodów księgowych ksiąg rachunkowych w sposób zapewniający właściwy przebieg operacji gospodarczych i ochronę mienia Szpitala,
b) okresowe ustalanie rzeczywistego stanu aktywów i pasywów, w tym w oparciu o inwentaryzację zarządzoną przez Dyrektora,
c) prawidłowe ustalenie stanu majątkowego i wyniku finansowego Szpitala zgodnie z rzeczywistym stanem aktywów i pasywów,
d) sporządzanie sprawozdań finansowych,
e) gromadzenie i należyte przechowywanie oraz zabezpieczenie dowodów księgowych i pozostałej dokumentacji przewidzianej ustawą,
f) wykonywanie prac związanych z poddaniem badaniu i ogłoszeniem sprawozdań finansowych w przypadkach określonych ustawą.

3. Prowadzenie gospodarki finansowej Szpitala zgodnie z obowiązującymi zasadami.
4. Wykonywanie czynności określonych dla Działu w instrukcji sporządzania, kontroli obiegu dokumentów księgowych.
5. Prowadzenie kasy Szpitala według wewnętrznie ustalonych zasad.
6. Rozliczenie spisów z natury rzeczowych składników majątku obrotowego Szpitala zgodnie z Instrukcją Inwentaryzacyjną.
7. Sporządzanie i przekazywanie właściwym organom i osobom deklaracji zobowiązań o charakterze publiczno – prawnym: podatek dochodowy od osób prawnych, , podatek od towarów i usług VAT, PFRON, oraz nadzór nad sporządzaniem pozostałych deklaracji z zakresu lokalnych zobowiązań publiczno – prawnych, a także prowadzenie ewidencji i rejestrów przewidzianych ustawami podatkowymi.
8. Sporządzanie obowiązujących sprawozdań z zakresu statystyki publicznej (GUS) , informacji finansowych i kosztów działalności wg wzorów Organu Założycielskiego, Ministerstwa Zdrowia i Wojewody Dolnośląskiego.
9. Sporządzanie okresowych sprawozdań dotyczących należności i zobowiązań Szpitala wg obowiązku i potrzeb.
10. Wystawianie faktur za usługi realizowane przez Szpital, poza usługami finansowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
11. Windykacja należności za wykonane usługi i świadczenia.
12. Rozliczanie kosztów w miejscu ich powstawania według kluczy rozliczeniowych opracowanych w oparciu o obowiązujące przepisy.
13. Współpraca z innymi działami i komórkami organizacyjnymi Szpitala związana z całością prac z zakresu rachunkowości, wykonywanych przez poszczególne działy i komórki organizacyjne,
14. Sporządzanie rocznego planu rzeczowo - finansowego na podstawie wycinkowych planów przekazanych przez kierowników/koordynatorów komórek organizacyjnych.
15. Prowadzenie ewidencji księgowej i obsługi kasowej Kasy Zapomogowo – Pożyczkowej .
16. Sporządzanie informacji, analiz i zestawień w zakresie przychodów, kosztów zobowiązań i należności na potrzeby kierownictwa Szpitala.

**Pracownik zatrudniony na stanowisku ds. analiz** podlega bezpośrednio Głównemu Księgowemu, który koordynuje i nadzoruje pracę pracownika. .

Do zadań pracownika należy:

1. Monitoring danych finansowych wg zapotrzebowania Dyrekcji Szpitala.
2. Opracowywanie analiz wskazanych odcinków funkcjonowania Szpitala.
3. Sporządzanie kompleksowej informacji ekonomiczno-finansowej na potrzeby Dyrekcji, kierowników/ koordynatorów komórek organizacyjnych, Rady Społecznej oraz dla innych celów.
4. Sporządzanie informacji o poniesionych kosztach i uzyskanych przychodach oraz wyniku na działalności dla oddziałów, poradni i pracowni diagnostycznych.
5. Sporządzanie kalkulacji procedur medycznych i ich uaktualnianie.

6. Sporządzanie kompleksowych wycen świadczeń medycznych udzielonych pacjentom nie uprawnionym do bezpłatnego leczenia i obcokrajowcom.
7. Monitoring kosztów procedur i świadczeń medycznych.
8. Opracowywanie materiałów ekonomicznych na potrzeby ofert do Narodowego Funduszu Zdrowia we współpracy z Działem Sprzedaży Usług Medycznych i Statystyki.
9. Opracowywanie informacji i cenników dla obcych jednostek w celu zawarcia umów na świadczenie usług medycznych.

**§ 61**

**REGULAMIN DZIAŁU SPRZEDAŻY USŁUG MEDYCZNYCH I STATYSTYKI**

1. Dział podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Sprzedaży Usług Medycznych.
2. Na czele Działu stoi Kierownik, który koordynuje i nadzoruje pracę Działu, a także odpowiada za sprawne jego funkcjonowanie pod względem merytorycznym, gospodarczym i formalno-prawnym, zgodnie z zakresem nałożonych obowiązków.
3. Kierownik Działu koordynuje i nadzoruje pracę sekretariatów medycznych oddziałów oraz rejestracji.
4. Do zadań Działu należy:

**1) w zakresie statystyki medycznej:**

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

**2) w zakresie rozliczeń z płatnikiem:**

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

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

**3) w zakresie dokumentacji medycznej:**

a) koordynowanie działań mających na celu zapewnienie jakości dokumentacji medycznej,
b) koordynowanie i opracowywanie procedur, instrukcji, standardów z zakresu dokumentacji medycznej,
c) współpraca z innymi komórkami Szpitala przy opracowaniu i modyfikacji procedur, instrukcji, standardów dotyczących dokumentowania świadczeń medycznych,
d) kontrola dokumentacji medycznej zbiorczej i indywidualnej pacjenta w wersji papierowej i elektronicznej, zgodnie z wytycznymi zawartymi w ustawach i rozporządzeniach Ministra Zdrowia, procedurach wewnętrznych, pod względem zawartości, kompletności oraz autoryzacji,
e) sporządzanie protokołu z kontroli dokumentacji medycznej,
f) comiesięczne sporządzanie protokołu o nieterminowości zdania dokumentacji z oddziałów szpitalnych,
g) formułowanie wniosków dotyczących jakości dokumentacji medycznej na podstawie przeprowadzanych kontroli,
h) weryfikacja i ujednolicenie druków i formularzy w wersji papierowej i elektronicznej obowiązujących w Szpitalu,
i) dostosowanie druków i formularzy w wersji papierowej i elektronicznej do obowiązujących norm prawnych oraz potrzeb organizacyjnych Szpitala,
j) współpraca z oddziałami i komórkami organizacyjnymi Szpitala w opracowaniu dokumentacji medycznej,
k) przeprowadzanie analizy dokumentowania odmów przyjęć do Szpitala,
l) prowadzenie dokumentacji systemu jakości dotyczącej dokumentowania świadczeń medycznych zgodnie z przyjętymi normami.

**§ 62**

**REGULAMIN SEKCJI ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ**

1. Sekcja Zarządzania Jakością podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Sprzedaży Usług Medycznych.
2. Zastępca Dyrektora ds. Sprzedaży Usług Medycznych kieruje pracą Sekcji, odpowiada za organizację jej pracy, ustala priorytety działań i sprawuje bieżący nadzór nad realizacją zadań.
3. Sekcja Zarządzania Jakością realizuje zadania w zakresie tworzenia, wdrażania, koordynowania, nadzorowania i doskonalenia Systemu Zarządzania Jakością (SZJ) w oparciu o wymagania normy

PN-EN ISO 9001:2015, standardów akredytacyjnych dla szpitali opracowanych przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, obowiązujących przepisów prawa oraz wewnętrznych regulacji i strategii Szpitala.

4. Do zadań Sekcji należy w szczególności:
   1) Działania zmierzające do uzyskania i utrzymania przez Szpital certyfikatu akredytacyjnego Ministra Zdrowia oraz certyfikatu zgodności z normą PN-EN ISO 9001:2015.
   2) Wdrażanie standardów akredytacyjnych oraz wymagań normy ISO 9001:2015 w strukturze organizacyjnej Szpitala.
   3) Organizacja, nadzór i ciągłe doskonalenie wewnętrznego systemu zarządzania jakością w Szpitalu.
   4) Opracowywanie i realizacja polityki jakości, programów działań projakościowych oraz projektów usprawniających zgodnie z obowiązującymi wymaganiami akredytacyjnymi i normatywnymi.
   5) Kontrola realizacji oraz aktualizacja procedur, instrukcji, standardów i innych dokumentów systemowych i operacyjnych regulujących funkcjonowanie SZJ.
   6) Współpraca z jednostkami certyfikującymi i akredytacyjnymi w zakresie przygotowania wizyt, przeglądów, szkoleń i nadzoru.
   7) Organizowanie i zarządzanie programami auditów wewnętrznych oraz koordynowanie ich przebiegu.
   8) Przeprowadzanie kontroli i auditów komórek organizacyjnych w zakresie przestrzegania zasad SZJ oraz spełniania wymagań normy ISO i standardów akredytacyjnych.
   9) Przedstawianie propozycji usprawnień oraz rekomendowanie zmian systemowych.
   10) Inicjowanie i nadzorowanie wdrożenia działań korygujących i doskonalących po audytach, przeglądach i analizach jakości.
   11) Promowanie zaangażowania pracowników w działania na rzecz poprawy jakości.
   12) Prowadzenie dokumentacji SZJ zgodnie z obowiązującymi standardami.
   13) Współpraca z komórkami organizacyjnymi Szpitala w zakresie opracowywania i wdrażania dokumentów systemowych.
   14) Współpraca ze stronami zewnętrznymi w sprawach dotyczących systemu jakości i akredytacji.
   15) Organizowanie, realizowanie i koordynowanie szkoleń z zakresu zarządzania jakością oraz standardów akredytacyjnych i norm ISO.
   16) Przygotowywanie raportów dotyczących skuteczności działania systemu zarządzania jakością oraz poziomu jego zgodności z wymaganiami.
   17) Prowadzenie i aktualizacja rejestru procedur, instrukcji, standardów oraz innych dokumentów jakościowych obowiązujących w Szpitalu.
   18) Współpraca z kadrą kierowniczą każdego szczebla w zakresie realizacji programu działań dla poprawy jakości w ich obszarze odpowiedzialności.
   19) Obsługa systemu monitorowania zdarzeń niepożądanych oraz koordynacja pracy zespołu ds. zdarzeń niepożądanych. Prowadzenie i nadzorowanie rejestru zdarzeń niepożądanych w systemie wewnętrznym.
   20) Promowanie kultury jakości wśród pracowników oraz wzmacnianie świadomości w zakresie polityki jakości i bezpieczeństwa pacjenta.
   21) Realizowanie innych zadań zleconych przez Dyrektora.

§ 63

**REGULAMIN DZIAŁU TECHNICZNEGO**

1. Dział podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.
2. Na czele działu stoi Kierownik, który koordynuje i nadzoruje pracę Działu oraz odpowiada za prawidłowe jego funkcjonowanie pod względem merytorycznym, zgodnie z zakresem nałożonych obowiązków.
3. Do zadań Działu należy:
   1) Sprawowanie nadzoru nad prawidłową i ciągłą eksploatacją obiektów, urządzeń eksploatacyjnych, energetycznych oraz instalacji elektrycznej, wodociągowej, kanalizacji, centralnego ogrzewania, klimatyzacji, wentylacji, pary technologicznej i gazów medycznych oraz urządzeń transportu pionowego – dźwigów.
   2) Dokonywanie przeglądów technicznych celem opracowania planu remontów obiektu, instalacji i urządzeń energetycznych.
   3) Przygotowanie dokumentacji projektowo- kosztorysowej lub protokołu typowania robót.
   4) Organizowanie wykonawstwa zleconych robót.
   5) Opracowanie planów rzeczowo - finansowych w zakresie remontów.
   6) Kontrola dokumentacji technicznej oraz rozwiązywanie problemów technicznych wynikających w trakcie wykonywania robót.
   7) Organizowanie i wykonywanie napraw oraz konserwacji urządzeń i instalacji.
   8) Dokonywanie rozliczeń materiałów pobieranych przez konserwatorów do prac konserwacyjnych, awarii itp.
   9) Prowadzenie paszportów i książek rewizji rejonowego dozoru technicznego.
   10) Prowadzenie odpowiedniej dokumentacji w Dziale, związanej z obowiązującymi przepisami zewnętrznymi i wewnętrznymi.
   11) Prowadzenie rejestru faktur wpływających i wysyłanych przez Dział.
   12) Prowadzenie książek obiektów budowlanych.
   13) Sporządzanie odpowiedniej sprawozdawczości, zgodnie z obowiązującymi przepisami.
   14) Opracowywanie wniosków, określanie zagrożeń i wymogów technicznych oraz sporządzanie i aktualizowanie instrukcji eksploatacji urządzeń elektro – energetycznych, wodno – kanalizacyjnych, gazów medycznych i innych instalacji oraz instrukcji postępowania z odpadami medycznymi i pozostałymi niebezpiecznymi, urządzeń dźwigowych.
   15) Współpraca z Urzędem Dozoru Technicznego w zakresie wymogów przepisów eksploatacji urządzeń ciśnieniowych.
   16) Sprawowanie nadzoru nad instalacjami gazów medycznych (konserwacje, naprawy sieci instalacji urządzeń, utrzymanie ich w pełnej sprawności technicznej).
   17) Organizowanie i prowadzenie nadzoru technicznego nad robotami zgodnie z prawem budowlanym.
   18) Organizowanie i udział w odbiorach technicznych i przekazywanie obiektów do użytku.
   19) Sprawdzanie kosztorysów powykonawczych.
   20) Organizowanie gospodarki aparaturą i sprzętem medycznym w zakresie:
      a) remontów i napraw;
      b) instalowania, montażu, uruchomienia nowej aparatury i sprzętu medycznego;
      c) rozliczeń rzeczowych i finansowych wynikających ze świadczonych usług przez specjalistyczne jednostki serwisu technicznego.
   21) Zestawienie potrzeb komórek organizacyjnych w zakresie zakupów i wyposażenia.
   22) Zabezpieczenie dostaw energii elektrycznej, energii cieplnej, gazu, wody, gazów medycznych do obiektów szpitalnych oraz prawidłowego funkcjonowania dźwigów szpitalnych.
   23) Analizowanie i sporządzanie zestawień rozchodu opału (oleju, gazu itp.).
   24) Analizowanie kosztów naprawy sprzętu medycznego, technicznego i biurowego.

25) Sprawowanie nadzoru i kontroli nad prawidłową gospodarką odpadami medycznymi i innymi odpadami niebezpiecznymi (organizowanie odbioru odpadów niebezpiecznych i innych niż niebezpieczne) zgodnie z obowiązującą ustawą.
26) Sporządzenie i analizowanie wykazu kosztów bezpośrednich z podziałem na poszczególne komórki organizacyjne (koszty energii elektrycznej, cieplnej, gazu, zużycia wody).
27) Współpraca z Działem Zamówień Publicznych w prowadzeniu postępowań o zamówienia publiczne w zakresie dostaw materiałów i urządzeń przeznaczonych do utrzymania bieżącej pracy Szpitala oraz wykonywania remontów, konserwacji i robót budowlanych.
28) Do zamawianych w w/w trybie asortymentów należy zaliczyć w szczególności:
    a) paliwa płynne;
    b) usługi techniczne, w tym: orzeczenia, ekspertyzy, dokumentację techniczną, naprawy sprzętu technicznego;
    c) energię elektryczną i cieplną, gaz, olej opałowy, wodę i ścieki;
    d) materiały elektrotechniczne;
    e) materiały instalacyjne i budowlane.
29) Sprawowanie nadzoru i kontroli nad przestrzeganiem przepisów BHP i ppoż. na stanowisku pracy.
30) Prowadzenie pełnej dokumentacji i sprawozdawczości dotyczącej Działu.
31) Opracowywanie bieżących informacji dla Dyrektora w zakresie prowadzonych spraw.

**§ 64**

**REGULAMIN DZIAŁU ADMINISTARCYJNO - GOSPODARCZEGO**

1. Dział podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.
2. Na czele działu stoi Kierownik, który koordynuje i nadzoruje pracę Działu oraz odpowiada za prawidłowe jego funkcjonowanie pod względem merytorycznym, zgodnie z zakresem nałożonych obowiązków.
3. Do zadań Działu należy:
    1) Zarządzanie flotą samochodów.
    2) Świadczenie na rzecz komórek organizacyjnych usług transportowych przy użyciu samochodu służbowego według ustalonego harmonogramu.
    3) Współpraca z innymi komórkami organizacyjnymi.
    4) Prowadzenie nadzoru i współpraca z firmami świadczącymi usługi na rzecz Szpitala.
    5) Pielęgnacja terenów zielonych oraz utrzymywanie porządku na drogach i chodnikach wewnętrznych Szpitala i terenach przyległych , które nie podlegają ZDiK (w czasie zimy odśnieżanie, posypywanie piaskiem i solą).
    6) Rozliczanie rachunków – sprawdzanie pod względem merytorycznym dotyczących usług wchodzących w zakres zadań Działu (usługi : transportu sanitarnego, telekomunikacyjne, pralnicze, porządkowe, naprawa urządzeń biurowych, wywóz odpadów stałych).
    7) Współpraca z Działem Zamówień Publicznych w zakresie zakupu sprzętu gospodarczego.
    8) Współpraca w trakcie ewidencji spisu inwentarza we wszystkich pomieszczeniach Szpitala.
    9) Współudział w kontrolach przeprowadzanych przez jednostki wykonujące ochronę obiektów Szpitala pod względem bhp i ppoż.
    10) Sporządzanie protokołów przekazywanych darowizn rzeczowych.
    11) Zarządzanie systemem monitoringu kamer oraz systemem teleinformatycznym tj. dostawcy Internetu, telefonii stacjonarnej i komórkowej.
    12) Obsługa portierni Szpitala.
    13) Zarządzanie szafkami personelu.
    14) Zarządzanie pieczątkami, identyfikatorami.
    15) Zakup mebli.
    16) Nadzorowanie i odpowiadanie za pracę podległych pracowników.

17) Zarządzanie odpadami komunalnymi.
18) Polityka kluczy do pomieszczeń.
19) Zarządzanie pralnią i polityką odzieży służbowej.
20) Nadzór nad najemcami pomieszczeń szpitalnych.
21) Prowadzenie spraw związanych z właściwym zarządzaniem majątkiem instytucji.
22) Przygotowanie sprawozdawczości w zakresie obowiązków Działu.
23) Przeprowadzanie inwentaryzacji i prowadzenie ksiąg inwentarzowych.
24) Administrowanie obiektu poprzez właściwe oznakowanie.
25) Dekorowanie i flagowanie obiektów z okazji świąt państwowych, uroczystości i innych uroczystości okolicznościowych.
26) Utrzymywanie porządku i czystości oraz estetycznego wyglądu w obiektach i na przyległym terenie.
27) Prowadzenie spraw związanych z ubezpieczeniem budynku i sprzętu.
28) Wykonywanie innych zadań i czynności zleconych przez Dyrektora.

§ 65

**REGULAMIN DZIAŁU ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH**

1. Dział podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomicznych.
2. Na czele Działu stoi Kierownik, który koordynuje i nadzoruje pracę Działu oraz odpowiada za prawidłowe jego funkcjonowanie pod względem merytorycznym zgodnie z zakresem nałożonych obowiązków.
3. Do zadań Działu należy:
   1) Nadzór i realizacja wszelkich zakupów na potrzeby komórek organizacyjnych Szpitala zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, ze szczególnym uwzględnieniem przepisów prawa zamówień publicznych.
   2) Opracowywanie rozdzielników określających miesięczne zaopatrzenie wszystkich komórek Szpitala w niezbędne środki tj. sprzęt medyczny, artykuły biurowe, środki czystości, druki i inne.
   3) Przygotowywanie w oparciu o zatwierdzone rozdzielniki dokumentacji przetargowych.
   4) Wnioskowanie składu komisji przetargowych i konkursowych do Dyrekcji Szpitala.
   5) Uczestnictwo pracownika Działu w pracach komisji na stanowisku sekretarza komisji.
   6) Przygotowywanie i prowadzenie postępowań przetargowych wraz z całą niezbędną dokumentacją.
   7) Przygotowywanie stosownych projektów umów z kontrahentami.
   8) Nadzorowanie i określanie wielkości zamówień na poszczególne pozycje magazynowe oraz wielkości rezerw magazynowych.
   9) Przygotowywanie bieżących zamówień w celu zaopatrzenia Szpitala w niezbędny asortyment potrzebny do wykonywania zadań z wyjątkiem leków i materiałów medycznych, których zaopatrzeniem zajmuje się Apteka.
   10) Nadzór na prawidłowością dostaw.
   11) Prowadzenie postępowań reklamacyjnych.
   12) Nadzór nad realizacją zawartych umów.
   13) Współpraca z innymi komórkami organizacyjnymi Szpitala.
   14) Współpraca z Działem Technicznym w zakresie zakupu sprzętu technicznego, zestawów narzędzi i aparatury medycznej.
   15) Prowadzenie centralnego rejestru umów zawartych przez Szpital.
   16) Wykonywanie innych zadań i czynności zleconych przez Dyrektora.
   17) Prowadzenie magazynu Szpitala – przyjmowanie, składowanie, ewidencjonowanie i wydawanie zakupionych materiałów na potrzeby komórek organizacyjnych Szpitala.

§ 66

**REGULAMIN DZIAŁU INFORMATYKI**

1. Dział podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomicznych.
2. Na czele Działu stoi Kierownik, który koordynuje i nadzoruje pracę Działu oraz odpowiada za prawidłowe jego funkcjonowanie pod względem merytorycznym zgodnie z zakresem nałożonych obowiązków.
3. Do zadań Działu należy:
   1) Prowadzenie wszelkich spraw związanych z wdrażaniem w Szpitalu systemów informatycznych.
   2) Inicjowanie postępowań związanych z zakupem sprzętu i oprogramowania, zgodnie z wewnętrznym regulaminem udzielania zamówień publicznych.
   3) Prowadzenie nadzoru nad wdrożonymi systemami informatycznymi.
   4) Obsługa techniczna systemu monitoringu wizyjnego.
   5) Dbałość o sprawne funkcjonowanie sprzętu komputerowego i oprogramowania oraz zapewnienie odpowiedniego serwisu.
   6) Prowadzenie archiwum baz danych.
   7) Wykonywanie innych zadań i czynności zleconych przez Dyrektora.

§ 67

**REGULAMIN DZIAŁU ŻYWIENIA**

1. Dział Żywienia podlega bezpośrednio Naczelnej Pielęgniarce/Położnej.
2. Na czele Działu stoi Kierownik, który koordynuje i nadzoruje pracę Działu oraz odpowiada za prawidłowe jego funkcjonowanie pod względem merytorycznym zgodnie z zakresem nałożonych obowiązków.
3. Do zadań Działu należy w szczególności:
   1) Organizowanie procesu żywienia w Szpitalu dla potrzeb pacjentów w poszczególnych oddziałach.
   2) Opracowywanie szczegółowych jadłospisów z uwzględnieniem norm żywieniowych i wymogów dietetyczno-leczniczych.
   3) Organizowanie zaopatrzenia w artykuły spożywcze oraz prowadzenie magazynu artykułów żywnościowych.
   4) Terminowe przygotowanie posiłków i wydawanie poszczególnym oddziałom, planowanie i kalkulowanie kosztów żywienia.
   5) Zabezpieczenie właściwych warunków sporządzania posiłków, sprawowanie nadzoru i kontroli nad całokształtem procesu żywienia.

**REGULAMINY STANOWISK SAMODZIELNYCH**

§ 68

**REGULAMIN PEŁNOMOCNIKA DYREKTORA DS. INWESTYCJI BUDOWLANYCH**

1. Pełnomocnik podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.
2. Do zadań Pełnomocnika Dyrektora ds. Inwestycji Budowlanych należy w szczególności:
   1) Reprezentowanie Szpitala wobec wszystkich stron procesu inwestycyjnego.
   2) Współpraca z organami administracji publicznej/instytucjami odpowiedzialnymi za uzgodnienia (BRW, MPWiK, Sanepidem, Komendą Miejską Państwowej Straży Pożarnej, rzeczoznawcą do spraw zabezpieczeń pożarowych, Powiatowym Inspektoratem Nadzoru Budowlanego i in.).
   3) Sprawowanie nadzoru ogólnego nad realizacją inwestycji w branży konstrukcyjno-budowlanej oraz zagospodarowaniem terenu, w szczególności poprzez:
      a) weryfikację dokumentacji projektowej,

b) merytoryczny nadzór nad umowami na opracowanie: PFU, dokumentacji projektowej wraz z nadzorem autorskim,
c) merytoryczny nadzór nad umowami z wykonawcami robót,
d) weryfikacja harmonogramów,
e) współpraca z Działem Zamówień Publicznych,
f) uczestnictwo w odbiorach robót budowlanych,
g) weryfikacja protokołów konieczności,
h) merytoryczna weryfikacja rozliczeń zadań inwestycyjnych.

4) Wsparcie techniczne przy pracach inwestycyjnych, remontowych.
5) Nadzór nad utrzymaniem prawidłowego stanu technicznego budynków Szpitala oraz infrastruktury technicznej.
6) Koordynacja prac remontowych, aranżacyjnych prowadzonych na terenie nieruchomości.
7) Przygotowywanie dokumentów na potrzeby Działu Zamówień Publicznych (kosztorysy inwestorskie i specyfikacji techniczne).
8) Udział w przygotowaniu postępowań przetargowych, umów i zleceń oraz uczestnictwo w postępowaniach przetargowych w zakresie powierzonych zadań.
9) Zlecanie usług, weryfikacja i merytoryczne rozliczenie wykonywanych czynności technicznych.
10) Przygotowywanie pism, wyjaśnień, informacji w zakresie powierzonych zadań.
11) Sprawdzanie, opisywanie i podpisywanie dowodów księgowych (faktur, rachunków) pod względem merytorycznym w zakresie prowadzonych zadań.
12) Koordynacja i nadzór firm zewnętrznych w zakresie prowadzonych robót budowlanych realizowanych w budynkach Szpitala oraz obiektach w trakcie remontów.
13) Współpraca z Działem Technicznym w zakresie branży budowlanej. Wsparcie przy tworzeniu i realizacji budżetu utrzymania technicznego oraz modernizacji obiektu.
14) Prowadzenie działań zmierzających do optymalizacji kosztów utrzymania nieruchomości.
15) Wykonywanie innych zadań i czynności zleconych przez Dyrektora Szpitala bezpośrednio wiążących się z wykonywaną pracą.

**§ 69**

**REGULAMIN PEŁNOMOCNIKA DYREKTORA DS. KONTROLI FINANSOWEJ**

1. Pełnomocnik ds. Kontroli Finansowej jest stanowiskiem samodzielnym, bezpośrednio podległym Dyrektorowi Szpitala.
2. Celem funkcjonowania stanowiska jest zapewnienie niezależnego nadzoru nad gospodarką finansową Szpitala, w tym prowadzenie kontroli wewnętrznej oraz wspieranie Dyrekcji Szpitala w podejmowaniu decyzji opartych na analizach finansowo-ekonomicznych..
3. Do zadań Pełnomocnika ds. Kontroli Finansowej należy w szczególności:
   1) Przeprowadzanie kontroli wewnętrznych w zakresie zgodności operacji finansowych z obowiązującymi przepisami prawa, regulacjami wewnętrznymi oraz zawartymi umowami.
   2) Ocena celowości, efektywności i gospodarności wydatków ponoszonych przez Szpital.
   3) Monitorowanie realizacji budżetów komórek organizacyjnych oraz identyfikowanie odchyleń.
   4) Weryfikacja zgodności realizowanych umów i wydatków z założeniami budżetowymi oraz obowiązującymi umowami.
   5) Opracowywanie analiz kosztowych, finansowych i operacyjnych na potrzeby Dyrekcji Szpitala.
   6) Współpraca z Działem Ekonomiczno-Finansowym w zakresie tworzenia planów rzeczowo-finansowych i analiz rentowności.
   7) Udział w projektach optymalizacyjnych, restrukturyzacyjnych i inwestycyjnych Szpitala, w zakresie oceny ich zasadności ekonomicznej.
   8) Sporządzanie raportów pokontrolnych i analiz dla Dyrekcji Szpitala, zawierających wnioski i rekomendacje.

9) Udział w audytach wewnętrznych i zewnętrznych oraz opracowywanie materiałów dla instytucji kontrolujących (np. NFZ, NIK, RIO).
10) Bieżące informowanie Dyrektora Szpitala o stwierdzonych nieprawidłowościach finansowych oraz zagrożeniach dla gospodarki finansowej jednostki.
11) Udział w opracowywaniu i aktualizacji procedur wewnętrznych dotyczących kontroli finansowej i zarządzania ryzykiem.

**§ 70**

**REGULAMIN PEŁNOMOCNIKA DYREKTORA DS. ROZWOJU PEDIATRII I AMBULATORYJNEJ OPIEKI SPECJALISTYCZNEJ (AOS)**

1. Pełnomocnik podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.
2. Pełnomocnik realizuje zadania w zakresie wsparcia i rozwoju działalności pediatrycznej oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS), w tym projektów organizacyjnych, rozwojowych i szkoleniowych.
3. Do podstawowych zadań Pełnomocnika należy w szczególności:
   1) Koordynowanie pracy pielęgniarki koordynującej/oddziałowej w Oddziale Pediatryczno-Reumatologicznym.
   2) Koordynowanie prawidłowego funkcjonowania Oddziału Pediatryczno-Reumatologicznego.
   3) Koordynowanie pracy poradni specjalistycznych działających w strukturze Szpitala.
   4) Koordynowanie pracy nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej (NiŚOZ).
   5) Współpraca z Działem Zamówień Publicznych w zakresie opracowywania specyfikacji technicznych aparatury medycznej dla potrzeb pediatrii i AOS.
   6) Prowadzenie szkoleń z zakresu resuscytacji krążeniowo-oddechowej (BLS) dla pracowników Szpitala.
   7) Pozyskiwanie sponsorów oraz współpraca z fundacjami wspierającymi działalność pediatryczną i AOS.
   8) Monitorowanie możliwości pozyskania środków zewnętrznych (miejskich, samorządowych, krajowych, europejskich) w zakresie pediatrii i AOS; analiza ich dostępności we współpracy z komórkami organizacyjnymi Szpitala.
   9) Koordynowanie przygotowania wniosków o dofinansowanie oraz realizacji projektów w zakresie pediatrii i AOS.
   10) Inicjowanie działań innowacyjnych w zakresie pediatrii oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.
   11) Współpraca z wewnętrznymi komórkami organizacyjnymi Szpitala oraz zewnętrznymi partnerami i instytucjami lokalnymi w celu realizacji projektów i przedsięwzięć rozwojowych w zakresie pediatrii i AOS.
   12) Wykonywanie innych zadań zleconych przez Dyrektora Szpitala, bezpośrednio związanych z pełnioną funkcją.

**§ 71**

**REGULAMIN PEŁNOMOCNIKA DYREKTORA DS. ORGANIZACYJNYCH**

1. Pełnomocnik podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.
2. Pełnomocnik Dyrektora ds. Organizacyjnych pełni jednocześnie funkcję Pełnomocnika ds. Praw Pacjenta.
3. Do zadań Pełnomocnika Dyrektora ds. Organizacyjnych należy w szczególności:
   1) Przedstawianie propozycji usprawnień w określonych obszarach działalności Szpitala, w tym informacji o konieczności zaktualizowania bądź udoskonalenia dokumentów, a także o potrzebie wprowadzenia innych mechanizmów.

2) Prowadzenie dokumentacji zgodnie z przyjętymi normami.
3) Opracowywanie, nadzór nad procesem tworzenia, aktualizacji i rozpowszechniania dokumentacji systemowej.
4) Sprawdzanie dokumentacji systemowej przed zatwierdzeniem przez Dyrektora.
5) Prowadzenie spraw dotyczących realizacji wniosków pokontrolnych i terminowości ich wykonania.
6) Przygotowywanie, udział oraz sporządzanie protokołów z zebrań organizowanych przez Dyrektora Szpitala.
7) Prowadzenie spraw związanych z przygotowywaniem konkursów na stanowiska: zastępcy dyrektora ds. lecznictwa, naczelnej pielęgniarki/położnej, ordynatorów oraz pielęgniarek/położnych oddziałowych.
8) Opracowywanie zarządzeń, poleceń służbowych, pism okólnych oraz prowadzenie dokumentacji związanej z całokształtem działalności Szpitala w zakresie organizacji.
9) Prowadzenie rejestru zarządzeń Dyrektora Szpitala.
10) Opracowywanie i aktualizacja Statutu Szpitala oraz Regulaminu Organizacyjnego.
11) Organizacja, udział oraz sporządzanie protokołów z posiedzeń Rady Społecznej Szpitala.
12) Wspieranie Szpitala w realizacji obowiązku przestrzegania praw pacjenta, przez podejmowanie działań na rzecz poprawy stopnia przestrzegania praw pacjenta w Szpitalu.
13) Prowadzenie rejestru skarg i wniosków.
14) Prowadzenie spraw związanych ze skargami i wnioskami.
15) Wykonywanie innych zadań i czynności zleconych przez Dyrektora Szpitala bezpośrednio wiążących się z wykonywaną pracą.

**§ 72**

**REGULAMIN KOORDYNATORA DS. DYDAKTYKI KLINICZNEJ**

1. Koordynator ds. Dydaktyki Klinicznej jest samodzielnym stanowiskiem pracy, bezpośrednio podległym Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.
2. Głównym celem stanowiska jest koordynowanie i nadzorowanie realizacji współpracy Szpitala z uczelniami prowadzącymi kształcenie medyczne, w szczególności z Politechniką Wrocławską Wydziałem Medycznym, w zakresie realizacji zadań dydaktycznych, organizacyjnych i badawczych wynikających z zawartych umów.
3. Do zadań Koordynatora ds. Dydaktyki Klinicznej należy w szczególności:
   1) Współpraca z uczelniami medycznymi w zakresie planowania, organizowania i nadzorowania zajęć dydaktycznych odbywających się na terenie Szpitala, w tym ćwiczeń klinicznych, zajęć praktycznych i praktyk zawodowych.
   2) Weryfikacja i opiniowanie zbiorczych harmonogramów zajęć dydaktycznych przesyłanych przez uczelnie, w tym kontrola zgodności z możliwościami organizacyjnymi oddziałów/działów Szpitala oraz nadzór nad ich przekazywaniem do kierowników komórek organizacyjnych.
   3) Monitorowanie i bieżące uzgadnianie wykorzystania infrastruktury szpitalnej, wyposażenia i zasobów ludzkich na potrzeby działalności dydaktycznej i badawczej, zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz zawartymi umowami.
   4) Współpraca z komórkami organizacyjnymi Szpitala w zakresie zapewnienia prawidłowej organizacji procesu dydaktycznego, w tym dostępności pomieszczeń, środków ochrony osobistej, szatni oraz przestrzegania przepisów BHP i epidemiologicznych przez studentów.
   5) Weryfikacja formalna dokumentów dostarczanych przez uczelnie, w tym list nauczycieli akademickich, studentów oraz kół naukowych, a także kontrola spełnienia przez studentów wymogów formalnych (ubezpieczenie, szczepienia, odzież ochronna, identyfikatory).
   6) Prowadzenie dokumentacji dotyczącej współpracy z uczelniami medycznymi, w tym archiwizacja harmonogramów, rozliczeń studentogodzin, zgód, pism i korespondencji roboczej.
   7) Udział w przygotowywaniu projektów umów, aneksów, porozumień i innych dokumentów regulujących współpracę Szpitala z uczelniami wyższymi.

8) Monitorowanie realizacji studentogodzin oraz współpraca z Działem Ekonomiczno - Finansowym w zakresie rozliczeń finansowych wynikających z realizacji zadań dydaktycznych.
9) Współpraca z pracownikami Szpitala zatrudnionymi przez uczelnie oraz z kierownikami klinik i jednostek dydaktycznych w zakresie organizacji i jakości prowadzonych zajęć.
10) Udzielanie wsparcia organizacyjnego i informacyjnego przedstawicielom uczelni oraz studentom w zakresie przepisów obowiązujących w Szpitalu.
11) Koordynacja i uzgadnianie działań związanych z funkcjonowaniem kół naukowych na terenie Szpitala.
12) Inicjowanie działań na rzecz poprawy jakości dydaktyki klinicznej oraz rozwoju współpracy z uczelniami w zakresie szkoleń, badań naukowych oraz wspólnych projektów.
13) Informowanie Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa o istotnych kwestiach związanych z realizacją zadań dydaktycznych oraz ewentualnych problemach i nieprawidłowościach.
14) Wykonywanie innych zadań zleconych przez Dyrektora Szpitala, związanych z pełnioną funkcją.

**§ 73**

**REGULAMIN INSPEKTORA OCHRONY DANYCH**

1. Pracownik zatrudniony na samodzielnym stanowisku Inspektora Ochrony Danych (IOD) podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.
2. Do zadań IOD należy:
   1) Informowanie administratora, podmiotu przetwarzającego oraz pracowników, którzy przetwarzają dane osobowe o obowiązkach spoczywających na nich na mocy RODO oraz innych przepisów Unii lub państw członkowskich o ochronie danych i doradzania im w tej sprawie.
   2) Monitorowanie przestrzegania RODO, innych przepisów Unii lub państw członkowskich o ochronie danych oraz polityki ochrony danych administratora lub podmiotu przetwarzającego w dziedzinie ochrony danych osobowych, w tym podział obowiązków, działania zwiększające świadomość, szkolenia pracowników oraz powiązane z tym audyty.
   3) Udzielanie na żądanie zaleceń co do oceny skutków dla ochrony danych osobowych oraz monitorowanie jej wykonania zgodnie z RODO.
   4) Prowadzenie rejestru czynności przetwarzania danych osobowych.
   5) Współpraca z organem nadzorczym.
   6) Zgłaszanie naruszeń bezpieczeństwa do organu nadzoru oraz osób, których dane dotyczą.
   7) Prowadzenie rejestru naruszeń ochrony danych osobowych.
   8) Pełnienie funkcji punktu kontaktowego dla organu nadzorczego w kwestiach związanych z przetwarzaniem, w tym z uprzednimi konsultacjami, o których mowa w art. 36 RODO oraz w stosownych przypadkach prowadzenia konsultacji we wszystkich innych sprawach.
   9) Inspektor Ochrony Danych wypełnia swoje zadania z należytym uwzględnieniem ryzyka związanego z operacjami przetwarzania, mając na uwadze charakter, zakres, kontekst i cel przetwarzania.
   10) Osoby, których dane dotyczą, mogą kontaktować się z Inspektorem Danych Osobowych we wszystkich sprawach związanych z przetwarzaniem ich danych osobowych oraz wykonywaniem praw przysługującym im na mocy RODO.
   11) Wykonywanie innych czynności, związanych z zajmowanym stanowiskiem, a nie ujętych w niniejszym zakresie, zleconych przez bezpośredniego przełożonego.
3. IOD ma obowiązek oceny ryzyka w formie dokumentu dla komórek organizacyjnych ADO. IOD sporządza analizę oraz nadzoruje ryzyka związane z przetwarzaniem danych.

**§ 74**

**REGULAMIN PRACOWNIKA SOCJALNEGO**

1. Pracownik Socjalny podlega bezpośrednio Naczelnej Pielęgniarce/Położnej.

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

**§ 75**

**REGULAMIN INSPEKTORA OCHRONY RADIOLOGICZNEJ**

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

§ 76

**REGULAMIN SAMODZIELNEGO STANOWISKA DO SPRAW OBRONNYCH**

1. Stanowisko ds. obronnych podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.
2. Pracownik zajmujący się sprawami obronności wykonuje zadania wynikające z obowiązujących przepisów prawa.
3. Do zadań pracownika należy:
   1) znajomość aktów prawnych dotyczących obronności oraz bieżące wprowadzanie ich w życie w Szpitalu Specjalistycznym im. A. Falkiewicza we Wrocławiu na podstawie wytycznych instytucji nadrzędnych, współdziałających oraz poleceń i ustaleń Dyrektora Szpitala,
   2) sporządzanie i coroczna aktualizacja planu udzielania świadczeń szpitalnych na potrzeby obronne państwa,
   3) uzgadnianie planu, o którym mowa z ust. b z odpowiednimi instytucjami oraz przedłożenie do zatwierdzenia przez właściwy organ, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa,
   4) współpraca z Działem Personalno – Organizacyjnym w zakresie:
      a) tworzenia planów zapewnienia personelu, w szczególności personelu medycznego, niezbędnego do realizacji zadań nałożonych na Szpital na potrzeby obronne państwa,
      b) typowania pracowników przewidzianych do wyłączenia z obowiązku pełnienia czynnej służby wojskowej w razie ogłoszenia mobilizacji i w czasie wojny,
   5) sporządzanie i aktualizacja dokumentacji obsady Stałego Dyżuru w Szpitalu,
   6) organizowanie wewnętrznych szkoleń obsad Stałego Dyżuru w Szpitalu,
   7) uczestnictwo w treningach Stałych Dyżurów organizowanych przez Wydział Bezpieczeństwa Urzędu Marszałkowskiego Województwa Dolnośląskiego,
   8) organizacja szkolenia obronnego dla kadry i personelu medycznego biorących udział w opracowywaniu planu przygotowań obronnych Szpitala oraz uczestniczenie w szkoleniach obronnych i ćwiczeniach organizowanych przez Wydział Bezpieczeństwa Urzędu Marszałkowskiego Województwa Dolnośląskiego,
   9) prowadzenie korespondencji w zakresie spraw obronnych oraz kontakt z osobami odpowiedzialnymi za bezpieczeństwo publiczne i obronność w administracji rządowej i samorządowej,
   10) reprezentacja Szpitala podczas kontroli zadań obronnych organizowanych przez Wydział Bezpieczeństwa Urzędu Marszałkowskiego Województwa Dolnośląskiego,
   11) przegląd i aktualizacja procedur dotyczących sytuacji nadzwyczajnych i kart realizacji zadań obronnych,
   12) opracowywanie zarządzeń, instrukcji i wytycznych oraz innych dokumentów w zakresie spraw obronnych,
   13) prowadzenie nadzoru nad przestrzeganiem przepisów o ochronie informacji niejawnych, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

§ 77

**REGULAMIN SAMODZIELNEGO STANOWISKA DO SPRAW BHP**

1. Pracownik zajmujący się sprawami. BHP podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.
2. Do zadań pracownika należy:
   1) systematyczna kontrola warunków pracy oraz przestrzegania przez pracowników zasad i przepisów bhp,
   2) dokonywanie okresowych ocen i analiz stanu bhp,
   3) informowanie Dyrekcji Szpitala o stanie bhp oraz o źródłach zagrożeń zawodowych i stawianie wniosków w tym zakresie,
   4) wnioskowanie zmian związanych z poprawą bezpieczeństwa i higieny pracy,

5) opiniowanie instrukcji i zarządzeń w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy na poszczególnych stanowiskach pracy,
6) udział w opracowywaniu wniosków wynikających z badań przyczyn i okoliczności wypadków przy pracy oraz zachorowań na choroby zawodowe i kontrola realizacji wniosków,
7) współpraca w zakresie adaptacji nowo przyjmowanych pracowników, organizowanie i przeprowadzanie szkoleń w zakresie bhp,
8) występowanie z wnioskami do poszczególnych komórek organizacyjnych o usunięcie stwierdzonych uchybień, względnie o wstrzymanie pracy na danym stanowisku pracy, w razie stwierdzenia bezpośredniego zagrożenia dla życia lub zdrowia.

**§ 78**

**REGULAMIN SAMODZIELNEGO STANOWISKA DO SPRAW PRZECIWPOŻAROWYCH**

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

wnioskowania do Dyrektora o wyciągniecie konsekwencji służbowych wobec pracowników naruszających przepisy przeciwpożarowe.

§ 79

**REGULAMIN KAPELANA SZPITALNEGO**

1. Do zadań Kapelana podlegającego bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala należy w szczególności:
   a) organizacja i wykonywanie ogółu czynności sakralnych zgodnie z liturgią wyznania rzymskokatolickiego,
   b) duchowa pomoc pacjentom Szpitala i ich rodzinom.
2. Kapelan zobowiązany jest do:
   a) przestrzegania tajemnicy zawodowej i służbowej,
   b) przestrzegania dyscypliny pracy oraz przepisów bhp i przeciwpożarowych,
   c) poddawania się badaniom okresowym i kontrolnym.

§ 80

**POSTANOWIENIA KOŃCOWE**

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

Załączniki:

1. Załącznik nr 1 Schemat organizacyjny.
2. Załącznik nr 2 Wysokość opłat za udostępnianie dokumentacji medycznej.
3. Załącznik nr 3 Wysokość opłat za udzielane świadczenia zdrowotne dla pacjentów nieubezpieczonych i nieuprawnionych do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych korzystających z porad w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.
4. Załącznik nr 4 Wysokość opłat za udzielane świadczenia zdrowotne dla pacjentów nieubezpieczonych i nieuprawnionych do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych.
5. Załącznik nr 5 Wysokość opłaty za pobyt w szpitalu pacjenta, którego stan zdrowia nie wymaga dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych, a pacjent pozostaje nadal w oddziale szpitalnym.
6. Załącznik nr 6 Wysokość opłat dotyczących przejazdu środkami transportu sanitarnego.
7. Załącznik nr 7 Wysokość opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny.