Załącznik NR 2 do Zarządzenia nr 186 /2026
Dyrektora Szpitala Powiatowego w Chrzanowie

REGULAMIN ORGANIZACYJNY SZPITALA POWIATOWEGO W CHRZANOWIE

Tekst podstawowy z dnia 1 listopada 2013r. z późn. zmianami
Tekst jednolity z dnia 6 sierpnia 2026r.

Spis treści

ROZDZIAŁ I - POSTANOWIENIA OGÓLNE 3
ROZDZIAŁ II - CELE I ZADANIA PODMIOTU, RODZAJE I ZAKRESY DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ 6
ROZDZIAŁ III - SPOSÓB KIEROWANIA JEDNOSTKAMI ORAZ KOMÓRKAMI ORGANIZACYJNYMI SZPITALA 8
ROZDZIAŁ IV - STRUKTURA ORGANIZACYJNA, ORGANIZACJA I ZADANIA KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH.....22
ROZDZIAŁ V - PRZEBIEG PROCESU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH....83
ROZDZIAŁ VI - WARUNKI WSPÓŁDZIAŁANIA STRUKTUR WEWNĘTRZNYCH ORAZ SZPITALA Z INNYMI PODMIOTAMI LECZNICZYMI 100
ROZDZIAŁ VII – ZAKRES I ZASADY WNOSZENIA OPŁAT.....102
ROZDZIAŁ VIII - POSTĘPOWANIE W RAZIE ŚMIERCI PACJENTA 104
ROZDZIAŁ IX - TRYB ROZPATRYWANIA SKARG I WNIOSKÓW 109
ROZDZIAŁ X - POSTANOWIENIA KOŃCOWE 111

ROZDZIAŁ I - POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Szpital Powiatowy w Chrzanowie zwany dalej Szpitalem jest podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą, działającym w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, prowadzącym działalność leczniczą w dwóch zakładach leczniczych pod nazwą: Szpital Specjalistyczny i Zespół Ośrodków Leczenia Ambulatoryjnego.
Siedzibą Szpitala jest miasto Chrzanów, ul. Topolowa 16.

§ 2

1. Szpital Powiatowy w Chrzanowie udziela świadczeń zdrowotnych w obiektach zlokalizowanych przy ulicy Topolowej 16 w Chrzanowie.
2. Świadczenia zdrowotne udzielane są w następujących jednostkach organizacyjnych:
   1) Szpital - zlokalizowany jest w budynku położonym przy ulicy Topolowej 16 w Chrzanowie,
   2) Poradnie Przyszpitalne - zlokalizowane są w budynku położonym przy ulicy Topolowej 16 w Chrzanowie,
   3) Podstawowa Opieka Zdrowotna oraz Poradnia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej nr 1 zlokalizowana jest w budynku położonym przy ulicy Topolowej 16 w Chrzanowie. Poradnia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej nr 2 zlokalizowana jest w Krzeszowicach przy ulicy ul. Legionów Polskich 6,
   4) Pogotowie Ratunkowe - zlokalizowane jest w budynku położonym przy ulicy Topolowej 16 w Chrzanowie, podstacji w Wygiełzowie przy ulicy Lipowieckiej 3, podstacji w Trzebini przy ulicy Kościuszki 50 oraz podstacji w Libiążu przy ulicy Górniczej 5.
3. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach ratownictwa medycznego przez zespoły ratownictwa medycznego ,,P" odbywa się w miejscu zdarzenia.
4. W przypadkach uzasadnionych stanem zdrowia, realizacja świadczeń zdrowotnych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej a także z zakresu: ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, rehabilitacji leczniczej i opieki psychiatrycznej odbywa się w warunkach domowych.

§ 3

1. Regulamin Organizacyjny jest podstawowym, wewnętrznym aktem prawnym ustalającym wewnętrzną strukturę Szpitala, określającym organizację wewnętrzną, zadania i zakres działalności poszczególnych komórek organizacyjnych i samodzielnych stanowisk pracy w Szpitalu, w tym warunki współdziałania pomiędzy tymi komórkami, dla zapewnienia sprawnego funkcjonowania.
2. Regulamin Organizacyjny określa sprawy dotyczące sposobu i warunków udzielania świadczeń zdrowotnych przez Szpital Powiatowy w Chrzanowie, nieuregulowane w Ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej i Statucie Szpitala Powiatowego w Chrzanowie.
3. Regulamin organizacyjny ustala Dyrektor Szpitala Powiatowego w Chrzanowie, a opiniuje Rada Społeczna.

§ 4

Niniejszy Regulamin opracowano na podstawie:

1. Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. z 2025 poz. 450).
2. Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2024, poz. 146 z późn. zm.).
3. Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jednolity Dz.U. z 2024 r. poz. 581).
4. Ustawy z dnia 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym (t.j. Dz.U 2025 r. poz. 91).
5. Ustawy z dnia 19 sierpnia 1994r. o ochronie zdrowia psychicznego (t.j. Dz.U. z 2024r. poz. 917).
6. Statutu Szpitala Powiatowego w Chrzanowie.
7. innych przepisów prawa dotyczących funkcjonowania podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

§ 5

Ilekroć w niniejszym Regulaminie jest mowa o:

1. **Dyrektorze** – należy przez to rozumieć zatrudnionego przez podmiot tworzący Dyrektora Szpitala Powiatowego w Chrzanowie;
2. **Szpitalu** – należy przez to rozumieć Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej pod nazwą Szpital Powiatowy w Chrzanowie;
3. **Regulaminie** – należy przez to rozumieć niniejszy Regulamin Organizacyjny Szpitala Powiatowego w Chrzanowie;
4. **Statucie** – należy przez to rozumieć Statut Szpitala Powiatowego w Chrzanowie;
5. **Szpitalu Specjalistycznym** – należy przez to rozumieć wyodrębnioną jednostkę organizacyjną Szpitala wpisaną jako zakład leczniczy do rejestru podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą;
6. **Zespole Ośrodków Leczenia Ambulatoryjnego** – należy przez to rozumieć wyodrębnioną jednostkę organizacyjną Szpitala wpisaną jako zakład leczniczy do rejestru podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą;
7. **komórce organizacyjnej** – należy przez to rozumieć strukturę organizacyjną wyodrębnioną w schemacie organizacyjnym Szpitala;
8. **kierowniku komórki organizacyjnej** – należy przez to rozumieć kierownika struktury organizacyjnej wyodrębnionej w schemacie organizacyjnym Szpitala;
9. **medycznej komórce organizacyjnej** - należy przez to rozumieć komórkę organizacyjną udzielającą świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności: Oddział, Zakład, Pracownię oraz inną komórkę określoną Statutem;
10. **administracyjnej komórce organizacyjnej** – należy przez to rozumieć komórkę organizacyjną niemedyczną, w szczególności Dział, Sekcję;
11. **świadczeniach zdrowotnych** – należy przez to rozumieć działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych, regulujących zasady ich wykonywania;
12. **świadczeniach szpitalnych** – należy przez to rozumieć wykonywane całą dobę kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych; świadczeniami szpitalnymi są także świadczenia udzielane z zamiarem zakończenia ich udzielania w okresie nieprzekraczającym 24 godzin;

13. **ambulatoryjnej opiece specjalistycznej** – należy przez to rozumieć udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej pacjentom nie wymagającym hospitalizacji (leczenia szpitalnego);
14. **dokumentacji medycznej** - należy przez to rozumieć określone w ustawie oraz przepisach odrębnych dane i informacje medyczne odnoszące się do stanu zdrowia pacjenta lub udzielonych mu świadczeń opieki zdrowotnej;
15. **pacjencie Szpitala** – należy przez to rozumieć każdą osobę, zwracającą się o udzielenie świadczeń zdrowotnych lub korzystającą ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez Szpital;
16. **osobie wykonującej zawód medyczny** – należy przez to rozumieć osobę uprawnioną na podstawie odrębnych przepisów do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz osobę legitymującą się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny;
17. **polityce Zintegrowanego Systemu Zarządzania** – należy przez to rozumieć działania uwzględniające misję i cele strategiczne Szpitala, ukierunkowane na bezpieczeństwa informacji, podnoszenie jakości usług realizowanych przez Szpital, zapewnienie, zmniejszenie oddziaływania na środowisko oraz poprawę warunków pracy personelu.

ROZDZIAŁ II - CELE I ZADANIA PODMIOTU, RODZAJE I ZAKRESY DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ

§ 6

Podstawowym celem Szpitala jest udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych połączonych z edukacją zdrowotną oraz działaniami w zakresie promocji zdrowia.

§ 7

1. Do zadań Szpitala należy udzielanie świadczeń zdrowotnych służących zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania, a w szczególności:
   1) udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu leczenia szpitalnego,
   2) udzielanie stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych w zakresie rehabilitacji leczniczej oraz opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień,
   3) udzielanie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, rehabilitacji leczniczej, opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, badań diagnostycznych,
   4) prowadzenie działalności w zakresie ratownictwa medycznego,
   5) realizacja programów zdrowotnych i promocja zdrowia.
2. Szpital może realizować zadania podstawowej jednostki służby medycyny pracy.
3. Szpital może realizować zadania dydaktyczne i badawcze w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia.
4. Szpital może uczestniczyć w przygotowaniu osób do wykonywania zawodu medycznego i kształceniu osób wykonujących zawód medyczny na zasadach określonych w odrębnych przepisach regulujących kształcenie tych osób.
5. Szpital może brać udział w badaniach klinicznych na podstawie umów zawartych zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa.
6. Szpital może prowadzić inną działalność niż działalność lecznicza, między innymi taką jak:
   1) dzierżawa i wynajem aktywów trwałych,
   2) usługi hotelarskie,
   3) usługi szkoleniowe,
   4) usługi parkingowe,
   5) usługi sterylizacji wyrobów medycznych,
   6) przechowywanie zwłok, wykonywanie sekcji zwłok.
7. Szpital wykonuje zadania obronne na zasadach i w sposób określony w odrębnych przepisach.
8. Szpital prowadzi działalność leczniczą polegającą na udzielaniu świadczeń zdrowotnych odpłatnych zgodnie z obowiązującymi przepisami w tym zakresie.

§ 7a

1. Szpital może udzielać zamówienia na świadczenia opieki zdrowotnej w celu wykonywania zadań Szpitala określonych w Statucie innemu publicznemu lub niepublicznemu zakładowi opieki zdrowotnej, osobie wykonującej zawód medyczny w ramach prowadzonej działalności gospodarczej, na zasadach określonych w Ustawie o działalności leczniczej.
2. Szczegółowe zasady zamówienia na świadczenia opieki zdrowotnej określają przepisy odrębne oraz umowa zawarta pomiędzy Szpitalem oraz przyjmującym zamówienie.

§ 8

1. Szpital prowadzi działalność leczniczą w rodzaju:
   1) stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne szpitalne,
   2) ambulatoryjne świadczenia zdrowotne,
   3) ratownictwo medyczne.
2. Zakres świadczeń zdrowotnych udzielanych przez Szpital przedstawia się następująco:
   1) stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne szpitalne - obejmują swoim zakresem udzielanie hospitalizacji w trybie nagłym i planowym w oddziałach szpitalnych.
   2) ambulatoryjne świadczenia zdrowotne - obejmują swoim zakresem świadczenia: podstawowej opieki zdrowotnej, nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (w tym w ramach pakietu onkologicznego), rehabilitacji leczniczej, opieki psychiatrycznej oraz badania diagnostyczne wykonywane w celu rozpoznania stanu zdrowia i ustalenia dalszego postępowania leczniczego,
   3) ratownictwo medyczne - obejmuje swoim zakresem udzielanie świadczeń zdrowotnych w razie wypadku, urazu, nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia z zagrożeniem życia w ramach systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego.

ROZDZIAŁ III - SPOSÓB KIEROWANIA JEDNOSTKAMI ORAZ KOMÓRKAMI ORGANIZACYJNYMI SZPITALA

§ 9

1. Szpitalem kieruje i reprezentuje go na zewnątrz Dyrektor, powołany przez Zarząd Powiatu Chrzanowskiego.
2. Do podstawowych zadań i obowiązków **Dyrektora** należy:
   1) wytyczanie kierunków i realizacja strategii rozwoju Szpitala,
   2) ustalanie planów finansowych i inwestycyjnych,
   3) operacyjne zarządzanie Szpitalem, w tym zwłaszcza w zakresie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej (działalność medyczna – podstawowa) oraz działalności gospodarczej (pomocniczej), zarządzania finansami, zarządzania personelem oraz zarządzania infrastrukturą,
   4) sprawowanie zarządu majątkiem Szpitala,
   5) prowadzenie racjonalnej gospodarki finansowej, w tym zapewnienie bilansowania wydatków związanych z prowadzeniem Szpitala, z przychodami wynikającymi z zawartych umów,
   6) realizacja rocznych planów finansowych i inwestycyjnych,
   7) składanie corocznych sprawozdań z realizacji planu finansowego i inwestycyjnego oraz jego strategii rozwoju,
   8) nadzór nad wykonywaniem zadań związanych z kontrolą wewnętrzną w Szpitalu,
   9) organizowanie optymalnych warunków dla realizacji przez Szpital jego zadań w zakresie wykonywania świadczeń zdrowotnych,
   10) wykonywanie uprawnień zwierzchnika służbowego wobec pracowników Szpitala,
   11) prowadzenie racjonalnej polityki personalnej, stosownie do realizowanej strategii rozwoju Szpitala,
   12) powierzanie przygotowania i przeprowadzania postępowania o udzielenie zamówienia publicznego wskazanym pracownikom,
   13) realizacja polityki Zintegrowanego Systemu Zarządzania poprzez koordynowanie i podejmowanie działań mających na celu podnoszenie jakości usług świadczonych przez Szpital Powiatowy w Chrzanowie, zapewnienie bezpieczeństwa informacji, zmniejszenie oddziaływania na środowisko oraz poprawę warunków pracy personelu,
   14) dbanie o dobre imię i interesy Szpitala,
   15) reprezentowanie Szpitala na zewnątrz,
   16) wykonywanie Uchwał i zadań zleconych przez organ założycielski lub określonych w przepisach szczególnych.

§ 10

1. Dyrektor samodzielnie podejmuje decyzje dotyczące Szpitala i ponosi za nie odpowiedzialność.
2. Dyrektor zarządza Szpitalem bezpośrednio oraz za pośrednictwem swych Zastępców i innych Kierowników.
3. Dyrektor jest przełożonym wszystkich pracowników Szpitala.
4. Dyrektor dokonuje podziału czynności służbowych swoim bezpośrednim podwładnym oraz określa ich zakres obowiązków, odpowiedzialności i uprawnień.

§ 11

1. W Szpitalu Powiatowym w Chrzanowie tworzy się następujące rodzaje stanowisk kierowniczych:
   1) Dyrektor,
   2) Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa,
   3) Naczelna Pielęgniarka lub Przełożona Pielęgniarek,
   4) Z-ca Dyrektora ds. Logistyki i Infrastruktury,
   5) Główny Księgowy,
   6) Ordynator / Koordynator / Kierownik jako kierujący oddziałem szpitalnym,
   7) Pielęgniarka (Położna) Koordynująca,
   8) Kierownik / Koordynator Zakładu i innej komórki organizacyjnej medycznej,
   9) Kierownik / Koordynator komórki organizacyjnej niemedycznej,
   10) Kierownik / Koordynator zespołu pracowników,
   11) Kierownik / Koordynator określonego zakresu zadań.
2. W Szpitalu mogą być utworzone następujące rodzaje stanowisk kierowniczych:
   1) Z-ca Ordynatora,
   2) Z-ca Pielęgniarki Koordynującej,
   3) Z-ca Głównego Księgowego,
   4) Z-ca Kierownika komórki organizacyjnej.

§ 12

W przypadku nieobecności osoby kierującej komórką organizacyjną lub grupą personelu oraz jej zastępcy, zadania kierownicze mogą zostać powierzone innej, wyznaczonej osobie.

§ 13

Dyrektor zwołuje narady tematyczne z udziałem Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa, Naczelnej Pielęgniarki lub Przełożonej Pielęgniarek, Z-cy Dyrektora ds. Logistyki i Infrastruktury, Głównego Księgowego, Radcy Prawnego, Ordynatorów i innych zaproszonych osób.

§ 14

W przypadku nieobecności Dyrektora jego zadania w zastępstwie pełni upoważniony Z-ca Dyrektora.

§ 15

Dyrektor Szpitala może - w drodze Zarządzenia - upoważnić osoby, o których mowa w §11 Regulaminu do wykonywania niektórych uprawnień zwierzchnika służbowego względem pracowników oraz Kierowników komórek organizacyjnych Szpitala.

§ 16

1. W celu realizacji zadań Dyrektor wydaje zarządzenia, polecenia służbowe, instrukcje, komunikaty oraz ustala regulaminy.
2. Dyrektor może, w drodze zarządzenia lub polecenia służbowego powoływać zespoły

zadaniowe, komisje i komitety do realizacji określonych celów.
3. Dyrektor może, w drodze zarządzenia, tworzyć samodzielne stanowiska pracy do realizacji określonych celów.
4. Dyrektor może, w drodze zarządzenia, powoływać pełnomocników do realizacji określonych celów.

§ 17

Dyrektor lub upoważniona przez niego osoba przyjmuje skargi i wnioski pracowników, pacjentów oraz innych osób i załatwia je według posiadanych kompetencji i stosownie do obowiązujących przepisów.

§ 18

1. **Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa** planuje, organizuje i nadzoruje oraz ponosi odpowiedzialność za pracę personelu lekarskiego, personelu Apteki Szpitalnej, Pogotowia Ratunkowego, Zakładu Diagnostyki Obrazowej, Zakładu Rehabilitacji, Zakładu Patomorfologii, Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej, z wyłączeniem personelu pielęgniarskiego i położnych oraz Pracownika ds. Socjalnych.
2. **Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa** podlega służbowo Dyrektorowi Szpitala.

§ 19

1. **Naczelna Pielęgniarka lub Przełożona Pielęgniarek** planuje, organizuje i nadzoruje oraz ponosi odpowiedzialność za działalność Pionu Pielęgniarstwa (pielęgniarek i położnych), opiekunów medycznych, personelu pomocniczego (salowych, osób sprzątających), Centralnej Sterylizatorni, Działu Epidemiologii i Higieny Szpitalnej, Sekcji Koordynacji Opieki Pielęgniarskiej.
2. Naczelna Pielęgniarka lub Przełożona Pielęgniarek wykonuje swoje obowiązki przy pomocy Pielęgniarek (Położnych), Pielęgniarek Koordynujących oraz Kierowników komórek organizacyjnych, Kierowników / Koordynatorów zespołów pracowników, Kierowników / Koordynatorów określonego zakresu zadań.
3. Naczelna Pielęgniarka lub Przełożona Pielęgniarek podlega służbowo Dyrektorowi Szpitala.

§ 20

1. **Z-ca Dyrektora ds. Logistyki i Infrastruktury** planuje, organizuje i nadzoruje oraz ponosi odpowiedzialność za działalność Pionu Logistyki i Infrastruktury i podległych komórek organizacyjnych.
2. Z-ca Dyrektora ds. Logistyki i Infrastruktury wykonuje swoje obowiązki przy pomocy kierowników działów, sekcji oraz osób zatrudnionych na samodzielnych stanowiskach pracy.
3. Z-ca Dyrektora ds. Logistyki i Infrastruktury podlega służbowo Dyrektorowi Szpitala.

§ 21

1. Główny Księgowy planuje, organizuje i nadzoruje oraz ponosi odpowiedzialność za działalność Pionu Ekonomiczno-Finansowego.
2. Główny Księgowy wykonuje swoje obowiązki przy pomocy kierowników działów i sekcji.
3. Główny Księgowy podlega służbowo Dyrektorowi Szpitala.

§ 22

1. **Ordynatorzy / Koordynatorzy / Kierownicy Oddziałów** planują, organizują i nadzorują

oraz ponoszą odpowiedzialność za działalność podległych im oddziałów szpitalnych oraz

odpowiednich poradni.

2. Ordynatorzy / Koordynatorzy / Kierownicy Oddziałów wykonują swoje obowiązki przy pomocy lekarzy, Pielęgniarek (Położnych), Pielęgniarek Koordynujących i pozostałego personelu oddziału.
3. Ordynatorzy / Koordynatorzy / Kierownicy Oddziałów podlegają służbowo Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa.

§ 23

1. **Kierownicy / Koordynatorzy zespołów pracowniczych** planują, organizują i nadzorują oraz ponoszą odpowiedzialność za działalność podległego im zespołu pracowniczego.
2. **Kierownicy / Koordynatorzy określonego zakresu zadań** planują, organizują i nadzorują oraz ponoszą odpowiedzialność za funkcjonowanie powierzonego im zakresu zadań.

§ 24

1. **Kierownicy / Koordynatorzy Zakładów i innych komórek organizacyjnych medycznych** planują, organizują i nadzorują oraz ponoszą odpowiedzialność za działalność podległych im komórek organizacyjnych.
2. Kierownicy / Koordynatorzy Zakładów i innych komórek organizacyjnych medycznych z wyłączeniem Kierownika Centralnej Sterylizatorni podlegają służbowo:
   - Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa.

§ 25

1. **Kierownicy / Koordynatorzy komórek organizacyjnych niemedycznych** planują, organizują i nadzorują oraz ponoszą odpowiedzialność za działalność podległych im komórek organizacyjnych.
2. Kierownicy komórek organizacyjnych niemedycznych podlegają służbowo Dyrektorowi Szpitala lub jego Zastępcom.

§ 26

Samodzielne stanowiska pracy to stanowiska na których pracownicy wykonują swoje obowiązki samodzielnie, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa w danym zakresie, ponoszą odpowiedzialność z tytułu wykonywanych obowiązków i podlegają Dyrektorowi Szpitala oraz jego Zastępcom.

§ 27

1. Sposób kierowania i podległość służbową stanowisk kierowniczych i pozostałego personelu przedstawia **Załącznik nr 1** do niniejszego Regulaminu.
2. Sposób kierowania jednostkami i komórkami organizacyjnymi przedstawia **Załącznik nr 2** do niniejszego Regulaminu.

Odpowiedzialność i zadania kadry kierowniczej

§ 28

1. **Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa** podlega pod względem służbowym Dyrektorowi Szpitala.
2. Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa planuje, organizuje i nadzoruje oraz ponosi odpowiedzialność za pracę personelu lekarskiego oraz personelu Apteki Szpitalnej, Pogotowia Ratunkowego, Zakładu Diagnostyki Obrazowej, Zakładu Rehabilitacji, Zakładu Patomorfologii, Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej z wyłączeniem personelu pielęgniarskiego i położnych.
3. Do zadań Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa należy w szczególności:
   1) nadzór i koordynowanie działalności Szpitala w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia oraz usług medycznych udzielanych na podstawie umów cywilnoprawnych,
   2) kontrola realizacji przez medyczne komórki organizacyjne umów, o których mowa w pkt. 1),
   3) bieżąca kontrola prawidłowości wyboru grup wg JGP przez lekarzy Szpitala,
   4) bieżące analizowanie wielkości i struktury hospitalizacji oraz monitorowanie procesu diagnostyczno – terapeutycznego w przypadkach medycznie trudnych i kosztochłonnych,
   5) bieżąca kontrola prawidłowości prowadzenia dokumentacji medycznej,
   6) przygotowywanie propozycji rozwiązań poprawiających jakość i efektywność działalności medycznej szpitala,
   7) nadzór i koordynowanie przygotowań oferty medycznej Szpitala w konkursach i zamówieniach, ze szczególnym uwzględnieniem konkursów przeprowadzanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia i Ministerstwo Zdrowia,
   8) nadzór nad pracami medycznych zespołów doradczych,
   9) realizacja polityki Zintegrowanego Systemu Zarządzania poprzez koordynowanie i podejmowanie działań mających na celu podnoszenia jakości usług świadczonych przez Szpital, zapewnienie bezpieczeństwa informacji, zmniejszenie oddziaływania na środowisko oraz poprawę warunków pracy personelu ze szczególnym uwzględnieniem realizacji standardów akredytacyjnych,
   10) planowanie i optymalizacja zatrudnienia oraz udział w procesie rekrutacji personelu w powierzonym obszarze zadań,
   11) nadzór i koordynacja gospodarką wyrobami medycznymi (w zakresie procesu leczenia),
   12) przygotowanie wniosków w zakresie zadań inwestycyjnych dotyczących działalności medycznej Szpitala, współudział w opracowywaniu stosownych analiz i biznesplanów,
   13) rozpatrywanie spraw spornych z obszaru działalności medycznej Szpitala ze szczególnym uwzględnieniem wskazań i miejsca hospitalizacji oraz działalności zabiegowej,
   14) rozpatrywanie skarg na działalność podległego personelu medycznego i przedstawianie wniosków Dyrektorowi,
   15) nadzór nad realizacją zaleceń pokontrolnych formułowanych przez organy kontroli zewnętrznej oraz zaleceń wewnętrznych dotyczących procesu udzielania świadczeń zdrowotnych,
   16) niezwłoczne raportowanie do Dyrektora o sytuacjach nadzwyczajnych,
   17) okresowe (nie rzadziej niż raz w miesiącu) raportowanie Dyrektorowi stanu i sposobu realizacji w/w zadań,
   18) wykonywanie innych zadań zleconych przez Dyrektora.

§ 29

1. **Naczelna Pielęgniarka lub Przełożona Pielęgniarek** podlega pod względem służbowym Dyrektorowi Szpitala.
2. **Naczelna Pielęgniarka lub Przełożona Pielęgniarek** pełni nadzór merytoryczny nad:
   1) pionem pielęgniarstwa (pielęgniarki i położne),
   2) pomocniczym personelem medycznym (opiekunowie medyczni),
   3) personelem pomocniczym (salowe, personel sprzątający),
3. Do zadań **Naczelnej Pielęgniarki** należy w szczególności:
   1) zapewnienie sprawności w procesie organizowania i funkcjonowania opieki pielęgniarskiej i położniczej w Szpitalu,
   2) nadzór merytoryczny nad przygotowaniem postępowania o udzielenie zamówienia publicznego w Szpitalu, w powierzonym zakresie zadań,
   3) koordynowanie, nadzór i kontrola wykonywania zadań przez Pielęgniarki (Położne) Koordynujące, kierowników podległych komórek organizacyjnych, koordynatorów zespołów pracowniczych,
   4) koordynowanie zadań związanych z promocją zdrowia oraz programami profilaktycznymi realizowanymi w Szpitalu,
   5) rozpatrywanie skarg na działalność podległego personelu medycznego i współpraca w tym zakresie z Pełnomocnikiem ds. Praw Pacjenta,
   6) nadzór nad realizacją zdań zleconych firmom zewnętrznym (w zakresie powierzonych zadań),
   7) nadzór nad zwalczaniem zakażeń wewnątrzszpitalnych,
   8) nadzór i koordynacja gospodarką wyrobami medycznymi (w zakresie procesu pielęgnowania),
   9) koordynacja prac związanych z zaopatrzeniem pracowników w odzież ochronną, roboczą i sprzęt ochrony osobistej,
   10) planowanie poziomu zatrudnienia oraz udział w procesie rekrutacji personelu w powierzonym obszarze zadań,
   11) planowanie podnoszenia kwalifikacji podległego personelu,
   12) nadzór nad racjonalnym planowaniem obsady personelu,
   13) monitorowanie terminowości realizacji planów i sprawozdań,
   14) realizacja polityki Zintegrowanego Systemu Zarządzania poprzez koordynowanie i podejmowanie działań mających na celu podnoszenie jakości usług świadczonych przez Szpital, zapewnienie bezpieczeństwa informacji, zmniejszenie oddziaływania na środowisko oraz poprawę warunków pracy personelu,
   15) nadzór nad realizacją zaleceń pokontrolnych, formułowanych przez organy kontroli zewnętrznej oraz zaleceń wewnętrznych w zakresie powierzonych zadań,
   16) niezwłoczne raportowanie do Dyrektora o sytuacjach nadzwyczajnych,
   17) opracowywanie i wdrażanie standardów pielęgnowania,
   18) systematyczna analiza stanu zatrudnienia pielęgniarek i położnych,
   19) poszukiwanie i proponowanie nowych rozwiązań na rzecz poprawy jakości usług medycznych,
   20) nadzorowanie przebiegu adaptacji zawodowej nowych pracowników.
   21) wykonywanie innych zadań zleconych przez Dyrektora Szpitala.

4. Do zadań **Przełożonej Pielęgniarek** należy w szczególności:
   1) zapewnienie sprawności w procesie organizowania i funkcjonowania opieki pielęgniarskiej i położniczej w Szpitalu,
   2) nadzór merytoryczny nad przygotowaniem postępowania o udzielenie zamówienia publicznego w Szpitalu, w powierzonym zakresie zadań,

3) koordynowanie, nadzór i kontrola wykonywania zadań przez Pielęgniarki (Położne) Koordynujące, kierowników podległych komórek organizacyjnych, koordynatorów zespołów pracowniczych,
4) koordynowanie zadań związanych z promocją zdrowia oraz programami profilaktycznymi realizowanymi w Szpitalu,
5) rozpatrywanie skarg na działalność podległego personelu medycznego i współpraca w tym zakresie z Pełnomocnikiem ds. Praw Pacjenta,
6) nadzór nad realizacją zdań zleconych firmom zewnętrznym (w zakresie powierzonych zadań),
7) nadzór nad zwalczaniem zakażeń wewnątrzszpitalnych,
8) nadzór i koordynacja gospodarką wyrobami medycznymi (w zakresie procesu pielęgnowania),
9) koordynacja prac związanych z zaopatrzeniem pracowników w odzież ochronną, roboczą i sprzęt ochrony osobistej,
10) planowanie poziomu zatrudnienia oraz udział w procesie rekrutacji personelu w powierzonym obszarze zadań,
11) planowanie podnoszenia kwalifikacji podległego personelu,
12) nadzór nad racjonalnym planowaniem obsady personelu,
13) monitorowanie terminowości realizacji planów i sprawozdań,
14) realizacja polityki Zintegrowanego Systemu Zarządzania poprzez koordynowanie i podejmowanie działań mających na celu podnoszenie jakości usług świadczonych przez Szpital, zapewnienie bezpieczeństwa informacji, zmniejszenie oddziaływania na środowisko oraz poprawę warunków pracy personelu,
15) nadzór nad realizacją zaleceń pokontrolnych, formułowanych przez organy kontroli zewnętrznej oraz zaleceń wewnętrznych w zakresie powierzonych zadań,
16) niezwłoczne raportowanie do Dyrektora o sytuacjach nadzwyczajnych,
17) wykonywanie innych zadań zleconych przez Dyrektora Szpitala.

5. **Naczelna Pielęgniarka lub Przełożona Pielęgniarek** realizuje zadania we współpracy z:
   1) Pielęgniarkami (Położnymi) Koordynującymi,
   2) Kierownikami / Koordynatorami komórek, działów i sekcji,
   3) Pełnomocnikiem ds. Zintegrowanego Systemu Zarządzania,
   4) Pełnomocnika ds. Akredytacji.
6. **Naczelna Pielęgniarka lub Przełożona Pielęgniarek** realizuje swoje zadania poprzez:
   1) okresowe szkolenia,
   2) okresowe narady,
   3) okresowe kontrole,
   4) inne formy.

§ 30

1. Z-ca Dyrektora ds. Logistyki i Infrastruktury podlega pod względem służbowym Dyrektorowi Szpitala.
2. Z Z-ca Dyrektora ds. Logistyki i Infrastruktury pełni nadzór merytoryczny nad Pionem Logistyki i Infrastruktury, w skład którego wchodzi: Dział Zamówień Publicznych, Dział Zaopatrzenia i Gospodarki Magazynowej, Dział Infrastruktury Technicznej, Dział Informatyki i Bezpieczeństwa Informacji.
3. Do zadań Z-cy Dyrektora ds. Logistyki i Infrastruktury należy w szczególności:
   1) profesjonalny nadzór nad realizacją całokształtu zadań z zakresu zamówień publicznych, w tym zadań polegających na wyborze wykonawców dostaw, usług i robót budowlanych zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa oraz przy zastosowaniu

różnych trybów realizacji zamówień publicznych (w tym aukcji elektronicznych oraz w ramach organizowanych grup zakupowych),
2) całościowy nadzór nad całokształtem zadań związanych z zaopatrzeniem Szpitala (w sprzęt, wyposażenie, druki, środki czystości, bieliznę i odzież ochronną, obuwie i inne towary niezbędne do funkcjonowania Szpitala),
3) specjalistyczny, całościowy nadzór nad realizacją prowadzonych w Szpitalu projektów (z udziałem dofinansowań z UE oraz innych dofinansowań zewnętrznych),
4) nadzór nad utrzymywaniem infrastruktury Szpitala w stanie ciągłej i należytej sprawności, ze szczególnym uwzględnieniem bezpieczeństwa pacjentów i personelu,
5) koordynowanie działań mających na celu unowocześnianie stosowanych technologii medycznych,
6) koordynowanie prac nad planem inwestycyjnym Szpitala oraz nadzór nad jego realizacją,
7) koordynowanie prac nad planem remontowym Szpitala oraz nadzór nad jego realizacją,
8) planowanie i nadzór nad zakupami sprzętu i aparatury medycznej oraz wyposażenia Szpitala,
9) przygotowywanie propozycji optymalizacji wykorzystania zasobów infrastrukturalnych Szpitala,
10) nadzór nad efektywnym wykorzystaniem aparatury i sprzętu medycznego w Szpitalu,
11) przygotowanie strategii rozwoju infrastruktury Szpitala,
12) planowanie zatrudnienia oraz udział w procesie rekrutacji personelu w powierzonym obszarze,
13) realizacja polityki Zintegrowanego Systemu Zarządzania poprzez koordynowanie i podejmowanie działań mających na celu podnoszenie jakości usług świadczonych przez Szpital, zapewnienie bezpieczeństwa informacji, zmniejszenie oddziaływania na środowisko oraz poprawę warunków pracy personelu,
14) nadzór nad realizacją zaleceń pokontrolnych, formułowanych przez organy kontroli zewnętrznej oraz zaleceń wewnętrznych w zakresie zarządzania infrastrukturą i zasobami technicznymi Szpitala,
15) nadzór merytoryczny nad przygotowaniem i przeprowadzaniem postępowania o udzielenie zamówienia publicznego w Szpitalu, w powierzonym zakresie,
16) całościowy nadzór nad całokształtem zadań związanych z zasobami informatycznymi Szpitala,
17) realizacja i wdrażanie uchwał, zarządzeń, poleceń służbowych i komunikatów Dyrektora,
18) niezwłoczne raportowanie do Dyrektora o sytuacjach nadzwyczajnych,
19) wykonywanie innych zadań zleconych przez Dyrektora Szpitala.

§ 31

1. Główny Księgowy podlega służbowo Dyrektorowi Szpitala.
2. Główny Księgowy planuje, organizuje i nadzoruje oraz ponosi odpowiedzialność za działalność Pionu Ekonomiczno-Finansowego.

3. Do zadań Głównego Księgowego należy w szczególności:
   1) zarządzanie finansami Szpitala w sposób optymalizujący płynność finansową, rentowność oraz wartość aktywów netto,
   2) koordynowanie prac nad planem finansowym Szpitala oraz nadzór nad jego realizacją,
   3) nadzór nad prowadzeniem rachunkowości Szpitala zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa,

4) nadzór nad wykonywaniem dyspozycji środkami pieniężnymi,
5) współpraca w zakresie tworzenia planu inwestycyjnego i remontowego,
6) zabezpieczenie środków na realizację planu inwestycyjnego i remontowego,
7) przygotowanie analiz i prognoz dotyczących sytuacji finansowej Szpitala,
8) nadzór nad finansami i gospodarką materiałową Szpitala, ze szczególnym uwzględnieniem rachunku kosztów,
9) dokonywanie kontroli kompletności i rzetelności dokumentów dotyczących operacji finansowych i gospodarczych,
10) nadzór nad sporządzaniem corocznych sprawozdań finansowych oraz innej, obowiązującej sprawozdawczości finansowej,
11) wdrożenie i nadzór nad tzw. systemem controllingu w Szpitalu,
12) planowanie zatrudnienia oraz udział w procesie rekrutacji personelu w powierzonym obszarze zadań,
13) opiniowanie każdego wniosku związanego z wykonywaniem uprawnień zwierzchnika służbowego, powodującego zobowiązanie finansowe Szpitala,
14) nadzór nad realizacją zaleceń pokontrolnych formułowanych przez organy kontroli zewnętrznej oraz zaleceń wewnętrznych związanych z zarządzaniem finansami Szpitala,
15) nadzór nad wykonywaniem zadań związanych z kontrolą finansową w Szpitalu,
16) nadzór nad pozyskiwaniem informacji o dostępności, celach i zakresie możliwego do uzyskania przez Szpital dofinansowania projektów ze środków Unii Europejskiej i innych źródeł zewnętrznych,
17) informowanie Dyrekcji Szpitala o możliwych źródłach uzyskania dofinansowania oraz przygotowanie wstępnych propozycji przedmiotu i zakresu projektów oraz jednostek organizacyjnych Szpitala, których działalności mogłyby one dotyczyć;
18) konsultowanie i uzgadnianie z kierownikami jednostek organizacyjnych Szpitala propozycji przedmiotu i zakresu projektów dla których przygotowywane byłyby wnioski o dofinansowanie,
19) realizacja i wdrażanie uchwał, zarządzeń, poleceń służbowych i komunikatów Dyrektora, dotyczących finansów Szpitala,
20) niezwłoczne raportowanie do Dyrektora o sytuacjach nadzwyczajnych,
21) wykonywanie innych zadań zleconych przez Dyrektora Szpitala.

§ 32

Do zadań Ordynatora / Koordynatora / Kierownika Oddziału należy zarządzanie Oddziałem w ramach realizacji świadczeń zdrowotnych, związanych z ratowaniem życia oraz przywracaniem zdrowia pacjentom Oddziału, zgodnie z obowiązującą wiedzą medyczną oraz obowiązującymi standardami i procedurami, przy uwzględnieniu planu finansowego Oddziału, poprzez:

1) nadzór i koordynowanie działalności Szpitala w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia oraz usług medycznych udzielanych na podstawie umów cywilnoprawnych,
2) kierowanie wydzieloną strukturą organizacyjną oraz powierzonym obszarem zadań, zgodnie z zasadą jednoosobowego kierownictwa i odpowiedzialności za wyniki pracy,
3) stałe monitorowanie jakości i efektywności pracy podległego personelu oraz optymalizowanie działalności kierowanej komórki organizacyjnej,
4) nadzór nad stosowaniem zasad etyki lekarskiej, przestrzeganiem tajemnicy lekarskiej oraz poszanowaniem praw pacjenta przez personel zatrudniony w Oddziale,
5) rozpatrywanie skarg i zażaleń pacjentów Oddziału,

6) racjonalne wykorzystanie łóżek w Oddziale,
7) nadzór nad rzetelnym i prawidłowym prowadzeniem dokumentacji medycznej Oddziału oraz terminowym i należytym przygotowaniem i przedkładaniem sprawozdań,
8) prowadzenie efektywnej gospodarki lekami, produktami medycznymi, artykułami sanitarnymi i środkami dezynfekcyjnymi w Oddziale,
9) nadzór nad realizacją budżetu oddziału i przyporządkowanych poradni,
10) przedkładanie prawidłowych rozliczeń świadczeń zdrowotnych udzielanych w Oddziale,
11) dbałość o dyscyplinę pracy podległego personelu,
12) zapewnienie podnoszenia kwalifikacji personelu zatrudnionego w Oddziale, w tym prowadzenie merytorycznych szkoleń,
13) stała współpraca z zespołami doradczymi, działającymi w Szpitalu,
14) uczestnictwo w planowaniu budżetu oddziału i przyporządkowanych poradni,
15) wnioskowanie do planu inwestycyjnego zakupu nowego sprzętu i aparatury medycznej,
16) realizacja w stosownym zakresie planu finansowego i inwestycyjnego Szpitala,
17) wnioskowanie w sprawie zakupu nowego sprzętu i aparatury medycznej,
18) wnioskowanie do Dyrektora w sprawach wynagradzania i karania pracowników kierowanej komórki organizacyjnej,
19) realizacja polityki Zintegrowanego Systemu Zarządzania poprzez koordynowanie i podejmowanie działań mających na celu podnoszenie jakości usług świadczonych przez Szpital, zapewnienie bezpieczeństwa informacji, zmniejszenie oddziaływania na środowisko oraz poprawę warunków pracy personelu,
20) realizacja zaleceń pokontrolnych, formułowanych przez organy kontroli zewnętrznej oraz zaleceń wewnętrznych,
21) nadzorowanie przestrzegania zasad i przepisów BHP przez pracowników – stosowanie się do instrukcji, właściwego wykorzystania środków ochrony osobistej i odzieży roboczej, poddania się wymaganym badaniom lekarskim, uczestnictwa w szkoleniach w zakresie BHP,
22) niezwłoczne raportowanie do właściwego Dyrektora o sytuacjach nadzwyczajnych,
23) wdrażanie zarządzeń i poleceń służbowych Dyrektora,
24) wykonywanie innych zleconych przez zwierzchników zadań.

Ordynator / Koordynator / Kierownik Oddziału ponadto organizuje i planuje pracę lekarzy zatrudnionych w danym oddziale w zakresie udzielania przez nich świadczeń zdrowotnych w poradni – odpowiednio do profilu oddziału.

§ 33

1. **Kierownicy / Koordynatorzy Zakładów i innych komórek organizacyjnych medycznych** są odpowiedzialni za planowanie organizowanie, nadzorowanie oraz kontrolę działalności komórek organizacyjnych, którymi kierują.
2. Do obowiązków osób kierujących komórkami organizacyjnymi należy w szczególności:

1) nadzór i koordynowanie działalności Szpitala w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia oraz usług medycznych udzielanych na podstawie umów cywilnoprawnych,
2) kierowanie wydzieloną strukturą organizacyjną oraz powierzonym obszarem zadań, zgodnie z zasadą jednoosobowego kierownictwa i odpowiedzialności za wyniki pracy,
3) stałe monitorowanie jakości i efektywności pracy podległego personelu oraz optymalizowanie działalności kierowanej komórki organizacyjnej,
4) planowanie i koordynowanie pracy podległych pracowników oraz kontrola i nadzór nad ich działalnością,
5) realizacja w stosownym zakresie planu finansowego i inwestycyjnego Szpitala,

6) opiniowanie i planowanie zakupów inwestycyjnych,
7) nadzór nad rzetelnym i prawidłowym prowadzeniem dokumentacji medycznej komórki oraz terminowym i należytym przygotowaniem i przedkładaniem sprawozdań,
8) realizacja i wdrażanie uchwał, zarządzeń, poleceń służbowych i komunikatów Dyrektora, dotyczących finansów Szpitala,
9) wnioskowanie do Dyrektora Szpitala w sprawach nagradzania i karania pracowników kierowanej komórki organizacyjnej,
10) realizacja polityki Zintegrowanego Systemu Zarządzania poprzez koordynowanie i podejmowanie działań mających na celu podnoszenie jakości usług świadczonych przez Szpital, zapewnienie bezpieczeństwa informacji, zmniejszenie oddziaływania na środowisko oraz poprawę warunków pracy personelu,
11) realizacja zaleceń pokontrolnych formułowanych przez organy kontroli zewnętrznej oraz zaleceń wewnętrznych,
12) niezwłoczne raportowanie do Dyrektora o sytuacjach nadzwyczajnych,
13) wykonywanie innych zadań zleconych przez Dyrektora.

Kierownika komórki organizacyjnej zastępuje w razie jego nieobecności wyznaczony pracownik.

§ 34

1. **Kierownicy/Koordynatorzy komórek organizacyjnych niemedycznych** są odpowiedzialni za planowanie organizowanie, nadzorowanie oraz kontrolę działalności komórek organizacyjnych, którymi kierują.
2. Do obowiązków osób kierujących komórkami organizacyjnymi należy w szczególności:
   1) kierowanie wydzieloną strukturą organizacyjną oraz powierzonym obszarem zadań, zgodnie z zasadą jednoosobowego kierownictwa i odpowiedzialności za wyniki pracy,
   2) stałe monitorowanie jakości i efektywności pracy podległego personelu oraz optymalizowanie działalności kierowanej komórki organizacyjnej,
   3) planowanie i koordynowanie pracy podległych pracowników oraz kontrola i nadzór nad ich działalnością,
   4) realizacja w stosownym zakresie planu finansowego i inwestycyjnego Szpitala,
   5) opiniowanie i planowanie zakupów inwestycyjnych,
   6) realizacja i wdrażanie uchwał, zarządzeń, poleceń służbowych i komunikatów Dyrektora,
   7) wnioskowanie do Dyrektora Szpitala w sprawach nagradzania i karania pracowników kierowanej komórki organizacyjnej,
   8) realizacja polityki Zintegrowanego Systemu Zarządzania poprzez koordynowanie i podejmowanie działań mających na celu podnoszenie jakości usług świadczonych przez Szpital, zapewnienie bezpieczeństwa informacji, zmniejszenie oddziaływania na środowisko oraz poprawę warunków pracy personelu,
   9) realizacja zaleceń pokontrolnych formułowanych przez organy kontroli zewnętrznej oraz zaleceń wewnętrznych,
   10) niezwłoczne raportowanie do Dyrektora o sytuacjach nadzwyczajnych,
   11) wykonywanie innych zadań zleconych przez Dyrektora.

Kierownika komórki organizacyjnej zastępuje w razie jego nieobecności wyznaczony pracownik.

§ 35

1. **Pielęgniarka (Położna) Koordynująca** podlega służbowo i funkcjonalnie Naczelnej Pielęgniarce lub Przełożonej Pielęgniarek, a w zakresie wykonywanie czynności diagnostycznych Ordynatorowi oddziału.

2. Pielęgniarka (Położna) Koordynująca jest bezpośrednim zwierzchnikiem pielęgniarek, położnych, opiekunów medycznych i innych pracowników pomocniczych zatrudnionych w oddziale.
3. Do zadań Pielęgniarki (Położnej) Koordynującej należy:
   1) zapewnienie kompleksowych, całodobowych świadczeń pielęgniarskich/ położniczych nad pacjentem,
   2) stwarzanie warunków organizacyjnych – technicznych do wykonywania zadań w oddziale,
   3) systematyczne szacowanie rzeczywistego zapotrzebowania na opiekę w oddziale, organizowanie pracy pielęgniarek/położnych, poprzez planowanie i dobór prawidłowych metod postępowania pielęgnacyjnego stosownie do kwalifikacji personelu i stanu zdrowia pacjenta, ustalonego planu leczenia oraz wyposażenia oddziału,
   4) monitorowanie, analizowanie i ocena jakości pielęgnowania oraz dokumentowanie udzielonych świadczeń,
   5) uczestniczenie w tworzeniu programu opieki, poszukiwanie i proponowanie nowych rozwiązań na rzecz usprawnienia pracy oddziału oraz poprawy jakości świadczonych usług,
   6) stwarzanie warunków do prawidłowej adaptacji pacjentów w oddziale,
   7) zapewnienie prawidłowego i terminowego wykonania zabiegów leczniczo – rehabilitacyjnych, pielęgnacyjnych i higienicznych,
   8) organizowanie i wpływ na prawidłową realizację zadań z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia w stosunku do chorych i ich rodzin/opiekunów,
   9) analizowanie poziomu satysfakcji pacjentów i ich rodzin z jakości udzielanych świadczeń pielęgniarskich/położniczych,
   10) organizowanie właściwego przepływu informacji o pacjencie między wszystkimi członkami zespołu terapeutycznego,
   11) współpraca z dietetykiem w zakresie prawidłowego żywienia pacjenta,
   12) nadzór nad prowadzeniem dokumentacji pacjentów sporządzonej przez podległy personel,
   13) nadzorowanie gospodarki lekami, sprzętem jednorazowego użytku oraz dbanie o właściwe wykorzystywanie sprzętu i aparatury medycznej,
   14) współuczestniczenie w monitorowaniu i szczegółowej analizie kosztów funkcjonowania oddziału,
   15) współpraca z bezpośrednim przełożonym, kierownikiem zakładu, innymi komórkami zakładu, różnymi instytucjami, stowarzyszeniami itp. w realizacji przypisanych zadań,
   16) wykonywanie powierzonych zadań zgodnie z posiadanymi kompetencjami i standardami opieki ustalonymi w zakładzie oraz zasadami etyki zawodowej,
   17) systematyczne doskonalenie swoich kwalifikacji,
   18) ustalanie podziału obowiązków, odpowiedzialności i uprawnień zgodnie z kwalifikacjami i umiejętnościami podległego personelu,
   19) prowadzenie polityki kadrowej umożliwiającej właściwe gospodarowanie personelem (harmonogramy, urlopy, zastępstwa, itp.),
   20) udzielanie porad pielęgniarkom/położnym w sprawach pielęgnowania pacjentów i prowadzenie bieżącego instruktażu z zakresu doboru metod postępowania pielęgnacyjnego,
   21) prowadzenie bieżącej kontroli wykonywanych zadań oraz dokumentowania udzielonych świadczeń,
   22) przeprowadzanie okresowej oceny podległego personelu, uczestniczenie w naborze i ocenie personelu,
   23) przeprowadzanie okresowych kontroli na dyżurach popołudniowych, nocnych i w dni wolne od pracy w zakresie zadań wykonywanych przez jej podległy personel,

24) kierowanie zebraniami wewnątrzoddziałowymi, planowanie ich zgodnie z potrzebami oddziału,
25) prowadzenie stanowiskowych szkoleń z zakresu BHP,
26) planowanie, organizowanie i nadzór oraz ponoszenie odpowiedzialności za działalność podległego zespołu pracowniczego, ocena pracy podległego personelu oraz stwarzanie warunków dla jego rozwoju zawodowego,
27) nadzorowanie stanu sanitarno – higienicznego oddziału oraz przestrzeganie obowiązujących przepisów BHP i przeciwpożarowych,
28) wdrażanie zarządzeń i poleceń służbowych Dyrektora,
29) niezwłoczne raportowanie do Dyrektora o sytuacjach nadzwyczajnych,
30) wykonywanie innych zadań zleconych przez przełożonych.

a) W godzinach popołudniowych, nocnych oraz w dni wolne od pracy za prawidłową pracę pielęgniarek odpowiada wyznaczona w harmonogramie pracy pielęgniarka odpowiedzialna.
b) W czasie nieobecności Pielęgniarki (Położnej) Koordynującej za prawidłową pracę pielęgniarek danego oddziału odpowiada Z-ca pielęgniarki koordynującej lub wyznaczona przez pielęgniarkę koordynującą pielęgniarka odpowiedzialna, która przejmuje jej zakres zadań.
c) **Pielęgniarka odpowiedzialna na dyżurze** to osoba:
   1) koordynująca pracą na dyżurze,
   2) pełniąca nadzór nad pacjentami wzmożonej opieki medycznej,
   3) wyznaczona przez pielęgniarkę koordynującą poprzez symbol w grafiku (legenda w grafiku).

   Pielęgniarka odpowiedzialna na dyżurze planuje, organizuje, kontroluje pracę zespołu pielęgniarskiego, opiekunów medycznych i salowych po godzinie 14:35 do 7:00 rano dnia następnego (lub też w innych godzinach, zgodnie z bieżącym harmonogramem pracy danego pracownika) oraz w soboty, niedziele, święta i inne dni wolne od pracy, lub też w innych godzinach, zgodnie z bieżącymi potrzebami Szpitala.
   Pielęgniarka odpowiedzialna na dyżurze rozwiązuje wszystkie problemy powstałe w czasie pracy a dotyczące:
   1) organizacji pracy,
   2) przebiegu procesu pielęgnacyjnego,
   3) obsady kadrowej.

   Pielęgniarka odpowiedzialna na dyżurze w razie konieczności konsultuje lub uzgadnia decyzje przy pomocy:
   1) pielęgniarki koordynującej,
   2) pielęgniarki odpowiedzialnej z SOR-u (w sytuacji wystąpienia pilnej, uzasadnionej potrzeby wzmocnienia obsady na dyżurach),
   3) lekarza dyżurnego lub lekarza pełniącego funkcję starszego lekarza dyżurnego,

   Obowiązki pielęgniarki odpowiedzialnej na dyżurze:
   1) Zgodnie z obowiązującymi procedurami przyjąć dyżur:
      a) sprawdzić stan zaopatrzenia oddziału,
      b) zapoznać się ze stanem zdrowia pacjentów z podziałem na kategorie opieki,
      c) sprawdzić obsadę wg grafiku.
   2) Zaplanować i zorganizować pracę na dyżurze.
   3) Nadzorować przebieg dyżuru poprzez kontrolę:
      a) dyscypliny pracy,
      b) przebiegu procesu pielęgnowania wg obowiązujących standardów,
      c) monitoringu stanu zdrowia pacjentów w obowiązującej dokumentacji,
      d) przestrzeganie przepisów BHP,
      e) realizacji planowanych i doraźnych zleceń lekarskich.
   4) Przekazać dyżur następnej zmianie.

Ponadto pielęgniarka odpowiedzialna na dyżurze zobowiązana jest:

1) zgłaszać wszelkie awarie dyspozytorowi,
2) wykonywać prace administracyjne konieczne do płynnego funkcjonowania oddziału (np. zamawianie posiłków),
3) wszelkie uwagi dotyczące przebiegu dyżuru przekazywać pielęgniarce koordynującej (braki, awarie, brak dyscypliny pracy),
4) wykonywać inne zadania zgodnie ze specyfiką danego oddziału.

§ 36

Do obowiązków **osób zatrudnionych na samodzielnych stanowiskach pracy** należy:

1. Organizowanie pracy samodzielnie na swoim stanowisku pracy,
2. Wykonywanie swoich obowiązków zgodnie z obowiązującymi przepisami i zakresem czynności na danym stanowisku pracy.

Wykreślone § 37 i 38

§ 39

1. Do obowiązków **Pracowników Szpitala** należy w szczególności:
   1) kompletne, rzetelne i terminowe wywiązywanie się z przyjętych obowiązków, w sposób zgodny z obowiązującymi przepisami i zakresami czynności,
   2) znajomość i przestrzeganie obowiązujących przepisów prawa, zarządzeń, procedur, instrukcji i regulaminów dotyczących w szczególności powierzonego zakresu pracy,
   3) utrzymywanie kwalifikacji zawodowych na poziomie niezbędnym dla wykonywania zadań na danym stanowisku, przestrzeganie przepisów dyscypliny pracy, bezpieczeństwa i higieny pracy oraz przeciwpożarowych,
   4) wykorzystywanie zgodnie z przepisami i przeznaczeniem powierzonego majątku Szpitala, zabezpieczenie dostępnymi środkami przed zniszczeniem, kradzieżą lub nieuzasadnionym obniżeniem wartości,
   5) przestrzeganie tajemnicy służbowej i zawodowej.
2. Pracownik ponosi w szczególności odpowiedzialność za:
   1) jakość, terminowość i ilość wykonanych zadań stosownie do posiadanych uprawnień, środków i warunków ich realizacji,
   2) stan i sposób wykorzystania powierzonego majątku stosownie do postawionych do jego dyspozycji środków materialnych, finansowych i organizacyjnych,
   3) przestrzeganie obowiązujących przepisów prawa, norm etycznych oraz zasad i procedur obowiązujących w Szpitalu.

ROZDZIAŁ IV - STRUKTURA ORGANIZACYJNA, ORGANIZACJA I ZADANIA KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH

§ 40

1. W strukturze organizacyjnej Szpitala wyodrębnia się następujące typy komórek i jednostek organizacyjnych:
   1) Oddziały
   2) Zakłady i równorzędne komórki organizacyjne,
   3) Poradnie i ich Zespoły,
   4) Działy i równorzędne komórki organizacyjne,
   5) Sekcje i równorzędne komórki organizacyjne,
   6) Samodzielne stanowiska pracy.
2. Struktura organizacyjna Szpitala została określona w **Załączniku nr 3** do niniejszego Regulaminu.

§ 41

W strukturze organizacyjnej Szpitala wyodrębnia się następujące piony:
1) Pion medyczny,
2) Pion niemedyczny.

§ 42

Struktura organizacyjna pionu medycznego Szpitala została wykazana w załączniku nr 1 do Statutu Szpitala Powiatowego w Chrzanowie pn. Wykaz jednostek i komórek organizacyjnych, w których realizowane są zadania Szpitala”**.**

§ 43

W strukturze organizacyjnej pionu niemedycznego Szpitala funkcjonują:
1. podległe Dyrektorowi (zwane dalej Pionem Dyrektora):
   1) Dział Kontraktów Medycznych i Statystyki,
   2) Dział Organizacji i Kadr,
   3) Radca Prawny,
   4) Specjalista ds. BHP,
   5) Inspektor ds. Obronnych i Rezerw,
   6) Kapelan szpitalny,
   7) Pełnomocnik ds. Ochrony Informacji Niejawnych,
   8) Pełnomocnik ds. Praw Pacjenta,
   9) Inspektor Ochrony Danych,
   10) Inspektor Ochrony Radiologicznej,
   11) Pełnomocnik ds. Zintegrowanego Zarządzania,
   12) Pełnomocnik ds. Akredytacji,
   13) Specjalista ds. Systemów Jakości w ZDL,
   14) Pełnomocnik ds. utworzenia Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego.
2. podległe Głównemu Księgowemu (zwane dalej Pionem Ekonomiczno - Finansowym):
   1) Dział Finansowo – Księgowy.

3. podległe Z-cy Dyrektora ds. Logistyki i Infrastruktury (zwane dalej Pionem Logistyki i Infrastruktury):
    1) Dział Zamówień Publicznych
    2) Dział Zaopatrzenia i Gospodarki Magazynowej,
    3) Dział Infrastruktury Technicznej,
    4) Dział Informatyki i Bezpieczeństwa Informacji.

ORGANIZACJA I ZADANIA IZBY PRZYJĘĆ SZPITALA ORAZ ODDZIAŁÓW SZPITALNYCH

Izba Przyjęć

§ 44

1. Do zadań Izby Przyjęć Szpitala należy:
   1) ustalanie i kwalifikacja jako pilne bądź stabilne potrzeb zdrowotnych pacjentów zgłaszających się do Szpitala, ze skierowaniem lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, w drodze konsultacji lekarskich (konsultacji dokonują lekarze oddziałów szpitala lub odpowiedni lekarze dyżurni),
   2) przyjęcie do szpitala i przekazanie do oddziałów szpitalnych pacjenta zakwalifikowanego do hospitalizacji na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, z ustalonym terminem.
2. Przyjęcia planowe pacjentów na oddziały szpitalne odbywają się od poniedziałku do piątku, w godzinach od 7.00 do 14.30.

Szpitalny Oddział Ratunkowy

§ 45

Przyjęcia pacjentów w stanach nagłych, związane z wypadkiem, zatruciem, urazem, stanem zagrożenia życia, odbywają się całodobowo, bez skierowania, w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym.

§ 46

1. **Do zadań Szpitalnego Oddziału Ratunkowego należy**:
   1) udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej polegających na wstępnej diagnostyce oraz podjęciu leczenia w zakresie niezbędnym dla stabilizacji funkcji życiowych osób, które znajdują się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, przywożonych przez zespoły ratownictwa medycznego lub zgłaszających się do oddziału samodzielnie,
   2) udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w zakresie określonym w pkt. 1, poszkodowanym w stanach wyjątkowych i katastrofach,
   3) dokonywanie zabezpieczenia medycznego pacjentów oraz organizacja transportu do innych podmiotów leczniczych w razie konieczności leczenia specjalistycznego poza Szpitalem,
   4) organizowanie lotów sanitarnych o charakterze transportowym.
2. Szpitalny Oddział Ratunkowy składa się z następujących obszarów:
   1) segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć;
   2) resuscytacyjno-zabiegowego,
   3) wstępnej intensywnej terapii,
   4) terapii natychmiastowej,
   5) obserwacji,
   6) konsultacyjnego,
   7) laboratoryjno-diagnostycznego,
   8) zaplecza administracyjno-gospodarczego.
3. W Szpitalnym Oddziale Ratunkowym stosowany jest Triage, czyli system ratunkowej segregacji medycznej mającej na celu potwierdzenie lub wykluczenie stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego.

§ 47

Kierownik Szpitalnego Oddziału Ratunkowego planuje, organizuje i nadzoruje oraz ponosi odpowiedzialność za całokształt działalności Szpitalnego Oddziału Ratunkowego – podlega służbowo Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa. W razie nieobecności Kierownika, obowiązki i czynności te sprawuje wyznaczona osoba.

§ 48

W Szpitalnym Oddziale Ratunkowym znajduje się spis danych telefonicznych i adresowych podmiotów leczniczych oraz innych, w tym: Policji, Państwowej Straży Pożarnej, z którymi współpracuje Szpital oraz pracowników zajmujących kierownicze stanowiska w Szpitalu Powiatowym w Chrzanowie.

Oddziały szpitalne

§ 49

1. Leczenie szpitalne to całodobowe udzielanie świadczeń w trybie nagłym i planowym, obejmujące proces diagnostyczno – terapeutyczny trwający w ramach hospitalizacji od chwili przyjęcia pacjenta do szpitala do momentu jego wypisu.
2. Leczenie szpitalne obejmuje: kwalifikację do leczenia szpitalnego, badania diagnostyczne i terapię zlecone przez lekarza oraz profilaktykę, pielęgnację i rehabilitację, niezbędne w toku leczenia, jak również inne świadczenia niezbędne w toku leczenia, w tym usługę transportową.
3. Pacjent ma prawo do leczenia szpitalnego na podstawie skierowania lekarza, lekarza dentysty, felczera, jeżeli cel leczenia nie może być osiągnięty przez leczenie ambulatoryjne (z wyjątkiem leczenia pacjentów w stanie nagłym).
4. Liczbę i rodzaje łóżek szpitalnych określa Dyrektor w drodze Zarządzenia.

§ 50

1. **Do wspólnych zadań Oddziałów należy w szczególności:**
   1) prowadzenie diagnostyki oraz leczenia operacyjnego i/lub zachowawczego zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, pacjentów hospitalizowanych w Oddziale,
   2) zapewnienie pacjentom kompleksowej opieki szpitalnej,
   3) wprowadzanie nowych metod diagnostyki i leczenia chorób, pielęgnacji i rehabilitacji,
   4) zapewnienie prawidłowej i ścisłej współpracy ze Szpitalnym Oddziałem Ratunkowym, Działem Koordynacji Opieki, Poradniami Przyszpitalnymi, Zakładami Szpitala w zakresie jednostek chorobowych, leczonych w Oddziale (konsultacje lekarskie i pielęgniarskie) i innymi komórkami organizacyjnymi adekwatnie do potrzeb,
   5) prowadzenie list oczekujących na świadczenia zdrowotne realizowane w trybie planowym, zgodnie z przepisami prawa i Zarządzeniami Dyrektora Szpitala,
   6) dbałość o należyty wizerunek Szpitala,
   7) działania na rzecz właściwego wykorzystania czasu pracy i potencjału pracowniczego,
   8) wszechstronne podnoszenie kwalifikacji zawodowych personelu medycznego Oddziału,
   9) prowadzenie wewnętrznych szkoleń dla personelu medycznego Oddziału,
   10) podtrzymywanie współpracy między Oddziałami w zakresie leczenia pacjentów oraz szkolenia personelu medycznego,

11) systematyczne wprowadzanie i aktualizacja standardów postępowania w poszczególnych jednostkach chorobowych oraz podnoszenie jakości opieki medycznej, udzielanej w Oddziale,
12) uczestnictwo w programach naukowych i badawczych,
13) propagowanie działalności naukowej i badawczej, przygotowanie publikacji naukowych oraz wystąpień naukowych,
14) realizacja zadań wynikających z procesu akredytacji i Zintegrowanego Systemu Zarządzania,
15) przestrzeganie praw pacjenta, określonych w Karcie Praw Pacjenta,
16) prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi aktami wewnętrznymi Szpitala oraz przepisami prawa,
17) prowadzenie specjalizacji lekarskich, staży kierunkowych, praktyk studenckich,
18) współpraca z komórkami organizacyjnymi Szpitala w zakresie obowiązków administracyjno – organizacyjnych oraz finansowych,
19) prowadzenie wymaganych rejestrów medycznych,
20) prowadzenie bazy danych obejmującej sfery działalności Szpitala w zakresie działania danej komórki organizacyjnej,
21) rozpatrywanie skarg i wniosków odnoszących się do działalności danej komórki organizacyjnej,
22) ochrona tajemnicy służbowej i państwowej,
23) przestrzeganie przepisów o ochronie danych w zakresie gromadzonych informacji,
24) realizowanie zarządzeń, poleceń służbowych, komunikatów i innych zadań wskazanych przez przełożonych.

2. **Do podstawowych zadań oddziałów szpitalnych należy** udzielanie świadczeń leczniczych, pielęgnacyjnych, rehabilitacyjnych i terapeutycznych w różnych dziedzinach medycznych, pacjentom wymagającym całodobowej opieki medycznej, zapewniając im realizację świadczeń, a w tym:
   1) badania diagnostyczne,
   2) świadczenia terapeutyczne,
   3) procedury zabiegowe,
   4) konsultacje specjalistyczne,
   5) świadczenia rehabilitacyjne,
   6) świadczenia pielęgnacyjne
   7) działania konsultacyjno-edukacyjne,
   8) środki farmaceutyczne i materiały medyczne konieczne do wykonywania świadczenia,
   9) wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia,
   10) transport sanitarny.
3. **Zadania podstawowe na oddziale realizuje się poprzez:**
   1) zbadanie każdego nowoprzyjętego pacjenta, określenie stanu ogólnego, zakresu badań diagnostycznych i ustalenie planu opieki nad pacjentem, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji oraz jego modyfikowanie w zależności od stanu pacjenta,
   2) zapewnienie pacjentom kompleksowej opieki zgodnie z profilem oddziału, w tym całodobowej opieki lekarskiej, pielęgniarskiej,
   3) zapewnienie pacjentom bezpieczeństwa,
   4) kierowanie pacjentów do innych podmiotów leczniczych w przypadku braku możliwości zabezpieczenia pacjentowi pomocy medycznej odpowiedniej do stanu zdrowia pacjenta,
   5) zapewnienia prawidłowej i ścisłej współpracy z innymi oddziałami szpitalnymi,
   6) udzielanie informacji o stanie zdrowia pacjenta, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa,
   7) udzielanie konsultacji specjalistycznych dla pacjentów na innych oddziałach szpitalnych,

8) stałe podnoszenie kwalifikacji personelu medycznego zatrudnionego w oddziale,
9) prowadzenie specjalizacji lekarskich, pielęgniarskich, staży kierunkowych, praktyk studenckich,
10) realizację programów zdrowotnych i promocji zdrowia,
11) utrzymanie oddziału w należytym stanie sanitarno - higienicznym i porządkowym,
12) utrzymanie w należytym stanie aparatury medycznej oraz sprzętu medycznego i gospodarczego znajdującego się w oddziale,

4. Rozkład dnia w zakresie diagnozowania, leczenia i pielęgnacji pacjentów leczonych w Oddziale powinien być dostosowany do organizacji pracy w innych medycznych komórkach organizacyjnych Szpitala.
5. Rozkład pracy personelu medycznego Oddziału zapewnia całodobową i kompleksową opiekę medyczną pacjentom, realizowaną przez:
   1) co najmniej dwie wizyty lekarskie dziennie (z wyjątkiem Szpitalnego Oddziału Ratunkowego),
   2) całodobowe zabezpieczenie pacjentów Oddziału w opiekę lekarską na zasadach określonych przez Dyrektora,
   3) we wszystkie dni robocze:
      a) odprawę personelu medycznego, na której omawiany jest stan zdrowia wszystkich pacjentów Oddziału,
      b) przekazanie raportu,
      c) konsultacje chorych w Oddziałach i Poradniach przez Ordynatora Oddziału lub wyznaczoną przez niego osobę,
      d) wizytę lekarską z udziałem Ordynatora Oddziału lub wskazanego przez niego lekarza,
      e) codzienną kwalifikację pacjentów do leczenia zabiegowego wraz z
      f) akceptacją Ordynatora Oddziału lub wyznaczonego przez niego lekarza (z wyjątkiem Szpitalnego Oddziału Ratunkowego),
   4) właściwy system pracy personelu lekarskiego,
   5) właściwy system pracy pozostałego personelu medycznego,
   6) właściwy system pracy pozostałych osób uczestniczących w procesie diagnozowania i leczenia pacjentów, w tym pracowników administracyjnych,
   7) systematyczne i terminowe prowadzenie (zgodnie z obowiązującymi przepisami) wpisów dotyczących przebiegu hospitalizacji oraz pozostałej dokumentacji medycznej przez lekarza prowadzącego lub lekarza sprawującego opiekę nad pacjentem z zapewnieniem kontroli przez Ordynatora. Wpisy dotyczące procesu pielęgnowania są dokonywane przez pielęgniarkę sprawującą bezpośrednią opiekę nad pacjentem z zapewnieniem bieżącej kontroli przez Pielęgniarkę (Położną) Koordynującą.
   8) a dodatkowo dla Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii:
      a) wykonywanie znieczuleń do zabiegów operacyjnych przeprowadzanych w salach operacyjnych Bloku Operacyjnego oraz w salach zabiegowych poszczególnych komórek, zgodnie z harmonogramem ustalanym przez Ordynatorów / Kierowników Oddziałów a zatwierdzonym przez Kierownika Bloku Operacyjnego.
      b) anestezjologiczną wizytę przedoperacyjną* u chorych zakwalifikowanych do operacji, w dniu poprzedzającym zabieg operacyjny.

*- anestezjologiczna wizyta przedoperacyjna obejmuje: wywiad (na podstawie wypełnionej przez pacjenta ankiety), badanie pacjenta, analizę wyników badań dodatkowych, wybór metody znieczulenia, ocenę ryzyka okołooperacyjnego, informację dla pacjenta, kwalifikację do znieczulenia i jest przeprowadzana co najmniej 24 godz. przed planowanym zabiegiem operacyjnym.

6. Harmonogram pracy personelu pielęgniarskiego/ratowników na dany miesiąc ustala Pielęgniarka (Położna) Koordynująca lub Kierownik / Koordynator zespołu pracowników do 20 dnia każdego miesiąca na miesiąc następny.
7. Personel Pielęgniarski pracujący na danym Oddziale zobowiązany jest do odpowiedniego podziału pracy i odpowiedzialności za wynik i jakość procesu pielęgnowania pacjentów danego Oddziału oraz prowadzenie stosownej medycznej dokumentacji pielęgniarskiej.
8. System pracy personelu pielęgniarskiego / położniczego w danej komórce ustala Dyrektor.
9. Każdy dyżur pielęgniarski jest przekazywany w formie ustnej oraz poprzez stosowny wpis do książki raportów pielęgniarskich.
10. Czas pracy, w tym czas pracy dyżurowej personelu zatrudnionego w oddziale określają zapisy Regulaminu Pracy obowiązującego w Szpitalu, wprowadzonego Zarządzeniem Dyrektora.
11. W szpitalu, poza czasem podstawowej ordynacji, funkcjonuje zespół lekarzy dyżurnych, pełniących dyżur medyczny w rozumieniu zapisów Ustawy o działalności leczniczej lub w ramach umowy podwykonawczej powierzenia zadań zabezpieczenia opieki lekarskiej innemu podmiotowi.
12. W celu sprawnego funkcjonowania zespołów lekarzy dyżurnych wskazuje się funkcję Starszego Lekarza Dyżurnego. Funkcję Starszego Lekarza Dyżurnego każdorazowo po otrzymaniu grafiku dyżurów wyznacza Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa lub wyznaczony lekarz zastępujący Z-cę Dyrektora ds. Lecznictwa. Starszy Lekarz Dyżurny w grafiku dyżurów oznaczony będzie dużymi literami. Starszy Lekarz Dyżurny w razie potrzeby koordynuje w godzinach popołudniowych i nocnych oraz w dni dodatkowo wolne, niedziele i święta działalność medyczną szpitala.
13. Lekarze zobowiązani są prowadzić na bieżąco dokumentację medyczną zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, standardami jakościowymi i Zarządzeniami Dyrektora.
14. Informacji o stanie zdrowia chorych udziela Ordynator, lekarze oddziału oraz lekarze dyżurni – zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa.
15. Informacji o procesie pielęgnowania udziela Pielęgniarka (Położna) Koordynująca lub pielęgniarka / położna pełniąca bezpośrednią opiekę nad pacjentem.
16. Zasady postępowania w Oddziale Psychiatrycznym określa **Załącznik nr 4** do niniejszego Regulaminu.

§ 51

1. Codziennie, w wyznaczonych godzinach w Oddziałach Szpitala odbywa się przekazanie pacjentów kolejnym zmianom lekarzy, pielęgniarek i położonych, poprzez przekazanie informacji o stanie zdrowia pacjentów oraz innych istotnych, zawartych w raportach lekarskich i pielęgniarskich.
2. Lekarze, przekazując pacjentów kolejnej zmianie przedstawiają istotne informacje o stanie zdrowia pacjentów, nowych przyjęciach na Oddział, interwencjach lekarskich oraz innych istotnych zdarzeniach i podjętych działaniach.
3. Lekarze są zobowiązani prowadzić raporty lekarskie w Księdze raportów lekarskich.
4. Wizyty lekarskie w oddziałach odbywają się zgodnie z harmonogramem, ustalonym przez Ordynatora / Kierownika danego oddziału. Wizyta nie może naruszać prawa pacjenta do intymności i godności osobistej, a także prawa do zachowania w tajemnicy informacji o pacjencie, w tym informacji o jego stanie zdrowia.
5. Pielęgniarki, przekazując pacjentów kolejnej zmianie, sporządzają w Księdze raportów pielęgniarskich informację zawierającą:
   1) Oznaczenie podmiotu (nazwa podmiotu, kod identyfikacyjny, nazwę i adres zakładu leczniczego podmiotu, nazwę jednostki organizacyjnej, nazwę komórki organizacyjnej).
   2) Numer kolejny wpisu.

3) Treść raportu, w szczególności imię i nazwisko pacjenta, a w razie potrzeby inne dane pozwalające na ustalenie tożsamości pacjenta, opis zdarzenia, jego okoliczności i podjęte działania.
4) Statystykę oddziału, w tym liczbę osób przyjętych, wypisanych, zmarłych.
5) Datę sporządzenia raportu.
6) Oznaczenie pielęgniarki lub położnej dokonującej wpisu (nazwisko i imię, tytuł zawodowy, uzyskane specjalizacje, numer prawa wykonywania zawodu, podpis).

§ 52

Do zadań oddziałów Szpitalnych należą w szczególności:
1. Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii – prowadzenie intensywnej terapii u pacjentów Szpitala oraz wykonywanie znieczuleń anestezjologicznych do zabiegów przeprowadzanych w Szpitalu.
2. Oddział Chirurgii Ogólnej – udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie chirurgii ogólnej, w tym endoskopowej.
3. Oddział Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej – udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie chirurgii ogólnej i onkologicznej.
4. Oddział Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej - udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu, w tym metodami endoskopowymi.
5. Oddział Chorób Płuc - udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie diagnostyki i leczenia chorób płuc.
6. Oddział Onkologii Klinicznej/Chemioterapii - udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie diagnostyki i leczenia schorzeń onkologicznych, w tym chemioterapii.
7. Oddział Chorób Wewnętrznych i Geriatrii – udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie schorzeń internistycznych, w tym endokrynologicznych, gastroenterologicznych z wykorzystaniem metod endoskopowych oraz geriatrycznych.
8. Oddział Kardiologiczny – udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu chorób układu krążenia, w tym wszczepianie rozruszników serca, a poprzez podwykonawcę – w zakresie kardiologii inwazyjnej.
9. Oddział Medycyny Paliatywnej – udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu opieki paliatywnej osobom chorującym na nieuleczalne, postępujące i ograniczające życie choroby nowotworowe i nienowotworowe.
10. Oddział Nefrologiczny i Chorób Wewnętrznych, Stacja Dializ – udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu nefrologii, w tym prowadzenie dializoterapii.
11. Oddział Neonatologiczny – udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu opieki nad noworodkiem i patologii noworodka, w ścisłej współpracy z Oddziałem Położniczo – Ginekologicznym.
12. Oddział Neurologiczny z Pododdziałem Udarowym – udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu schorzeń układu nerwowego, w tym udarów mózgu.
13. Oddział Pediatryczny – udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu pediatrii.
14. Oddział Położniczo – Ginekologiczny – udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu ginekologii, ginekologii onkologicznej, patologii ciąży i położnictwa oraz prowadzenie Szkoły Rodzenia.
    1) Do zadań Szkoły Rodzenia należy:
        a) prowadzenie działalności profilaktyczno - wychowawczej w zakresie:
        - świadomego macierzyństwa i ojcostwa,
        - promowania zdrowego stylu życia,
        - fizjologii ciąży i porodu,

- promowania naturalnego karmienia niemowląt.

b) psychoprofilaktyka porodu:

- przygotowanie do pełnienia ról rodzicielskich,
- pomoc w rozwiązywaniu problemów i trudności związanych z pielęgnowaniem i wychowaniem dziecka,
- poradnictwo położnicze,
- poradnictwo laktacyjne.

15. Oddział Psychiatryczny – udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu psychiatrii, w trybie całodobowym, stacjonarnym.
16. Oddział Rehabilitacyjny Ogólny, Oddział Rehabilitacji Neurologicznej – udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu rehabilitacji leczniczej.
17. Oddział Urologiczny – udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu urologii, w tym wykonywanie zabiegów endoskopowych.

ORGANIZACJA I ZADANIA
POZOSTAŁYCH KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH MEDYCZNYCH SZPITALA

Blok operacyjny

§ 53

Szpital posiada dwa bloki operacyjne pod nazwą **Blok Operacyjny Nr I**, w którym wykonuje się zabiegi operacyjne w ramach realizacji kontraktu zawartego z płatnikiem publicznym, dla świadczeniodawców w rozumieniu Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz **Blok Operacyjny Nr II**, istnieje również możliwość prowadzenia działalności komercyjnej (możliwe jest wykonywanie odpłatnych usług medycznych dla innych pacjentów).

§ 54

Blok Operacyjny Nr I funkcjonuje w systemie ciągłym, całodobowym. Blok powinien być utrzymany w stanie stałego pogotowia operacyjnego oraz zorganizowany w ten sposób, aby w razie nagłej potrzeby personel, instrumentarium, bielizna i aparatura medyczna były przygotowane do bezzwłocznego wykonania zabiegu operacyjnego w każdym terminie.

§ 55

1. W strukturze Bloku Operacyjnego Nr I funkcjonuje: 6 sal operacyjnych, sala cięć cesarskich oraz sala opieki pozznieczuleniowej.
2. **Do zadań Bloku Operacyjnego należy**:
   1) stała gotowość do wykonywania zabiegów operacyjnych,
   2) stała gotowość do wykonywania zabiegów operacyjnych na sali cięć cesarskich,
   3) wykonywanie zabiegów operacyjnych planowych zgodnie z zatwierdzonym przez Kierownika Bloku Operacyjnego harmonogramem zabiegów na dany dzień,
   4) przestrzeganie reżimu sanitarnego wynikającego z odrębnych przepisów w zakresie zapobiegania i zwalczania zakażeń wewnątrzszpitalnych.
3. Zabiegi operacyjne wykonywane są przez lekarzy posiadających w tym zakresie odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia, przy udziale lekarzy anestezjologów oraz przy stałe asyście pielęgniarek, położnych i innego personelu.
4. Za przeprowadzenie zabiegu operacyjnego odpowiada uprawniony do przeprowadzania zabiegu lekarz, a za przeprowadzenie znieczulenia odpowiada lekarz anestezjolog.
5. Informacje o wykonaniu niezbędnych czynności okołooperacyjnych w sali operacyjnej są dokumentowane w postaci okołooperacyjnej karty kontrolnej.
6. Wpisów w okołooperacyjnej karcie kontrolnej dokonuje Koordynator karty, na podstawie informacji udzielanych przez członków zespołu operacyjnego, zgodnie z zakresem ich zadań podczas operacji. Okołooperacyjną kartę kontrolną podpisuje koordynator karty.
7. Funkcję Koordynatora karty okołooperacyjnej pełni każdorazowo wyznaczony lekarz anestezjolog.
8. Kierownik Bloku Operacyjnego planuje, organizuje i nadzoruje oraz ponosi odpowiedzialność za całokształt działalności Bloku Operacyjnego - podlega służbowo Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa.
9. Kierownik Bloku Operacyjnego wykonuje swoje obowiązki przy pomocy Pielęgniarki Koordynującej.

§ 56

1. O skierowaniu pacjenta do sali pozznieczuleniowej decyduje lekarz anestezjolog prowadzący znieczulenie pacjenta.
2. Do zadań sali pozznieczuleniowej należy:
   1) monitorowanie funkcji życiowych i leczenie pacjentów po zabiegach operacyjnych wymagających wzmożonej opieki medycznej,
   2) nadzór nad pacjentem po operacji obejmujący między innymi:
      - obserwowanie chorych i ocenę stanu świadomości,
      - monitorowanie częstości i jakości oddechu,
      - monitorowanie EKG,
      - monitorowanie ciśnienia tętniczego,
      - monitorowanie puls oksymetryczne,
      - obserwacja rany.

   W ramach nadzoru anestezjologicznego leczenie bólu pooperacyjnego kontynuowane jest w obrębie danego oddziału. Nadzorowanie obejmuje także ocenę natężenia i leczenie bólu pooperacyjnego w oddziale. Celem nadzoru jest wczesne wykrywanie i leczenie ewentualnych powikłań pooperacyjnych.
3. Czas pobytu w sali pozznieczuleniowej jest ustalany indywidualnie, w zależności od stanu pacjenta. Zależnie od stanu pacjent może zostać przeniesiony z sali pozznieczuleniowej na oddział, na którym pacjent przebywa na leczeniu lub Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii.
4. Decyzję o przeniesieniu na oddział, na którym pacjent przebywa na leczeniu podejmuje lekarz anestezjolog, sprawujący nadzór nad salą pozznieczuleniową – w porozumieniu z lekarzem, który przeprowadził zabieg.

Zakład Diagnostyki Obrazowej

§ 57

1. W strukturze Szpitala Powiatowego w Chrzanowie funkcjonują pracownie:
   1) Pracownia Tomografii Komputerowej,
   2) Pracownie Rentgenowskie,
   3) Pracownia Mammografii,
   4) Pracownia USG,

   zwane dla celów organizacyjnych Szpitala Zakładem Diagnostyki Obrazowej.
2. **Do zadań Zakładu Diagnostyki Obrazowej należy** udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu rentgenodiagnostyki, tomografii komputerowej, mammografii oraz badań ultrasonograficznych polegających na:
   1) wykonywaniu badań rtg z kontrastem i bez kontrastu,
   2) wykonywaniu tomografii komputerowej z kontrastem i bez kontrastu,
   3) wykonywanie badań mammograficznych,
   4) wykonywaniu badań z zakresu USG, w tym USG Doppler,
   5) niezwłocznym opisywaniu badań wykonywanych w trybie pilnym i wydawaniu wyników badań,
   6) opisywaniu badań wykonanych w trybie planowym i wydawanie wyników,
   7) wprowadzanie nowych metod diagnostyki,
   8) współpraca z inną placówką medyczną w zakresie teleradiologii w ramach podpisanej umowy poprzez wysyłanie badań tomografii komputerowej do opisu i odbieranie wyników badań,

9) zapewnienie stosownej opieki pacjentom w trakcie i bezpośrednio po badaniu,
10) wykonywaniu badań rtg w razie potrzeb przy łóżku pacjenta,
11) prowadzeniu kontroli jakości badań,
12) zapewnieniu prawidłowej i ścisłej współpracy ze Szpitalnym Oddziałem Ratunkowym i innymi komórkami organizacyjnymi Szpitala.

3. Wykonywanie badań diagnostycznych odbywa się na zlecenie:
   1) lekarzy lecznictwa stacjonarnego,
   2) lekarzy lecznictwa ambulatoryjnego,
   3) lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej,
   4) lekarzy innych podmiotów publicznych na podstawie zawartych umów.
4. Ponadto do zadań Zakładu Diagnostyki Obrazowej należy:
   1) prowadzenie dokumentacji w sposób staranny i zgodny z obowiązującymi przepisami,
   2) prowadzenie listy oczekujących na świadczenia ambulatoryjne realizowane w trybie planowym zgodnie z przepisami prawa,
   3) terminowe i dokładne prowadzenie ewidencji realizowanych świadczeń zdrowotnych wg obowiązujących przepisów oraz wymogów Narodowego Funduszu Zdrowia,
   4) utrzymywanie stanowisk pracy w należytym stanie sanitarno-higienicznym i porządkowym,
   5) utrzymywanie w należytym stanie aparatury medycznej oraz sprzętu medycznego i gospodarczego znajdującego się w Szpitalu,
   6) składanie bieżących zapotrzebowań na środki i aparaturę niezbędną do prawidłowego funkcjonowania Zakładu,
   7) stałe podnoszenie kwalifikacji personelu medycznego zatrudnionego w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej.
5. Kierownik Zakładu Diagnostyki Obrazowej planuje, organizuje i nadzoruje oraz ponosi odpowiedzialność za całokształt działalności Zakładu Diagnostyki Obrazowej – podlega służbowo Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa.
6. Koordynator Zespołu Techników Elektroradiologii organizuje pracę techników medycznych i podlega Kierownikowi Zakładu Diagnostyki Obrazowej (funkcjonalnie) oraz Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa (służbowo).

Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej

§ 58

1. **Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej** funkcjonuje w systemie ciągłym całodobowym i wykonuje badania diagnostyczne, w tym analizy wykonywane w celu ustalenia rozpoznania oraz monitorowania przebiegu leczenia chorób u pacjentów.
2. Działalność Zakładu obejmuje udzielanie badań z zakresu diagnostyki laboratoryjnej obejmującej analitykę, mikrobiologię, serologię transfuzjologiczną i bank krwi.
3. W skład Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej wchodzą:
   1) Pracownia Diagnostyki Laboratoryjnej:
      a) Pracownia Wydalin i Wydzielin
      b) Pracownia Hematologiczna
      c) Pracownia Biochemiczna
      d) Pracownia Markerów Nowotworowych
      e) Pracownia Koagulologiczna

   2) Pracownia Diagnostyki Mikrobiologicznej:
      a) Pracownia Bakteriologiczna
      b) Pracownia Mykologiczna
      c) Pracownia Parazytologiczna

d) Pracownia Serologii Kiły i immunodiagnostyki
e) Pracownia Molekularna
3) Pracownia Serologii Transfuzjologicznej
4) Bank Krwi

4. **Do zadań Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej** należy:
   1) wykonywanie badań laboratoryjnych i mikrobiologicznych, w tym badań pilnych w systemie całodobowym we wszystkie dni tygodnia,
   2) wykonywanie badań laboratoryjnych i mikrobiologicznych zgodnie z aktualną wiedzą medyczną dla pacjentów hospitalizowanych i ambulatoryjnych,
   3) pobieranie materiału do badań pacjentom w trybie ambulatoryjnym,
   4) pobieranie i wykonywanie badań w kierunku SARS-CoV-2,
   5) zapewnienie stosownej opieki pacjentom przed, w trakcie badania i bezpośrednio po badaniu,
   6) odczytywanie wyników badań,
   7) interpretacja wyników zleconych badań,
   8) przekazywanie wyników badań, w pierwszej kolejności wykonywanych w trybie pilnym,
   9) wprowadzanie nowych metod diagnostyki laboratoryjnej,
   10) zapewnienie prawidłowej współpracy z komórkami organizacyjnymi w zakresie wykonywania badań i przekazywania wyników,
   11) ewidencjonowanie rozliczeń usług wykonywanych dla jednostek spoza szpitala,
   12) sporządzanie miesięcznych sprawozdań statystycznych z wykonanych usług,
   13) opracowanie i aktualizacja cennika usług dla rozliczeń wewnętrznych i zewnętrznych.
5. Wykonywanie badań laboratoryjnych odbywa się na zlecenie:
   - lekarzy lecznictwa stacjonarnego Szpitala,
   - lekarzy lecznictwa ambulatoryjnego Szpitala,
   - lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej Szpitala,
   - lekarzy innych podmiotów leczniczych na podstawie zawartych umów,
   - osób fizycznych.
6. Ponadto do zadań Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej należy:
   1) prowadzenie dokumentacji w sposób staranny i zgodny z obowiązującymi przepisami,
   2) utrzymywanie Zakładu w należytym stanie sanitarno-higienicznym i porządkowym,
   3) utrzymywanie w należytym stanie aparatury medycznej oraz sprzętu medycznego i gospodarczego znajdującego się w Zakładzie,
   4) składanie bieżących zapotrzebowań na środki i aparaturę niezbędną do prawidłowego funkcjonowania Zakładu,
   5) terminowe i dokładne prowadzenie ewidencji realizowanych świadczeń zdrowotnych wg obowiązujących przepisów oraz wymogów Narodowego Funduszu Zdrowia,
   6) stałe podnoszenie kwalifikacji personelu medycznego zatrudnionego w Szpitalu.
7. W ramach Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej działa Pracownia Serologii Transfuzjologicznej z Bankiem Krwi.
8. Do szczegółowych zadań Pracowni Serologii Transfuzjologicznej i Banku Krwi należy:
   1) prowadzenie Banku Krwi zgodnie z obowiązującymi przepisami,
   2) nadzorowanie prawidłowej gospodarki krwią w Szpitalu, przy współpracy z lekarzem transfuzjologiem i komitetem transfuzjologicznym,
   3) prowadzenie badań diagnostycznych z zakresu immunologii transfuzjologicznej,
   4) zaopatrywanie i prawidłowe przechowywanie krwi i preparatów krwiopochodnych,
   5) prowadzenie sprawozdawczości i rozliczeń krwi i preparatów krwiopochodnych,
   6) zapewnienie prawidłowej i ścisłej współpracy z Oddziałami Szpitalnymi,
9. Wykonywanie badań z zakresu biologii molekularnej przy użyciu techniki PCR,

10. Kierownik Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej planuje, organizuje i nadzoruje oraz ponosi odpowiedzialność za całokształt działalności Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej – podlega służbowo pod Z-cę Dyrektora ds. Lecznictwa.
11. Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej jest wpisany do Ewidencji Medycznych Laboratoriów Diagnostycznych pod numerem 1231.

§ 59

1. W Szpitalu obowiązują jednorodne wzory skierowań na badania laboratoryjne.
2. Zasady pobierania i przesyłania materiału do badań laboratoryjnych od pacjentów hospitalizowanych na oddziałach oraz przyjmowanych ambulatoryjnie zostały określone procedurą SOP *(*Standard Operating Procedures).
3. Materiał do badania oznaczony jako ”pilne” poddaje się analizie medycznej w pierwszej kolejności.
4. Materiał do badania przekazywany jest do Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej bezpośrednio po pobraniu od pacjenta lub w czasie późniejszym, po odpowiednim zabezpieczeniu, zgodnie z obowiązującymi wytycznymi w zakresie czasu dostarczenia materiałów do badania.
5. Materiał do badań rejestrowany jest w systemie informatycznym w Zakładzie Diagnostyki Laboratoryjnej, na podstawie skierowań zawierających dane osobowe pacjenta, zlecone badania i dane jednostki zlecającej.
6. Do identyfikacji materiału służą kody paskowe, naklejane na druk zlecenia oraz probówki i ewentualnie inne pojemniki z pobranym materiałem danego pacjenta.
7. Badania, których wynik wzbudził wątpliwości lekarza prowadzącego pacjenta, wykonuje się bez zbędnej zwłoki ponownie, w uprzednio dostarczonym materiale lub/w próbce materiału pobieranej ponownie.
8. Materiał do badań od pacjentów ambulatoryjnych jest pobierany przez pracowników ZDL Szpitala lub też dostarczany w inny sposób, na podstawie zawartych umów.
9. Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej może odmówić przyjęcia materiału nieodpowiednio pobranego lub nieodpowiednio zabezpieczonego, przy czym ma obowiązek poinformowania pacjenta (lub zlecającego badanie) o przyczynie takiej odmowy.
10. Materiał biologiczny pozostały po wykonaniu badania jest utylizowany w sposób w oparciu o odrębne przepisy.

§ 60

1. Wyniki badań laboratoryjnych, po ich uprzednim zatwierdzeniu w systemie przez uprawnionych pracowników Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej, są dostępne właściwym pracownikom Szpitala w systemie informatycznym. Zatwierdzone i zwalidowane wyniki są drukowane na odpowiednich formularzach w pracowniach Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej.
2. Wyniki badań są przekazywane z Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej do jednostek zlecających badanie za pośrednictwem upoważnionej osoby.
3. W przypadku badania realizowanego na zlecenie osób fizycznych, po uiszczeniu należności za wykonane badanie, pacjent otrzymuje kod paskowy, na podstawie którego bezpośrednio odbiera wynik.
4. Baza wyników przechowywana jest w laboratoryjnym informatycznym systemie komputerowym.

Pracownie diagnostyczno-zabiegowe

§ 61

1. W skład Pracowni diagnostyczno - zabiegowych wchodzą:
   1) Pracownia Nieinwazyjnej Diagnostyki Kardiologicznej,
   2) Pracownia Endoskopii,
   3) Pracownia EMG,
   4) Pracownia EEG,
   5) Pracownia Bronchoskopii,
   6) Pracownia Elektrofizjologii,
   7) Pracownia kontroli stymulatorów i kardiowerterów – stymulatorów serca.
   8) Pracownia Urodynamiczna.
2. Każda pracownia diagnostyczna funkcjonująca w strukturze organizacyjnej Szpitala priorytetowo wykonuje badania diagnostyczne pacjentom hospitalizowanym w szpitalu a następnie pacjentom skierowanym w trybie ambulatoryjnym.
3. Do zadań pracowni należy:
   1) wykonywanie badań (zgodnie z kompetencjami i potrzebami),
   2) opisywanie wykonanych badań,
   3) podejmowanie działań w celu wdrażania nowych technologii, zgodnie z przypisanym zakresem zadań,
   4) współpraca z innymi komórkami organizacyjnymi Szpitala (w tym SOR),
   5) zapewnienie pacjentowi odpowiedniej opieki medycznej na czas wykonywania badania,
   6) prowadzenie dokumentacji w sposób staranny i zgodny z obowiązującymi przepisami,
   7) prowadzenie listy oczekujących na świadczenia ambulatoryjne realizowane w trybie planowym zgodnie z przepisami prawa,
   8) terminowe i dokładne prowadzenie ewidencji realizowanych świadczeń zdrowotnych wg obowiązujących przepisów oraz wymogów Narodowego Funduszu Zdrowia,
   9) utrzymywanie stanowisk pracy w należytym stanie sanitarno-higienicznym i porządkowym,
   10) utrzymywanie w należytym stanie aparatury medycznej oraz sprzętu medycznego i gospodarczego znajdującego się w pracowni,
   11) składanie bieżących zapotrzebowań na środki i aparaturę niezbędną do prawidłowego funkcjonowania pracowni,
   12) stałe podnoszenie kwalifikacji personelu medycznego zatrudnionego w danej pracowni.
4. Pracownie diagnostyczno zabiegowe pracują zgodnie z harmonogramem, z wyłączeniem Pracowni Endoskopii, która pracuje w systemie ciągłym, całodobowym.

Zakład Patomorfologii

§ 62

1. Zakład Patomorfologii jest komórką organizacyjną funkcjonującą w dni powszednie, od poniedziałku do piątku.
2. W strukturze Zakładu Patomorfologii funkcjonują:
   1) Prosektorium,
   2) Pracownia Histopatologii.
3. **W strukturze** Pracowni Histopatologii **wyodrębnia się:**
   1) Pracownie formalinową,
   2) Pracownię obróbki preparatów histologicznych,
   3) Pracownie mikroskopowa,
   4) Pracownię cytologiczną.
4. W strukturze organizacyjnej **Prosektorium** wyodrębnia się pomieszczenia na przechowywanie zwłok (chłodnie) oraz salę sekcyjną.
5. **Do zadań Prosektorium należy:**

1) odbiór i transport zwłok z pomieszczeń szpitalnych do Prosektorium w sposób zapewniający dyskrecję i poszanowanie godności osoby zmarłej,
2) wykonywanie badań sekcyjnych oraz prowadzenie dokumentacji z tych sekcji dla potrzeb szpitala,
3) wykonywanie sekcji zwłok i sporządzania pisemnych opinii na zlecenie organów ścigania,
4) przechowywanie zwłok osób zmarłych w Szpitalu oraz na zasadach określonych w odrębnych umowach,
5) umycie, ubranie zwłok osoby zmarłej w sposób zapewniający zachowanie godności należnej osobie zmarłej,
6) organizacja i uczestniczenie przy identyfikacji zwłok przez członka rodziny następującej przy ich wydaniu,
7) wydanie zwłok osobie uprawnionej do pochowania,
8) umożliwienie pożegnania zmarłego przez osoby bliskie w pomieszczeniu przedpogrzebowym po uprzednim ustaleniu terminu,
9) prowadzenie dokumentacji zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami i Zarządzeniami Dyrektora.

6. **Do zadań Pracowni Histopatologii należy:**
   1) wykonywanie badań z zakresu histopatologii i cytologii,
   2) wykonywanie badań intry histopatologicznych z wycinków sekcyjnych,
   3) wykonywanie badań cytologicznych materiału z biopsji aspiracyjnej cienkoigłowej,
   4) kontrolowanie jakości wykonywanych badań dla pacjentów Szpitala,
   5) wykonywanie badań dla innych podmiotów zgodnie z zawartymi umowami,
   6) prowadzenie dokumentacji w sposób staranny i zgodny z obowiązującymi przepisami,
   7) utrzymywanie Pracowni w należytym stanie sanitarno-higienicznym i porządkowym,
   8) utrzymywanie w należytym stanie aparatury medycznej oraz sprzętu medycznego i gospodarczego znajdującego się w Pracowni,
   9) składanie bieżących zapotrzebowań na środki i aparaturę niezbędną do prawidłowego funkcjonowania pracowni,
   10) terminowe i dokładne prowadzenie ewidencji realizowanych zadań wg obowiązujących przepisów oraz wymogów Narodowego Funduszu Zdrowia.
7. Kierownik Zakładu Patomorfologii planuje, organizuje i nadzoruje oraz ponosi odpowiedzialność za całokształt działalności Zakładu Patomorfologii – podlega służbowo Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa.
8. Pracownia diagnostyczna Zakładu Patomorfologii jest wpisana do Ewidencji Medycznych Laboratoriów Diagnostycznych pod numerem 3226.

Apteka Szpitalna

§ 63

1. Apteka Szpitalna jest komórką organizacyjną Szpitala, która świadczy usługi farmaceutyczne w zakresie zaopatrywania innych, medycznych komórek organizacyjnych Szpitala w leki, materiały opatrunkowe, materiały szewne, sterylne jednorazowe wyroby medyczne, materiały wszczepienne, środki diagnostyczne, środki dezynfekcyjne, materiały gumowe sterylne i niesterylne.
2. **Do zadań Apteki należy:**

1) nadzór nad sterylnymi jednorazowymi wyrobami medycznymi,
2) nadzór i zaopatrywanie w materiały wszczepienne, staplery dla potrzeb Bloku Operacyjnego,
3) zaopatrywanie i nadzór nad specjalistycznym sprzętem jednorazowym dla potrzeb Oddziału Kardiologicznego, prowadzenie banku materiałów wszczepiennych,
4) nadzór nad prowadzeniem prawidłowej polityki antybiotykoterapii w Szpitalu,
5) sporządzanie leków recepturowych,
6) sporządzanie leków recepturowych jałowych z wykorzystaniem loży laminarnej,
7) nadzór nad środkami odurzającymi i psychotropowymi,
8) nadzór nad gazami medycznymi,
9) monitorowanie działań niepożądanych produktów leczniczych,
10) opieka farmaceutyczna nad hospitalizowanym pacjentem,
11) nadzór nad przyjmowaniem i wydawaniem darowizn lekowych dla potrzeb Szpitala,
12) nadzorowanie programów lekowych realizowanych w Szpitalu,
13) nadzór nad badaniami klinicznymi prowadzonymi w Szpitalu,
14) prowadzenie elektronicznej ewidencji produktów leczniczych i wyrobów medycznych oraz kontrola budżetów wszystkich ośrodków kosztów w Szpitalu (w powierzonym zakresie),
15) monitorowanie, kontrola zużycia produktów leczniczych i wyrobów medycznych w komórkach organizacyjnych Szpitala,
16) udział w tworzeniu zasad racjonalnej farmakoterapii (Komitet Terapeutyczny Szpitala),
17) współtworzenie Receptariusza Szpitalnego,
18) kompleksowa współpraca z lekarzami dotycząca informacji na temat leków, wyrobów medycznych i prawidłowej farmakoterapii,
19) bieżące monitorowanie komunikatów Głównego Inspektora Farmaceutycznego dotyczących wstrzymanych, wycofanych, dopuszczonych produktów leczniczych i wyrobów medycznych,
20) nadzoruje wykonanie decyzji dotyczących wstrzymania lub wycofania z obrotu produktów leczniczych.
21) czuwanie nad prawidłowością, ciągłością dostaw i dystrybucją produktów leczniczych, wyrobów medycznych i środków dezynfekcyjnych.
22) Apteka nadzoruje prawidłowe przechowywanie leków i wyrobów medycznych na Oddziałach.
23) Dla ratowania życia i zdrowia pacjentów Apteka realizuje zakup leku poprzez procedurę w trybie import docelowy.
24) Apteka zamawia i nadzoruje dystrybucję mieszanek mlecznych i środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego.
25) Apteka prowadzi nadzór nad usługą farmaceutyczną zewnętrzną dotyczącą sporządzania preparatów do żywienia pozajelitowego i cytostatyków.
26) Apteka organizuje szkolenia zawodowe dla personelu pielęgniarskiego.
27) Apteka przygotowuje i nadzoruje specyfikacje przetargowe na dostawę leków, wyrobów medycznych.

28) Apteka zabezpiecza w produkty lecznicze, sterylne jednorazowe wyroby medyczne i materiały opatrunkowe wszystkie jednostki organizacyjne Szpitala o zróżnicowanym, wieloprofilowym charakterze.
29) Udziela informacji o lekach i wyrobach medycznych.

3. W strukturze Apteki funkcjonują:
   1) pracownia leków gotowych,
   2) receptura apteczna
   3) pracownia dezynfekcji, wyrobów medycznych sterylnych, jednorazowych.
4. Kierownik Apteki planuje, organizuje i nadzoruje oraz ponosi odpowiedzialność za całokształt działalności Apteki Szpitalnej i podlega Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa.

ORGANIZACJA I ZADANIA KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH WCHODZĄCYCH W SKŁAD PORADNI PRZYSZPITALNYCH

Poradnie Przyszpitalne
§ 64

1. **Poradnie przyszpitalne** udzielają ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego na miejscu w poradni, a w przypadkach uzasadnionych stanem zdrowia pacjenta w warunkach domowych.
2. Świadczenia ambulatoryjne obejmują wykonanie badań diagnostycznych, badanie lekarskie, ustalenie diagnozy, leczenie, działania terapeutyczno-edukacyjne oraz wydawanie zaświadczeń o stanie zdrowia i orzekanie o czasowej niezdolności do pracy.
3. Zakres leczenia w danej poradni przyszpitalnej obejmuje kompleksowe udzielenie świadczeń zdrowotnych związanych z konsultacją lub leczeniem schorzenia, które było podstawą wystawienia skierowania.
4. Skierowanie nie jest wymagane do specjalisty:
   1) ginekologa i położnika,
   2) onkologa,
   3) psychiatry.
5. Ordynator / Koordynator / Kierownik danego Oddziału organizuje i planuje pracę lekarzy zatrudnionych w oddziale w zakresie udzielania przez nich świadczeń zdrowotnych poradni – jak poniżej:
   1) Poradnia Alergologiczna - Ordynator Oddziału Chorób Płuc,
   2) Poradnia Alergologiczna dla Dzieci - Ordynator Oddziału Pediatrycznego,
   3) Poradnia Anestezjologiczna - Ordynator Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii,
   4) Poradnia Chirurgii Ogólnej – Ordynator Oddziału Chirurgii Ogólnej,
   5) Poradnia Chirurgii Dziecięcej – Ordynator Oddziału Chirurgii Ogólnej,
   6) Poradnia Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej – Ordynator Oddziału Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej,
   7) Poradnia Chorób Naczyń - Ordynator Oddziału Kardiologicznego,
   8) Poradnia Chorób Wewnętrznych - Ordynator Oddziału Chorób Wewnętrznych i Geriatrii,
   9) Poradnia Chorób Płuc – Ordynator Oddziału Chorób Płuc,
   10) Poradnia Diabetologiczna – Ordynator Oddziału Chorób Wewnętrznych i Geriatrii,
   11) Poradnia Domowego Leczenia Tlenem – Ordynator Oddziału Chorób Płuc,
   12) Poradnia Endokrynologiczna - Ordynator Oddziału Chorób Wewnętrznych i Geriatrii,
   13) Poradnia Gastroenterologiczna – Ordynator Oddziału Chorób Wewnętrznych i Geriatrii,
   14) Poradnia Hematologiczna – Kierownik Poradni Przyszpitalnych,
   15) Poradnia Położniczo-Ginekologiczna – Ordynator Oddziału Położniczo – Ginekologicznego,
   16) Poradnia Kardiologiczna – Ordynator Oddziału Kardiologicznego,
   17) Poradnia Leczenia Bólu – Ordynator Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii,
   18) Poradnia Nefrologiczna – Ordynator Oddziału Nefrologicznego i Chorób Wewnętrznych,
   19) Poradnia Neonatologiczna – Ordynator Oddziału Neonatologicznego,
   20) Poradnia Neurologiczna – Ordynator Oddziału Neurologicznego z Pododdziałem Udarowym,
   21) Poradnia Onkologiczna – Ordynator Oddziału Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej.

22)Poradnia Otolaryngologiczna – Kierownik Poradni Przyszpitalnych,
23)Poradnia Pediatryczna - Ordynator Oddziału Pediatrycznego,
24)Poradnia Rehabilitacyjna – Ordynator Oddziału Rehabilitacji Ogólnej/Neurologicznej,
25)Poradnia Urologiczna – Ordynator Oddziału Urologicznego,
26)Poradnie Zdrowia Psychicznego nr 1 i nr 2 – Ordynator Oddziału Psychiatrycznego,
27)Poradnia Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży – Ordynator Oddziału Psychiatrycznego,
28)Poradnia Psychologiczna - Ordynator Oddziału Psychiatrycznego.

§ 65

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

§ 66

Poradnia Medycyny Pracy

1. Do zadań Poradni Medycyny Pracy należy ochrona zdrowia pracujących przed wpływem niekorzystnych warunków środowiska pracy i sposobem jej wykonywania oraz sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi, w tym kontroli zdrowia pracujących.
2. Do zadań Lekarza Medycyny Pracy należy w szczególności:
   1) ograniczanie szkodliwego wpływu pracy na zdrowie, w szczególności przez:
      - współdziałanie z pracodawcą w procesach rozpoznawania i oceny czynników występujących w środowisku pracy oraz sposobów wykonywania pracy mogących mieć ujemny wpływ na zdrowie,
      - współdziałanie z pracodawcą w procesach rozpoznawania i oceny ryzyka zawodowego w środowisku pracy oraz informowanie pracodawcy i pracujących o możliwości wystąpienia niekorzystnych skutków zdrowotnych będących jego następstwem,
      - udzielanie pracodawcy i pracującym porad w zakresie organizacji pracy, ergonomii, fizjologii i psychologii pracy;
   2) sprawowanie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi, w szczególności przez:
      - wykonywanie badań wstępnych, okresowych i kontrolnych przewidzianych w Kodeksie pracy,
      - orzecznictwo lekarskie do celów przewidzianych w Kodeksie pracy i w przepisach wydanych na jego podstawie,
      - ocenę możliwości wykonywania pracy lub pobierania nauki uwzględniającą stan zdrowia i zagrożenia występujące w miejscu pracy,
      - prowadzenie działalności konsultacyjnej, diagnostycznej i orzeczniczej w zakresie patologii zawodowej,
      - prowadzenie czynnego poradnictwa w stosunku do chorych na choroby zawodowe lub inne choroby związane z wykonywaną pracą,
      - wykonywanie szczepień ochronnych, zgodnie z zapisami Ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi,
      - monitorowanie stanu zdrowia osób pracujących zaliczanych do grup szczególnego ryzyka,
      - wykonywanie badań umożliwiających wczesną diagnostykę chorób zawodowych i innych chorób związanych z wykonywaną pracą;

3) prowadzenie ambulatoryjnej rehabilitacji leczniczej, uzasadnionej stwierdzoną patologią zawodową;
4) organizowanie i udzielanie pierwszej pomocy medycznej w nagłych zachorowaniach i wypadkach, które wystąpiły w miejscu pracy lub pobierania nauki;
5) inicjowanie i realizowanie promocji zdrowia, a zwłaszcza profilaktycznych programów prozdrowotnych, wynikających z oceny stanu zdrowia pracujących;
6) inicjowanie działań na rzecz ochrony zdrowia pracowników i udzielanie pomocy w ich realizacji, a w szczególności:
   - informowanie pracowników o zasadach zmniejszania ryzyka zawodowego,
   - wdrażanie zasad profilaktyki zdrowotnej u pracowników należących do grup szczególnego ryzyka,
   - tworzenie warunków do prowadzenia rehabilitacji zawodowej,
   - wdrażanie programów promocji zdrowia,
   - organizowanie pierwszej pomocy przedmedycznej;
7) prowadzenie analiz stanu zdrowia pracowników, a zwłaszcza występowania chorób zawodowych i ich przyczyn oraz przyczyn wypadków przy pracy;
8) gromadzenie, przechowywanie i przetwarzanie informacji o narażeniu zawodowym, ryzyku zawodowym i stanie zdrowia osób objętych profilaktyczną opieką zdrowotną.

3. Lekarz Medycyny Pracy współpracuje z Pielęgniarką Medycyny Pracy.
4. Do zadań Pielęgniarki Medycyny Pracy należy:

1) ograniczanie szkodliwego wpływu pracy na zdrowie, w szczególności poprzez:
2) współdziałanie z pracodawcą w procesach rozpoznawania i oceny czynników występujących w środowisku pracy oraz sposobów wykonywania pracy mogących mieć ujemny wpływ na zdrowie,
3) współdziałanie z pracodawcą w procesach rozpoznawania i oceny ryzyka zawodowego w środowisku pracy oraz informowanie pracodawców i pracujących o możliwości wystąpienia niekorzystnych skutków zdrowotnych będących jego następstwem,
4) udzielanie pracodawcy i pracującym porad w zakresie organizacji pracy, ergonomii, fizjologii i psychologii pracy;
5) sprawowanie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi, w szczególności poprzez:
6) koordynowanie wykonywania badań wstępnych, okresowych i kontrolnych przewidzianych w Kodeksie Pracy i orzecznictwa lekarskiego do celów przewidzianych w Kodeksie Pracy i w przepisach wydanych na jego podstawie,
7) ocenę możliwości wykonywania pracy lub pobierania nauki uwzględniającą stan zdrowia i zagrożenia występujące w miejscu pracy lub nauki,
8) prowadzenie działalności konsultacyjnej, w zakresie patologii zawodowej,
9) prowadzenie czynnego poradnictwa w stosunku do chorych na choroby zawodowe lub inne choroby związane z wykonywaną pracą,
10) wykonywanie szczepień ochronnych zgodnie z aktualnymi wytycznymi,
11) monitorowanie stanu zdrowia osób pracujących zaliczanych do grup szczególnego ryzyka, a zwłaszcza osób wykonujących pracę w warunkach przekroczenia normatywów higienicznych, młodocianych, niepełnosprawnych oraz kobiet w wieku rozrodczym i ciężarnych,
12) koordynacja wykonywania badań umożliwiających wczesną diagnostykę chorób zawodowych i innych chorób związanych z wykonywaną pracą;
13) koordynacja prowadzenia ambulatoryjnej rehabilitacji leczniczej, uzasadnionej stwierdzoną patologią zawodową;
14) organizowanie i udzielanie pierwszej pomocy medycznej w nagłych zachorowaniach i wypadkach, które wystąpiły w miejscu pracy, służby lub pobierania nauki;
15) inicjowanie i realizowanie promocji zdrowia, a zwłaszcza profilaktycznych programów prozdrowotnych, wynikających z oceny stanu zdrowia pracujących;

16) inicjowanie działań pracodawcy na rzecz ochrony zdrowia pracowników i udzielanie pomocy w ich realizacji, a w szczególności w zakresie:
    - informowania pracowników o zasadach zmniejszania ryzyka zawodowego,
    - wdrażania zasad profilaktyki zdrowotnej u pracowników należących do grup szczególnego ryzyka,
    - tworzenia warunków do prowadzenia rehabilitacji zawodowej,
    - wdrażania programów promocji zdrowia,
    - organizowania pierwszej pomocy przedmedycznej;
17) prowadzenie analiz stanu zdrowia pracowników, a zwłaszcza występowania chorób zawodowych i ich przyczyn oraz przyczyn wypadków przy pracy;
18) gromadzenie, przechowywanie i przetwarzanie informacji o narażeniu zawodowym, ryzyku zawodowym i stanie zdrowia osób objętych profilaktyczną opieką zdrowotną.

Poradnia Domowego Leczenia Tlenem

§ 67

1. Poradnia Domowego Leczenia Tlenem udziela świadczeń w trybie ambulatoryjnym i w warunkach domowych.
2. Do zadań Poradni Domowego Leczenia Tlenem należy:
   1) kwalifikowanie chorych z przewlekłą niewydolnością oddechową do leczenia tlenoterapią,
   2) sprawowanie opieki nad chorymi wymagającymi wspomagania oddechu przy pomocy koncentratora tlenu poprzez badania lekarskie, wizyty lekarskie i pielęgniarskie w domu pacjenta oraz wykonywanie badań gazometrycznych, spirometrycznych, rtg klatki piersiowej (zdjęcie PA i boczne lewe), morfologii krwi i EKG lub innych, wymaganych przepisami prawa lub NFZ.
   3) zapewnienie realizacji kontrolnych badań laboratoryjnych, mikrobiologicznych i radiologicznych,
   4) zapewnienie dostępu do całodobowej konsultacji telefonicznej z personelem udzielającym świadczeń,
   5) serwisowanie koncentratora co 6 miesięcy,
   6) współpracowanie i koordynowanie działań z Oddziałem Chorób Płuc.
3. Nadzór nad działalnością Poradni Domowego Leczenia Tlenem pełni Ordynator Oddziału Chorób Płuc.

Podstawowa Opieka Zdrowotna

§ 68

1. W strukturze Podstawowej Opieki Zdrowotnej funkcjonuje:
   1) Poradnia Ogólna,
   2) Poradnia Dziecięca:
   - Poradnia Dzieci Zdrowych – Punkt Szczepień,
   - Poradnia Dzieci Chorych.
   3) Poradnia Pielęgniarki POZ.
2. Lekarz Podstawowej Opieki Zdrowotnej, zwany dalej "lekarzem POZ", planuje i realizuje opiekę lekarską nad pacjentem w zakresie udzielanych przez niego świadczeń opieki zdrowotnej, z uwzględnieniem miejsca udzielania świadczenia (w warunkach ambulatoryjnych i domowych).
3. Lekarz POZ koordynuje udzielanie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej.
4. W ramach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej lekarz POZ współpracuje z:
   1) pielęgniarką podstawowej opieki zdrowotnej i położną podstawowej opieki zdrowotnej,
   2) pielęgniarką środowiska nauczania i wychowania,
   3) innymi świadczeniodawcami, zgodnie z potrzebami pacjentów,
   4) przedstawicielami organizacji i instytucji działających na rzecz zdrowia.
5. **W zakresie działań mających na celu zachowanie zdrowia pacjenta lekarz POZ:**
   1) prowadzi edukację zdrowotną;
   2) prowadzi systematyczną i okresową ocenę stanu zdrowia w ramach badań bilansowych, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami;
   3) uczestniczy w realizacji programów zdrowotnych, działając na rzecz zachowania zdrowia w społeczności lokalnej;
   4) rozpoznaje środowisko pacjenta.
6. **W zakresie działań mających na celu profilaktykę chorób lekarz POZ:**
   1) identyfikuje czynniki ryzyka oraz zagrożenia zdrowotne pacjenta, a także podejmuje działania ukierunkowane na ich ograniczenie;
   2) koordynuje wykonanie i dokonuje kwalifikacji do obowiązkowych szczepień ochronnych pacjenta oraz zapewnia wykonywanie szczepień, zgodnie z odrębnymi przepisami, oraz informuje o szczepieniach zalecanych;
   3) uczestniczy w realizacji programów profilaktycznych;
   4) prowadzi systematyczną i okresową ocenę stanu zdrowia w ramach badań przesiewowych zgodnie z odrębnymi przepisami.
7. **W zakresie działań mających na celu rozpoznanie chorób lekarz POZ:**
   1) planuje i koordynuje postępowanie diagnostyczne, stosownie do stanu zdrowia pacjenta;
   2) informuje pacjenta o możliwościach postępowania diagnostycznego w odniesieniu do jego stanu zdrowia oraz wskazuje podmioty właściwe do jego przeprowadzenia;
   3) przeprowadza badanie podmiotowe pacjenta zgodnie z wiedzą medyczną;
   4) przeprowadza badanie przedmiotowe z wykorzystaniem technik dostępnych w warunkach podstawowej opieki zdrowotnej;
   5) wykonuje testy lub zleca wykonanie badań dodatkowych, a w szczególności laboratoryjnych i obrazowych;
   6) kieruje pacjenta na konsultacje specjalistyczne w celu dalszej diagnostyki i leczenia, w przypadku gdy uzna to za konieczne;
   7) kieruje pacjenta do jednostek lecznictwa zamkniętego w celu dalszej diagnostyki i leczenia, w przypadku gdy uzna to za konieczne;

8) dokonuje interpretacji wyników badań i konsultacji wykonanych przez innych świadczeniodawców;
9) orzeka o stanie zdrowia pacjenta w oparciu o osobiste badanie i dokumentację medyczną.

8. **W zakresie działań mających na celu leczenie chorób lekarz POZ:**
   1) planuje i uzgadnia z pacjentem postępowanie terapeutyczne, stosownie do jego problemów zdrowotnych oraz zgodnie z aktualną wiedzą medyczną;
   2) planuje i uzgadnia z pacjentem działania edukacyjne mające na celu ograniczenie lub wyeliminowanie stanu będącego przyczyną choroby świadczeniobiorcy;
   3) zleca i monitoruje leczenie farmakologiczne;
   4) wykonuje zabiegi i procedury medyczne;
   5) kieruje pacjenta do wykonania zabiegów i procedur medycznych do innych świadczeniodawców;
   6) kieruje do oddziałów lecznictwa stacjonarnego, a także do zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych oraz do oddziałów paliatywno-hospicyjnych;
   7) kieruje do pielęgniarskiej długoterminowej opieki domowej;
   8) kieruje do leczenia uzdrowiskowego;
   9) orzeka o czasowej niezdolności do pracy lub nauki zgodnie z odrębnymi przepisami;
   10) integruje, koordynuje lub kontynuuje działania lecznicze podejmowane w odniesieniu do pacjenta przez innych świadczeniodawców w ramach swoich kompetencji zawodowych.
9. **W zakresie działań mających na celu usprawnianie pacjenta lekarz POZ:**
   1) zleca wykonywanie zabiegów rehabilitacyjnych przez pacjentów;
   2) wykonuje stosownie do posiadanej przez siebie wiedzy i umiejętności oraz posiadanych kwalifikacji i możliwości zabiegi i procedury rehabilitacyjne;
   3) zleca wydanie pacjentowi przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych zgodnie z odrębnymi przepisami.
10. Świadczenia realizowane są w trybie ambulatoryjnym, a w przypadkach uzasadnionych medycznie w warunkach domowych.
11. Świadczenia zdrowotne w zakresie Podstawowej Opieki Zdrowotnej udzielane są na podstawie deklaracji woli wyboru lekarza pierwszego kontaktu złożonej przez pacjenta, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa.
12. Warunkiem niezbędnym do złożenia deklaracji jest posiadanie przez pacjenta uprawnienia do korzystania z bezpłatnych świadczeń zdrowotnych na podstawie Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
13. **Zakres zadań pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, zwanej dalej „pielęgniarką POZ”:**
   1) Zadania pielęgniarki POZ w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki chorób obejmują:
   a) rozpoznawanie, ocenę i zapobieganie zagrożeniom zdrowotnym u świadczeniobiorców;
   b) rozpoznawanie potrzeb pielęgnacyjnych i problemów zdrowotnych świadczeniobiorców;
   c) prowadzenie edukacji zdrowotnej;
   d) prowadzenie poradnictwa w zakresie zdrowego stylu życia;
   e) monitorowanie rozwoju dziecka;
   f) realizację programów zdrowotnych, programów polityki zdrowotnej i profilaktyki chorób;
   g) prowadzenie działań profilaktycznych u świadczeniobiorców z grup ryzyka zdrowotnego;
   h) organizowanie grup wsparcia;
   i) profilaktykę chorób wieku rozwojowego;
   j) edukację w zakresie obowiązkowych i zalecanych szczepień ochronnych przeciw chorobom zakaźnym.
   2) Zadania pielęgniarki POZ w zakresie świadczeń pielęgnacyjnych obejmują:

a) realizację opieki pielęgnacyjnej nad świadczeniobiorcą w różnych stanach zdrowia i choroby zgodnie z aktualną wiedzą medyczną i standardami opieki pielęgniarskiej;
b) wykonywanie zabiegów pielęgnacyjnych;
c) przygotowywanie i aktywizowanie do samoopieki i samopielęgnacji w chorobie i niepełnosprawności.
d) Zadania pielęgniarki POZ w zakresie świadczeń diagnostycznych obejmują:
e) przeprowadzanie wywiadów środowiskowych;
f) wykonywanie badania fizykalnego;
g) wykonywanie podstawowych parametrów życiowych i ich ocenę oraz interpretację;
h) ocenę stanu ogólnego świadczeniobiorcy oraz procesu jego zdrowienia;
i) ocenę jakości życia i wydolności psychofizycznej świadczeniobiorcy;
j) wykrywanie odchyleń od normy rozwojowej;
k) wykonywanie testów diagnostycznych poza laboratorium przy wykorzystaniu zestawów i aparatury przeznaczonych
l) do wykonywania oznaczeń w miejscu zamieszkania świadczeniobiorcy;
m) ocenę i monitorowanie bólu;
n) ocenę wydolności pielęgnacyjno-opiekuńczej rodziny;
o) pobieranie materiału do badań diagnostycznych;
p) wystawianie skierowań na wykonanie badań diagnostycznych, w tym medycznej diagnostyki laboratoryjnej, z wyjątkiem badań wymagających metod diagnostycznych i leczniczych stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta –zgodnie z wymogami art. 15a ust. 6 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej.
3) Zadania pielęgniarki POZ w zakresie świadczeń leczniczych obejmują:
a) udzielanie pierwszej pomocy w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego i w nagłych zachorowaniach, w tym prowadzenie resuscytacji krążeniowo-oddechowej;
b) podawanie leków różnymi drogami i technikami zleconymi przez lekarza, w tym wykonywanie iniekcji domięśniowych, dożylnych, podskórnych, śródskórnych oraz wykonywanie wlewów dożylnych;
c) zakładanie opatrunków na rany, odleżyny i oparzenia;
d) cewnikowanie pęcherza moczowego i usuwanie cewnika;
e) płukanie pęcherza moczowego;
f) wykonywanie wlewów lub wlewek doodbytniczych;
g) w porozumieniu z lekarzem wykonywanie zabiegów pielęgnacyjno-leczniczych w stomiach, przetokach i trudno gojących się ranach;
h) zdejmowanie szwów;
i) wykonywanie inhalacji;
j) wykonywanie zabiegów z zastosowaniem ciepła i zimna;
k) ustalanie diety w żywieniu przewlekle chorych;
l) dobór technik karmienia w zależności od stanu chorego;
m) doraźną modyfikację dawki leków przeciwbólowych, w uzgodnieniu z lekarzem i zgodnie z wykazem leków, do podawania których jest uprawniona pielęgniarka;
n) w ramach samodzielnego wykonywania świadczeń – ordynowanie leków zawierających określone substancje czynne, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, oraz środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, w tym wystawianie na nie recept oraz ordynowanie określonych wyrobów medycznych, w tym wystawianie na nie zleceń albo recept – zgodnie z wymogami określonymi w art. 15a ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej;
o) w ramach realizacji zleceń lekarskich – wystawianie recept na leki, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz

wyroby medyczne, niezbędne do kontynuacji leczenia, oraz wystawienie zleceń na wyroby medyczne – zgodnie z wymogami określonymi w art. 15a ust. 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej.

4) Zadania pielęgniarki POZ w zakresie świadczeń rehabilitacyjnych obejmują:
   a) rehabilitację przyłóżkową w celu zapobiegania powikłaniom wynikającym z procesu chorobowego i długotrwałego unieruchomienia;
   b) usprawnianie ruchowe;
   c) drenaż ułożeniowy, prowadzenie gimnastyki oddechowej;
   d) ćwiczenia ogólno usprawniające;
   e) ułożenie i przemieszczanie chorego w łóżku.

14. Świadczenia realizowane są w trybie ambulatoryjnym, a w przypadkach uzasadnionych medycznie w warunkach domowych.
15. Świadczenia zdrowotne w zakresie Poradni Pielęgniarki POZ udzielane są na podstawie deklaracji woli wyboru pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej złożonej przez pacjenta, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa.
16. Warunkiem niezbędnym do złożenia deklaracji jest posiadanie przez pacjenta uprawnienia do korzystania z bezpłatnych świadczeń zdrowotnych na podstawie Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Nocna i świąteczna opieka zdrowotna

§ 69

1. Nocna i świąteczna opieka zdrowotna funkcjonuje w strukturze Podstawowej Opieki Zdrowotnej i obejmuje dwie poradnie:
   1) Poradnię nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej nr 1,
   2) Poradnię nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej nr 2.
2. Do zadań świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej należy realizacja świadczeń zdrowotnych w warunkach ambulatoryjnych i w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy na rzecz pacjentów w przypadku nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia, które nie jest stanem nagłym, przez:
   1) lekarza w warunkach ambulatoryjnych w bezpośrednim kontakcie ze świadczeniobiorcą lub telefonicznie oraz w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy,
   2) pielęgniarkę, zleconych przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, wynikających z potrzeby zachowania ciągłości leczenia lub pielęgnacji lub udzielanych doraźnie w związku z poradą lekarską w warunkach: ambulatoryjnych lub w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy (w zależności od rodzaju świadczenia gwarantowanego).
3. Nocna i świąteczna opieki zdrowotna realizowana jest od poniedziałku do piątku w godzinach od 18:00 do 8:00 dnia następnego, w soboty, niedziele i inne dni ustawowo wolne od pracy w godzinach od 8:00 dnia danego do godziny 8:00 dnia następnego.
4. Obszar działania Poradni nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej:
   1) Poradnia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej nr 1 obejmuje swoim działaniem obszar zabezpieczenia powyżej 50 tys. świadczeniobiorców dla mieszkańców powiatu chrzanowskiego.
   2) Poradnia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej nr 2 obejmuje swoim działaniem obszar zabezpieczenia do 50 tys. świadczeniobiorców dla mieszkańców gminy Krzeszowice: miasto i obszar wiejski.

5. Do czasu innych rozwiązań świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej realizowane są przez podwykonawcę Szpitala.

Pogotowie Ratunkowe

§ 70

1. **Pogotowie Ratunkowe** funkcjonuje w ramach jednostek Systemu Ratownictwa Medycznego i udziela świadczeń zdrowotnych osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowia przez następujące zespoły ratownictwa medycznego:
   1) Zespół ,,P" – podstawowy – miejsce stacjonowania – ul. Topolowa 16 w Chrzanowie,
   2) Zespół ,,P" – podstawowy – miejsce stacjonowania – ul. Topolowa 16 w Chrzanowie,
   3) Zespół ,,P" – podstawowy – miejsce stacjonowania – ul. Lipowiecka 3 w Wygiełzowie,
   4) Zespół ,,P" – podstawowy – miejsce stacjonowania – ul. Kościuszki 50 w Trzebini,
   5) Zespół ,,P" – podstawowy – miejsce stacjonowania – ul. Górnicza 5 w Libiążu.

2. **Do zadań zespołów ratownictwa medycznego** należy:
   a) organizowanie i udzielanie bezzwłocznej pomocy medycznej osobom, które uległy wypadkom, urazom, nagłym zachorowaniom, oraz nagłemu pogorszeniu stanu zdrowia skutkującemu zagrożeniem życia – w miejscu zdarzenia lub zamieszkania,
   b) organizowanie oraz pomoc w akcjach ratowniczych w przypadku klęsk żywiołowych, katastrof i w innych masowych akcjach - na terenie Powiatu,
   c) realizowanie zadań wynikających z zawartych umów dotyczących działania zespołów ratownictwa medycznego - na granicy Powiatów,
   d) realizowanie zadań wynikających z przepisów ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym.
3. Rejon działania zespołów ratownictwa medycznego obejmuje Powiat Chrzanowski i wyodrębniony odcinek autostrady A4 oraz pomoc sąsiednim stacjom Pogotowia Ratunkowego.
4. Kierownik Pogotowia Ratunkowego planuje, organizuje i nadzoruje oraz ponosi odpowiedzialność za całokształt działalności Pogotowia – podlega służbowo Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa.

Zakład Rehabilitacji

§ 71

1. **Zakład Rehabilitacji** udziela świadczeń zdrowotnych w dni powszednie, w trybie ambulatoryjnym.
2. W strukturze Zakładu Rehabilitacji funkcjonują następujące pracownie:
   1) Fizykoterapii,
   2) Hydroterapii,
   3) Kinezyterapii,
   4) Masażu.
3. **Do zadań Zakładu Rehabilitacji** należy realizacja świadczeń zdrowotnych z zakresu rehabilitacji leczniczej:
   1) w warunkach ambulatoryjnych, w tym dla pacjentów po przebyciu COVID-19,
   2) dla pacjentów hospitalizowanych w oddziałach szpitalnych,
   3) w przypadkach uzasadnionych medycznie w warunkach domowych.
4. Realizacja świadczeń rehabilitacyjnych dla pacjentów hospitalizowanych w oddziałach szpitalnych odbywa się poprzez:
   1) wykonywanie zleconych zabiegów rehabilitacyjnych,
   2) informowanie lekarza o skuteczności zabiegów rehabilitacyjnych stosowanych u pacjenta,
   3) prowadzenie dokumentacji wykonywanych zabiegów rehabilitacyjnych,
   4) ścisłe współpracowanie z personelem oddziałów szpitalnych.
5. Ponadto do zadań Zakładu Rehabilitacji należy:
   1) zapewnienie stosownej opieki pacjentom przed, w trakcie i bezpośrednio po zabiegu,
   2) prowadzenie dokumentacji w sposób staranny i zgodny z obowiązującymi przepisami,
   3) utrzymywanie Zakładu w należytym stanie sanitarno-higienicznym i porządkowym,
   4) utrzymywanie w należytym stanie aparatury medycznej oraz sprzętu medycznego i gospodarczego,
   5) składanie bieżących zapotrzebowań na środki i aparaturę niezbędną do prawidłowego funkcjonowania działu,
   6) terminowe i dokładne prowadzenie ewidencji realizowanych świadczeń zdrowotnych wg obowiązujących przepisów oraz wymogów Narodowego Funduszu Zdrowia,
   7) stałe podnoszenie kwalifikacji personelu medycznego zatrudnionego w komórce.
7. Zakład Rehabilitacji udziela świadczeń rehabilitacyjnych na zlecenie lekarzy lecznictwa stacjonarnego i ambulatoryjnego Szpitala, lekarzy z innych podmiotów leczniczych lub na podstawie odrębnych umów lub na podstawie wizyty fizjoterapeutycznej.
8. Kierownik Zakładu Rehabilitacji planuje, organizuje i nadzoruje oraz ponosi odpowiedzialność za całokształt działalności Zakładu Rehabilitacji – podlega służbowo Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.

§ 72

1. **Ośrodek Rehabilitacji Dziennej** funkcjonuje w trybie ambulatoryjnym.
2. Do zadań Ośrodka Rehabilitacji Dziennej należy realizacja świadczeń zdrowotnych z zakresu rehabilitacji leczniczej w trybie dziennym.
3. Nadzór nad działalnością Ośrodka Rehabilitacji Dziennej pełni Ordynator Oddziału Rehabilitacji Ogólnej i Ordynator Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej.

§ 73

1. **Ośrodek Rehabilitacji Kardiologicznej Dziennej** funkcjonuje w trybie ambulatoryjnym.
2. Do zadań Ośrodka Rehabilitacji Kardiologicznej Dziennej należy realizacja świadczeń zdrowotnych z zakresu kompleksowej rehabilitacji pacjentów kardiologicznych

po przebytych incydentach wieńcowych (ostry zespół wieńcowy, zawał mięśnia sercowego), zabiegach inwazyjnych w zakresie układu krążenia, w innych chorobach układu krążenia, w tym w niewydolności krążenia, w trybie dziennym.

3. Nadzór nad działalnością Ośrodka Rehabilitacji Kardiologicznej Dziennej pełni Ordynator Oddziału Rehabilitacji Ogólnej i Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej oraz Ordynator Oddziału Kardiologicznego.

Centrum Zdrowia Psychicznego

§ 74

1. **Centrum Zdrowia Psychicznego** wyodrębnia się jako strukturę funkcjonalną Szpitala.
2. Centrum Zdrowia Psychicznego zapewnia kompleksową, ciągłą i koordynowaną opiekę psychiatryczną w obszarze swojego działania w rodzajach: ambulatoryjne świadczenia zdrowotne oraz stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne.
3. W strukturze Centrum Zdrowia Psychicznego funkcjonuje:
   1) Oddział Psychiatryczny;
   2) Oddział Dzienny Psychiatryczny;
   3) Izba Przyjęć Psychiatryczna;
   4) Moduł Ambulatoryjny Centrum Zdrowia Psychicznego:
      a) Poradnia Zdrowia Psychicznego nr 1;
      b) Poradnia Zdrowia Psychicznego nr 2;
      c) Zespół Leczenia Środowiskowego (domowego);
      d) Punkt Zgłoszeniowo-Koordynacyjny (PZK) nr 1;
      e) Punkt Zgłoszeniowo-Koordynacyjny (PZK) nr 2.

4. Do zadań Centrum Zdrowia Psychicznego należy zapewnienie świadczeń opieki psychiatrycznej w trybie nagłym i planowym poprzez:
   1) stacjonarną, całodobową opiekę medyczną nad pacjentem,
   2) pomoc doraźną w miejscu udzielania,
   3) dzienną opiekę medyczną nad pacjentem,
   4) ambulatoryjną i domową opiekę medyczną nad pacjentem,
   5) ustalanie planu terapii i zdrowienia oraz jego koordynowanie,
   6) świadczenia i programy terapeutyczne obejmujące zadania specjalne z zakresu psychoterapii indywidualnej i grupowej,
   7) niezbędne badania diagnostyczne,
   8) konsultacje specjalistyczne,
   9) środki farmaceutyczne, leki i wyroby medyczne,
   10) wyżywienie,
   11) działania edukacyjno-konsultacyjne dla pacjentów i ich rodzin
   12) współpracę z placówkami opieki zdrowotnej, organami, stowarzyszeniami i innymi organizacjami działającymi na rzecz ochrony zdrowia psychicznego.
5. Przebieg procesu udzielania świadczeń w Centrum Zdrowia Psychicznego uwzględnia opiekę czynną, długoterminową, krótkoterminową, doraźną i konsultacyjną oraz koordynację udzielania świadczeń oraz opracowywanie i realizację planów terapii zdrowienia.
6. Nadzór nad działalnością Centrum Zdrowia Psychicznego pełni Kierownik Centrum Zdrowia Psychicznego, który pełni równocześnie funkcję Ordynatora Oddziału Psychiatrycznego. Podlega służbowo Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa.

§ 75

1. **Oddział Psychiatryczny** (ogólny) funkcjonuje w trybie stacjonarnym, w ramach Centrum Zdrowia Psychicznego.
2. Organizację i zadania Oddziału Psychiatrycznego regulują zapisy § 49-52 Regulaminu Organizacyjnego Szpitala.
3. Do zadań specjalistycznych Oddziału Psychiatrycznego należy zapewnienie świadczeń opieki psychiatrycznej w trybie nagłym i planowym poprzez:

1) świadczenia terapeutyczne obejmujące zadania specjalne z zakresu psychoterapii indywidualnej i grupowej,
2) świadczenia rehabilitacyjne u osób z zaburzeniami psychicznymi,
3) niezbędne badania diagnostyczne,
4) konsultacje specjalistyczne,
5) środki farmaceutyczne, leki i wyroby medyczne,
6) zakwaterowanie i wyżywienie,
7) działania edukacyjno-konsultacyjne dla pacjentów i ich rodzin.

4. Sposób kierowania komórkami organizacyjnymi wchodzącymi w strukturę Centrum Zdrowia Psychicznego, a także przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych oraz warunki współdziałania struktur wewnętrznych szpitala i inne zapisy określają uregulowania Regulaminu Organizacyjnego Szpitala.
5. **Oddział Dzienny Psychiatryczny** (ogólny) funkcjonuje w trybie dziennym, w ramach Centrum Zdrowia Psychicznego.
6. Do zadań Oddziału Dziennego Psychiatrycznego należy zapewnienie świadczeń opieki psychiatrycznej w trybie planowym poprzez:
   1) dzienną opiekę medyczną nad pacjentem,
   2) konsultacje specjalistyczne,
   3) środki farmaceutyczne, leki i wyroby medyczne,
   4) wyżywienie,
   5) działania edukacyjno-konsultacyjne dla pacjentów i ich rodzin.
7. Nadzór nad Oddziałem Dziennym Psychiatrycznym pełni Koordynator Oddziału Dziennego Psychiatrycznego, który podlega służbowo Kierownikowi Centrum Zdrowia Psychicznego.
8. Zasady uczestnictwa w zajęciach terapeutycznych w Oddziale Dziennym Psychiatrycznym określa Załącznik nr 5 do niniejszego Regulaminu.
9. **Izba Przyjęć Psychiatryczna** funkcjonuje przy oddziale psychiatrycznym i udziela świadczeń zdrowotnych w stanach nagłych i przypadkach pilnych w miejscu udzielania pomocy doraźnej.
10. W stanach nagłych świadczenia opieki zdrowotnej udzielane są niezwłocznie przez 24 godziny na dobę we wszystkie dni tygodnia.

11. Moduł Ambulatoryjny Centrum Zdrowia Psychicznego:
    1) **Poradnia Zdrowia Psychicznego nr 1** funkcjonuje w trybie ambulatoryjnym na miejscu w poradni zlokalizowanej przy Szpitalu,
    2) **Poradnia Zdrowia Psychicznego nr 2** funkcjonuje w trybie ambulatoryjnym w poradni zlokalizowanej w Krzeszowicach.
    3) Na obszarze działania centrum funkcjonują także Poradnie Zdrowa Psychicznego w ramach podwykonawstwa.
    4) Do zadań Poradni Zdrowia Psychicznego należy zapewnienie świadczeń opieki psychiatrycznej w trybie ambulatoryjnym, w tym w warunkach domowych, w miejscu przebywania pacjenta poprzez udzielane:
       a) porady diagnostyczne,
       b) porady terapeutyczne,
       c) porady kontrolne,
       d) porady psychologiczne,
       e) wizyty domowe / środowiskowe,
       f) sesje psychoterapii indywidualnej,
       g) sesje psychoterapii rodzinnej,
       h) sesje psychoterapii grupowej,
       i) sesje wsparcia psychospołecznego.

5) **Zespół Leczenia Środowiskowego** (domowego) funkcjonuje w trybie ambulatoryjnym, w ramach Centrum Zdrowia Psychicznego.
6) Do zadań Zespołu Leczenia Środowiskowego (domowego) należy zapewnienie świadczeń opieki psychiatrycznej w trybie planowym w warunkach domowych, w miejscu przebywania pacjenta poprzez udzielane:
   a) leczenie środowiskowe,
   b) wizyty domowe / środowiskowe,
   c) sesje psychoterapii indywidualnej,
   d) sesje psychoterapii rodzinnej,
   e) sesje wsparcia psychospołecznego.

7) **Punkt Zgłoszeniowo-Koordynacyjny** funkcjonuje przy oddziale lub poradni zdrowia psychicznego i zapewnia ciągłość gotowości reakcji na zgłoszenia osobiste, telefoniczne i teleinformatyczne w godzinach 8 -18 w dni powszechne.
8) Obszar działania **Punktu Zgłoszeniowo-Koordynacyjnego**:
   a) Punkt Zgłoszeniowo-Koordynacyjny nr 1 obejmuje swoim działaniem powiat chrzanowski.
   b) Punkt Zgłoszeniowo-Koordynacyjny nr 2 obejmuje swoim działaniem gminę Krzeszowice: miasto i obszar wiejski.
9) Punkt Zgłoszeniowo-Koordynacyjny może być uruchomiony w innym miejscu na obszarze działania Centrum.
10) Do zadań Punktu Zgłoszeniowo-Koordynacyjnego należy zapewnienie świadczeń opieki psychiatrycznej w zakresie gotowości reakcji na zgłoszenie poprzez:
   a) udzielanie informacji o zakresie działania centrum i możliwości uzyskania świadczeń opieki zdrowotnej,
   b) przeprowadzanie wstępnej oceny potrzeb zdrowotnych osób zgłaszających się, wsparcia adekwatnie do zidentyfikowanych potrzeb oraz uzgodnienie wstępnego planu postępowania,
   c) uzgodnienie terminu i miejsca udzielenia świadczenia,
   d) udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie porad, wizyt i sesji wsparcia psycho-społecznego.
11) Nadzór nad działalnością Modułu Ambulatoryjnego Centrum Zdrowia Psychicznego pełni Kierownik. Podlega służbowo Kierownikowi Centrum Zdrowia Psychicznego.

§ 76

1. **Centrum Zdrowia Psychicznego** w zakresie zapewnienia kompleksowej opieki psychiatrycznej udzielanej pacjentom z obszaru swojego działania współpracuje z:
   1) Poradniami Zdrowia Psychicznego,
   2) placówkami opieki zdrowotnej(w tym lekarzami POZ),
   3) instytucjami,
   4) lokalnymi organami administracji samorządowej i rządowej (w tym pomocy społecznej),
   5) organizacjami i stowarzyszeniami społecznymi działającymi na rzecz ochrony zdrowia psychicznego,
   6) grupami samopomocy pacjentów i ich rodzin.
2. Centrum Zdrowia Psychicznego współpracuje i zobowiązane jest do współdziałania co najmniej w zakresie niezbędnym do zapewnienia koordynacji zadań z zakresu ochrony zdrowia psychicznego, w tym promocji zdrowia i edukacji społecznej.

ORGANIZACJA I ZADANIA POZOSTAŁYCH KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH

Centralna Sterylizatornia

§ 77

1. **Centralna Sterylizatornia** funkcjonuje od poniedziałku do piątku w godz. od 6.00 do 21.00, a w soboty, niedziele i święta od godz. 6.00 do 18.00.
2. Do szczegółowych zadań Centralnej Sterylizatorni należy:
   1) mycie i dezynfekcja właściwa narzędzi przyjmowanych do Centralnej Sterylizatorni w celu wyjałowienia,
   2) wykonywanie sterylizacji materiałów opatrunkowych, sprzętu i bielizny,
   3) przygotowywanie, opracowywanie i pakowanie oraz sterylizacja materiału zgodnie z opracowanymi instrukcjami,
   4) transportowanie i ekspedycja materiału sterylnego do użytkowników,
   5) stałe kontrolowanie bakteriologiczne materiałów poddawanych procesom sterylizacji - monitoring,
   6) stałe kontrolowanie / monitoring procesu sterylizacji,
   7) okresowe kontrolowanie sposobów przechowywania materiału sterylnego w oddziałach.
3. Kierownik Centralnej Sterylizatorni planuje, organizuje i nadzoruje oraz ponosi odpowiedzialność za całokształt działalności Centralnej Sterylizatorni - podlegając służbowo Naczelnej Pielęgniarce

§ 78
Dietetyk

1. **Dietetyk** podlega służbowo Naczelnej Pielęgniarce.
2. **Do zadań Dietetyka należy:**
   1) <u>w zakresie planowania:</u>
      - planowanie dziennego zapotrzebowania na wyżywienie z uwzględnieniem diet i innych potrzeb pacjentów w tym zakresie, we współpracy z Ordynatorami / Kierownikami / Koordynatorami Oddziałów i Pielęgniarkami / Położnymi Oddziałowymi / koordynującymi,
      - planowanie szkoleń dla personelu i pacjentów,
      - planowanie kontroli procesu żywienia pacjenta.
   2) <u>w zakresie organizacji:</u>
      - współpracowanie z Oddziałami,
      - współpracowanie z kierownikiem kuchni,
      - organizowanie nadzoru nad kuchenkami oddziałowymi,
      - organizowanie nadzoru nad transportem i urządzeniami służącymi do transportu żywności,
      - organizowanie edukacji personelu i pacjentów w zakresie żywienia:
   3) <u>w zakresie kontroli:</u>
      - kontrolowanie gotowych potraw w kuchni przed wydaniem ich na oddział, pod względem jakościowym i ilościowym,
      - dopilnowanie dokładności sporządzania zamówień, zgodnie z liczbą chorych i rodzajem diet,
      - sporządzanie miesięcznych raportów, na podstawie danych nadesłanych z oddziałów,

- kontrolowanie wydawania, porcjowania, temperatury i czasu wydawania potraw chorym na oddziale i kontakt z chorymi w celu zbierania ich uwag dotyczących żywienia (ankietyzacja),
- kontrolowanie przechowywania żywności przez pacjentów,
- kontrolowanie transportu gotowych produktów,
- kontrolowanie pracy kuchenek oddziałowych (zasady sanitarno-epidemiologiczne, książeczki, ubiór).

§ 78a
Pracownik ds. Socjalnych

1. **Pracownik ds. Socjalnych** podlega służbowo Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.
2. Do zadań **Pracownika ds. Socjalnych** należy:
   1) udzielanie rodzinie pacjenta (lub jego opiekunom) informacji dotyczących postępowania z przewlekle lub obłożnie chorym, kalekim lub nieuleczalnie chorym pacjentem (opartych na zaleceniach lekarza leczącego),
   2) zapewnienie pacjentom bezdomnym ubrania, miejsca pobytu (m.in. w schronisku, noclegowni, domu pomocy społecznej, domu samotnej matki, oddziale dla przewlekle chorych lub opieki długoterminowej) oraz pochówku (w razie zgonu),
   3) kontrola środowiska pacjenta (warunków mieszkaniowych i rodzinnych) mająca na celu zapewnienie mu pomocy lub skierowanie w odpowiedniej placówki (m.in. domu pomocy społecznej lub zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego),
   4) pomoc w stworzeniu warunków do odbycia połogu samotnym matkom po wypisaniu ich ze Szpitala, umieszczenie w Domu Samotnej Matki,
   5) występowanie do Sądu Rodzinno - Opiekuńczego o skierowanie dzieci pozbawionych opieki domowej do placówki opiekuńczo-wychowawczej,
   6) pomoc w adopcji (m.in. przekazanie wywiadu z matką zrzekającą się dziecka, przekazanie dziecka do rodziny zastępczej lub oddziału proadopcynego),
   7) przekazywanie pacjenta pod opiekę placówek podstawowej opieki zdrowotnej w celu zapewnienia dalszej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej,
   8) podejmowanie działań zmierzających do umieszczenia pacjenta w Domu Pomocy Społecznej ze względu na warunki bytowe i brak rodziny,
   9) przekazywanie pacjentów samotnych do Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego,
   10) występowanie do różnych instytucji w imieniu pacjenta lub na jego prośbę,
   11) sprawdzanie ubezpieczenia, w razie jego braku u osób samotnych i bezdomnych zgłaszanie do opieki społecznej w celu ubezpieczenia zdrowotnego.

Dział Epidemiologii i Higieny Szpitalnej

§ 79

1. Na czele Działu Epidemiologii i Higieny Szpitalnej stoi Kierownik Działu Epidemiologii i Higieny Szpitalnej, który podlega bezpośrednio Naczelnej Pielęgniarce.
2. Kierownik Działu Epidemiologii i Higieny Szpitalnej planuje, organizuje i nadzoruje oraz ponosi odpowiedzialność za całokształt działalności Działu Epidemiologii i Higieny Szpitalnej.
3. W skład Działu Epidemiologii i Higieny Szpitalnej wchodzą:
   1) Specjalista ds. Epidemiologii,
   2) zespół salowych,

3) zespół sprzątaczek,
4) zespół transportu wewnętrznego,
5) obsługa garderoby i szatni (sezonowo).

4. Pracę zespołu sprzątaczek nadzoruje i koordynuje wyznaczona osoba koordynująca.
5. **Do zadań Działu Epidemiologii i Higieny Szpitalnej należy:**
   1) nadzorowanie i monitorowanie stanu sanitarno-epidemiologicznego szpitala, obejmujące profilaktykę i zwalczanie zakażeń szpitalny,
   2) utrzymanie czystości fizycznej i mikrobiologicznej powierzchni pomieszczeń wraz z wyposażeniem i sprzętu w obszarze medycznym (oddziały szpitalne, działy diagnostyczne i konsultacyjne), w obszarze administracyjno – technicznym Szpitala (pomieszczenia administracyjne, hole, windy, klatki schodowe i inne, ciągi komunikacyjne), szatnie dla personelu oraz inne podporządkowane pomieszczenia (z wyjątkiem komórek organizacyjnych posiadających własny personel sprzątający),
   3) wykonywanie czynności pomocniczych w zakresie pielęgnacji pacjenta,
   4) świadczenie transportów wewnątrzszpitalnych oraz innych wynikających z bieżących potrzeb oddziału / komórki, w zależności od możliwości kadrowych,
   5) obsługa szatni szpitalnej, które czynna jest sezonowo,
   6) obsługa garderoby szpitalnej,
   7) obsługa dezynfekcji łóżek w Stacji Łóżek,
   8) w punkcie pralniczym – udział w sortowaniu, odbiorze ilościowym i jakościowym czystego i brudnego prania,
   9) transport pacjentów, odpadów medycznych, odpadów komunalnych, posiłków, materiałów od badań diagnostycznych, produktów z Apteki Szpitalnej,
   10) kompleksowe organizowanie procesu sprzątania na poziomie zapobiegającym szerzeniu się zakażeń wewnątrzszpitalnych.
6. **Do zadań Specjalisty ds. Epidemiologii należy:**
   1) współuczestniczenie w wypracowaniu strategii Szpitala w zakresie profilaktyki i zwalczania zakażeń szpitalnych (w tym opracowywanie programów w zakresie profilaktyki i zwalczania zakażeń w szpitalu),
   2) nadzorowanie i monitorowanie stanu sanitarno-epidemiologicznego szpitala,
   3) nadzorowanie pracy personelu we wszystkich działach i pomieszczeniach szpitalnych pod kątem przestrzegania wymogów epidemiologicznych,
   4) koordynowanie wypracowania standardów organizacyjnych dotyczących systemu pracy personelu, szczególnie:
      - metod i technik pracy personelu,
      - systemu transportu wewnętrznego,
      - sposobów zbierania, gromadzenia i utylizacji odpadów,
      - procesów dezynfekcji i sterylizacji,
      - procesów dezynsekcji i deratyzacji,
   5) określanie czynników ryzyka zakażeń wśród pacjentów i personelu,
   6) analizowanie źródeł zakażeń,
   7) nadzorowanie prowadzenia dokumentacji kontroli zakażeń szpitalnych, a szczególnie związanej z rejestracją pacjentów i personelu z zakażeniem szpitalnym,
   8) uczestniczenie w planowaniu opieki nad pacjentem z zakażeniem szpitalnym,
   9) sprawowanie nadzoru nad systemem izolacji pacjentów, którzy stwarzają ryzyko zakażeń dla innych,
   10) sporządzanie i przekazywanie właściwemu państwowemu inspektorowi sanitarnemu raportów o bieżącej sytuacji epidemiologicznej,
   11) zgłaszanie w ciągu 24 godzin potwierdzonego epidemicznego wzrostu liczby zakażeń szpitalnych,

12) współpracowanie z komórkami Szpitala odpowiedzialnymi za ochronę zdrowia personelu – współpracowanie z lekarzem medycyny pracy (badania okresowe, szczepienia ochronne personelu oraz Specjalistą ds. BHP w zakresie przestrzegania w Szpitalu pracy przepisów BHP),
13) organizowanie i prowadzenie systematycznej edukacji personelu medycznego z zakresu zakażeń szpitalnych,
14) opracowywanie i realizowanie programów edukacyjnych,
15) promowanie zdrowia,
16) wykonywanie innych poleceń przełożonego w zależności od potrzeb Szpitala.

§ 80

Do podstawowych obowiązków Komitetu ds. Zakażeń Szpitalnych należy:

1. Opracowanie planów i kierunków systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych.
2. Ocena wyników kontroli wewnętrznej przedstawionych przez zespół kontroli zakażeń szpitalnych.
3. Opracowanie i aktualizacja standardów farmakoprofilaktyki i farmakoterapii zakażeń i chorób zakaźnych w szpitalu.

ORGANIZACJA I ZADANIA
KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH NIEMEDYCZNYCH

§ 81

1. Komórka organizacyjna niemedyczna Szpitala nie zajmuje się bezpośrednio udzielaniem świadczeń zdrowotnych.
2. W komórkach organizacyjnych wyodrębnia się: działy, sekcje, samodzielne stanowiska.
3. Do wspólnych zadań komórek organizacyjnych niemedycznych Szpitala należy w szczególności:
   1) prowadzenie całokształtu spraw właściwych dla zakresu zadań danej komórki, zgodnie z obowiązującymi aktami wewnętrznymi oraz przepisami prawa,
   2) współpracowanie z innymi komórkami organizacyjnymi Szpitala w zakresie obowiązków administracyjno- organizacyjnych, finansowych oraz technicznych,
   3) opracowywanie sprawozdań z wykonanych zadań, zadań zleconych przez Dyrektora oraz sprawozdań i informacji wynikających z odrębnych przepisów powszechnie obowiązującego prawa,
   4) prowadzenie bazy danych obejmującej sfery działalności danej komórki organizacyjnej,
   5) przygotowywanie opracowań strategicznych dla Szpitala,
   6) realizowanie zarządzeń, poleceń służbowych Dyrektora Szpitala,
   7) działania na rzecz właściwego wykorzystania czasu pracy i potencjału pracowniczego,
   8) realizowanie zadań wynikających ze standardów akredytacyjnych i Zintegrowanego Systemu Zarządzania (jakość, BHP, środowisko, bezpieczeństwo informacji),
   9) przestrzeganie przepisów o ochronie danych w zakresie gromadzonych informacji,
   10) inicjowanie działań służących skuteczniejszej realizacji zadań Szpitala,
   11) dbanie o należyty wizerunek Szpitala.

Pion Ekonomiczno-Finansowy

§ 82

1. Na czele Pionu Ekonomiczno-Finansowego stoi Główny Księgowy, który planuje, organizuje i nadzoruje oraz ponosi odpowiedzialność za działalność Pionu Ekonomiczno - Finansowego i podlega służbowo Dyrektorowi Szpitala.
2. Główny Księgowy wykonuje swoje obowiązki przy pomocy kierowników działów i sekcji.
3. Głównemu Księgowemu podlega Dział Finansowo – Księgowy.

4. W skład Działu Finansowo – Księgowego wchodzą:
   1) Sekcja Księgowości (wraz ze stanowiskiem Referenta ds. Inwentaryzacji i środków trwałych i kasą),
   2) Sekcja Kosztów, Planowania i Analiz Ekonomicznych,
   3) Sekcja Płac.

5. **Do zadań Sekcji Księgowości należy:**
   1) wykonywanie obowiązków zgodnie z Ustawą o rachunkowości z dnia 29.09.1994 r. z późniejszymi zmianami, a także aktami wykonawczymi do w/w Ustawy,
   2) księgowanie faktur dotyczących sprzedaży, świadczeń medycznych, zakupu materiałów i usług,
   3) wystawianie faktur, faktur korygujących, not obciążeniowych i sporządzanie rejestrów sprzedaży,
   4) sporządzanie miesięcznych deklaracji rozliczeniowych,

5) księgowanie dowodów bankowych,
6) rozliczanie i uzgadnianie kont,
7) przyjmowanie wpłat i dokonywanie wypłat,
8) sporządzanie raportów kasowych,
9) prowadzenie depozytów pacjentów zgodnie z instrukcją kasową i procedurami jakościowymi, obowiązującymi w tym zakresie,
10) rozliczenia kas fiskalnych,
11) księgowanie dokumentów przychodowych i rozchodowych,
12) rozliczanie stanów zapasów magazynowych,
13) rozliczanie inwentaryzacji,
14) sporządzanie przelewów i ich realizacja,
15) rozliczanie delegacji służbowych,
16) rozliczanie zaliczek pobranych przez pracowników,
17) kierowanie spraw nierozliczonych zobowiązań do Radcy Prawnego,
18) przygotowywanie materiałów do przeprowadzania badania sprawozdań finansowych za dany rok,
19) terminowe wypełnianie obowiązków sprawozdawczych,
20) prowadzenie korespondencji dotyczącej rozliczeń finansowych,
21) comiesięczne uzgadnianie z Działem Kontraktów Medycznych i Statystyki wartości zafakturowanych usług wg umów z Narodowym Funduszem Zdrowia na świadczenia medyczne,
22) wykonywanie innych poleceń Dyrektora i przełożonych, zgodnie z potrzebami Szpitala.

23) W skład Sekcji Księgowości wchodzi **Referent ds. Inwentaryzacji i środków trwałych**.

24) :Do zadań **Referenta ds. Inwentaryzacji i środków trwałych** należy:
a) Sporządzanie planów inwentaryzacyjnych.
b) Przeprowadzanie inwentaryzacji (organizacja i uczestnictwo w spisach z natury).
c) Uczestnictwo w Komisji Inwentaryzacyjnej.
d) Ustalanie wyników inwentaryzacji, w tym wyjaśnienie różnic inwentaryzacyjnych wspólnie z Komisją Inwentaryzacyjną.
e) Prowadzenie ewidencji środków trwałych i wyposażenia.
f) Uzgadnianie ksiąg inwentarzowych.
g) Wycena inwentaryzacji środków trwałych i wyposażenia.
h) Wycena wniosków o postawienie środka trwałego i wyposażenia w stan likwidacji.
i) Sporządzanie sprawozdań dotyczących środków trwałych.
j) Sporządzanie kompleksowej dokumentacji kasacyjnej.
k) Wykonywanie innych czynności zleconych przez przełożonego lub Dyrekcję, a nie objętych niniejszym zakresem czynności zgodnie z potrzebami Szpitala.

6. **Do zadań Sekcji Kosztów, Planowania i Analiz Ekonomicznych należy:**
1) rozliczania kosztów Szpitala dla poszczególnych komórek organizacyjnych,
2) współpraca z Sekcją Księgowości, Płac oraz Planowania i Analiz,
3) sporządzanie zlecanych zestawień niezbędnych do planowania,
4) terminowe wypełnianie obowiązków rozliczeniowych umożliwiające sporządzanie analiz,
5) księgowanie dowodów księgowych dotyczących kosztów szpitala,
6) analizowanie ujęcia w księgach rachunkowych dowodów księgowych obciążających koszty dotyczące danego okresu sprawozdawczego,
7) terminowe wypełnianie obowiązków sprawozdawczych,
8) opracowanie metodologii rozliczania kosztów,
9) sporządzanie pełnych analiz ekonomicznych,

10) opracowanie i standaryzacja rozliczania kosztów procedur medycznych jednostkowych i normatywnych,
11) opracowanie kosztów procedur medycznych w Szpitalu,
12) analizowanie ekonomiczne wyników finansowych poszczególnych jednostek organizacyjnych oraz Szpitala w celu optymalizacji wydatków,
13) analizowanie kosztów utrzymania Szpitala i poszczególnych jednostek organizacyjnych współpraca w tym zakresie z zarządzającymi jednostkami organizacyjnymi,
14) tworzenie planu finansowego we współpracy z zarządzającymi ośrodkami kosztów i powołanymi koordynatorami,
15) przedstawianie planu finansowego Dyrektorowi do akceptacji,
16) przedstawianie Kierownictwu Szpitala informacji ekonomicznych dla celów zarządczych,
17) prowadzenie budżetowania oddziałów szpitalnych, poradni i innych komórek organizacyjnych,
18) wykonywanie innych poleceń bezpośredniego przełożonego i Dyrektora,
19) bezzwłoczne informowanie o zauważonych nieprawidłowościach.

7. **Do zadań Sekcji Płac należy:**
   1) naliczanie wynagrodzeń, zasiłków i innych świadczeń należnych pracownikom z tytułu ich zatrudnienia,
   2) rozliczanie i uzgadnianie ewidencji księgowej wynagrodzeń pracowników pod względem obowiązkowych składek i podatków,
   3) organizowanie wypłaty wynagrodzeń w uzasadnionych przypadkach,
   4) ewidencjonowanie księgowe niepodjętych wynagrodzeń z tytułu umowy o pracę i umowy zlecenia / dzieła,
   5) rozliczanie pracowników z tytułu podatku dochodowego osób fizycznych, którzy nie korzystają z ulg podatkowych, a złożą stosowne oświadczenie,
   6) realizowanie ustawy o ubezpieczeniu społecznym w zakresie obowiązków pracodawcy,
   7) rozliczanie i ewidencjonowanie podatku dochodowego od osób fizycznych,
   8) ewidencjonowanie zasiłków chorobowych, macierzyńskich i rodzicielskich, opiekuńczych i świadczeń rehabilitacji, należnych i wypłacanych pracownikom,
   9) sporządzanie imiennych wykazów wynagrodzeń za przepracowane lata byłym i obecnym pracownikom dla celów emerytalno rentowych,
   10) pełne ewidencjonowanie wynagrodzeń pracowników Szpitala,
   11) archiwizowanie dokumentacji płacowej,
   12) dokonywanie i rozliczanie dobrowolnych potrąceń na ubezpieczenia pracownicze, rat pożyczek budowlanych ze szpitalnego funduszu świadczeń socjalnych, kasy zapomogowo-pożyczkowej i innych,
   13) wystawianie zaświadczeń o zarobkach na prośbę pracowników,
   14) rozliczanie umów rezydenckich i stażowych,
   15) sporządzanie i korygowanie składek ZUS w obowiązujących terminach,
   16) bieżące prowadzenie korespondencji z komornikami i organami administracyjnymi oraz dokonywanie potrąceń z list płac zajęć wynagrodzenia za pracę,
   17) wykonywanie innych poleceń Dyrektora i przełożonych, zgodnie z potrzebami Szpitala.

Dział Organizacji i Kadr

§ 83

1. Na czele Działu Organizacji i Kadr stoi Kierownik Działu Organizacji i Kadr, który planuje, organizuje i nadzoruje oraz ponosi odpowiedzialność za działalność Działu Organizacji i Kadr i podlega służbowo Dyrektorowi Szpitala.
2. W strukturze Działu Organizacji i Kadr funkcjonują:
   - Sekcja Kadr,
   - Sekcja Organizacji w strukturze której działa Sekretariat i Dziennik Podawczy.
3. **Do zadań Sekcji Kadr należy w szczególności:**
   1) zapewnienie obsługi kadrowej pracowników zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa,
   2) prowadzenie pełnej dokumentacji pracowniczej (w formie papierowej i elektronicznej), a w szczególności:
   - sporządzanie umów o pracę , zakresów czynności,
   - prowadzenie i aktualizacja akt ,
   - aktualizacja danych pracowniczych w bazie elektronicznej,
   - sporządzanie i przekazywanie do ZUS dokumentów zgłoszeniowych do ubezpieczenia pracowników oraz członków rodzin,
   - wydawanie zaświadczeń itp. związanych ze stosunkiem pracy, również po jego ustaniu,
   - sporządzanie dokumentacji związanej z ustaniem stosunku pracy,
   - prowadzenie korespondencji w sprawach ,
   3) sporządzanie i rejestracja umów zleceń, umów o dzieło,
   4) przygotowywanie dokumentów do wniosków emerytalnych lub rentowych pracowników,
   5) kontrolowanie ważności badań lekarskich pracowników i współpraca w tym zakresie z Poradnią Medycyny Pracy i Kierownikami poszczególnych komórek organizacyjnych,
   6) nadzorowanie prawidłowego i terminowego sporządzania planów urlopów wypoczynkowych i ich realizacji – we współpracy z Kierownikami komórek organizacyjnych,
   7) prowadzenie spraw związanych ze szkoleniem, kształceniem i doskonaleniem zawodowym pracowników,
   8) opracowywanie planów szkoleń na dany rok, sporządzanie statystyk i sprawozdań dotyczących szkoleń, gromadzenie i analiza ankiet oceniających szkolenia,
   9) prowadzenie ewidencji czasu pracy i nadzór nad rozliczaniem czasu pracy pracowników,
   10) ewidencjonowanie urlopów i innych nieobecności, w tym zwolnień lekarskich,
   11) we współpracy z kierownikami komórek organizacyjnych - nadzorowanie przestrzegania przez pracowników ustalonego porządku i dyscypliny pracy oraz kontrola w tym zakresie,
   12) organizowanie i przeprowadzanie konkursów na stanowiska kierownicze zgodnie z obowiązującymi przepisami,
   13) prowadzenie procesu rekrutacji, sporządzanie pełnej dokumentacji dotyczącej procesu rekrutacji,
   14) organizowanie i obsługa staży absolwenckich,
   15) organizowanie i obsługa praktyk studenckich,
   16) organizowanie i obsługa programu przeszkolenia osób ubiegających się o odnowienie prawa wykonywania zawodu,
   17) organizowanie i obsługa staży prowadzonych we współpracy z Urzędem Pracy,
   18) sporządzanie dokumentacji związanej z podnoszeniem kwalifikacji przez pracowników, miedzy innymi dotyczącej specjalizacji,

19) opracowywanie miesięcznych i rocznych sprawozdań o stanie zatrudnienia dla podmiotów zewnętrznych i komórek organizacyjnych Szpitala,
20) sporządzanie dokumentacji dotyczącej wypadków w drodze do pracy i z pracy,
21) nadzorowanie realizacji umów cywilno – prawnych w obszarze dotyczącym udzielania świadczeń medycznych przez pracowników wszystkich grup zawodowych, gdzie udzielanie przez nich świadczeń zdrowotnych wymaga rejestracji ich usług w Portalu Personelu NFZ, poprzez:
a) ogłaszanie i przeprowadzanie postępowania konkursowego,
b) sporządzanie umów na podstawie przeprowadzonego postępowania,
c) obsługę ich rozliczeń,
22) nadzorowanie, organizacja i obsługa procesu ocen pracowniczych,
23) aktualizowanie i prowadzenie portalu potencjału NFZ w zakresie „Personel”,
24) opracowywanie tekstów jednolitych Regulaminów Pracy i Wynagradzania, w przypadku wprowadzania zmian,
25) obsługa spotkań, negocjacji ze Związkami Zawodowymi działającymi na terenie Szpitala,
26) wykonywanie innych poleceń Dyrektora i przełożonych, zgodnie z potrzebami Szpitala.

4. **Do zadań Sekcji Organizacji należy w szczególności:**
1) prowadzenie spraw związanych z aktualizacją rejestru podmiotu leczniczego prowadzonego przez Wojewodę i Krajowy Rejestr Sądowy i innych rejestrów, wymaganych dla funkcjonowania Szpitala,
2) organizacja i obsługa posiedzeń Rady Społecznej (przygotowanie materiałów, opracowanie uchwał, protokołowanie itp.),
3) obsługa posiedzeń, narad, spotkań kierownictwa Szpitala oraz zespołów powołanych przez Dyrektora, zgodnie z bieżącymi potrzebami Szpitala,
4) przygotowanie projektów zarządzeń, komunikatów, poleceń służbowych Dyrektora Szpitala dotyczących wewnętrznej organizacji działalności Szpitala.
5) prowadzenie rejestru zarządzeń, komunikatów, poleceń służbowych Dyrektora Szpitala,
6) przygotowanie projektów pism itp. – do jednostek nadrzędnych i współpracujących ze Szpitalem, w zakresie zadań Sekcji,
7) opracowywanie tekstów jednolitych Statutu i Regulaminu Organizacyjnego, w przypadku wprowadzania zmian,
8) prowadzenie Centralnego Rejestru Umów funkcjonujących na terenie Szpitala,
9) zamawianie, prowadzenie rejestru i dystrybucja recept lekarskich,
10) nadzór, prowadzenie rejestru i koordynacja zamówień pieczątek funkcjonujących na terenie Szpitala,
11) dokonywanie zgłoszeń zmian organizacyjnych, personalnych i zasobów wprowadzonych w portalu potencjału NFZ,
12) nadzór organizacyjny nad sprawami związanymi z akredytacją oddziałów do prowadzenia specjalizacji i staży kierunkowych,
13) ewidencja i nadzór organizacyjny nad prowadzeniem badań związanych z pracami licencjackimi i innymi,
14) nadzorowanie, organizacja i obsługa okresowego badania satysfakcji zawodowej pracowników,
15) organizowanie i obsługa praktyk studenckich (we współpracy z Sekcją Kadr),
16) prowadzenie rejestru próśb i podziękowań pacjentów, sporządzanie pism i odpowiedzi w tym zakresie,
17) nadzór, prowadzenie rejestru i koordynacja sporządzania sprawozdań i analiz (MUW, GUS itp.), dotyczących działalności Szpitala, w zakresie zadań Działu,

18) ogłaszanie w Biuletynie Informacji Publicznej informacji o Szpitalu, zgodnie z Ustawą o dostępie do informacji publicznej oraz bieżące uzupełnianie tych informacji,
19) obsługa i aktualizacja strony internetowej i intranetowej (we współpracy z Działem Informatyki i Bezpieczeństwa Informacji),
20) podejmowanie działań reklamowo – marketingowych (sporządzanie ulotek, folderów, informacji), zgodnie z bieżącymi potrzebami Szpitala,
21) obsługa kontaktów ze środkami przekazu,
22) prowadzenie Rejestru Kontroli,
23) prowadzenie i rejestracja umów na badania dodatkowe dla pracowników Szpitala,
24) prowadzenie rejestru i koordynacja działań związanych z realizacją umów darowizny,
25) przygotowanie (we współpracy z innymi komórkami organizacyjnymi) informacji na tablice informacyjne dla pacjentów,
26) wykonywanie i dystrybucja identyfikatorów dla personelu,
27) przygotowanie punktów wyborczych dla pacjenta, w razie organizacji wyborów.
28) koordynacja opracowania i aktualizacji strategii/Planu Strategicznego Szpitala,
29) wykonywanie innych, bieżących prac, związanych z działalnością Szpitala,
30) współpraca z pozostałymi komórkami organizacyjnymi medycznymi i niemedycznymi szpitala,
31) wykonywanie innych poleceń Dyrektora i przełożonych, zgodnie z potrzebami Szpitala.

Do zadań Dziennika Podawczego należy:

1) Prawidłowa organizacja pracy i obsługa Dziennika Podawczego, a w tym:
   a) przyjmowanie, rejestrowanie i wydawanie za potwierdzeniem korespondencji zewnętrznej i wewnętrznej oraz paczek pocztowych,
   b) wydawanie biletów parkingowych (wraz z prowadzeniem właściwego rejestru),
   c) obsługa telefonu, faxu oraz innych urządzeń biurowych zgodnie z bieżącymi potrzebami,
   d) dbałość o czystość, ład, porządek i estetyczny wygląd Dziennika Podawczego,
   e) wykonywanie innych poleceń Dyrektora i przełożonych, zgodnie z potrzebami Szpitala.

Do zadań Sekretariatu należy:

1. Prawidłowa organizacja bieżącej pracy i obsługa Sekretariatu, a w tym:
   a) bieżąca obsługa Dyrektora i jego Zastępców w zakresie prac organizacyjnych i administracyjnych (w tym sporządzanie doraźnych pism i analiz),
   b) prowadzenie terminarza spotkań Dyrektora i jego Zastępców,
   c) obsługa poczty elektronicznej, telefonu, faxu oraz innych urządzeń biurowych zgodnie z potrzebami,
   d) przyjmowanie stron i obsługa gości,
   e) organizacja i obsługa spotkań, zebrań, posiedzeń i narad,
   f) dbałość o czystość, ład, porządek i estetyczny wygląd Sekretariatu, gabinetu Dyrektora i jego Zastępców,
   g) prawidłowe organizowanie przechowywania akt, dokumentów i pieczątek,
   h) wykonywanie innych poleceń Dyrektora i przełożonych, zgodnie z potrzebami Szpitala.

Dział Kontraktów Medycznych i Statystyki

§ 85

1. Na czele Działu Kontraktów Medycznych i Statystyki stoi Kierownik Działu Kontraktów Medycznych i Statystyki, który planuje, organizuje i nadzoruje oraz ponosi odpowiedzialność za działalność Działu i podlega służbowo Dyrektorowi Szpitala.
2. Do zadań Kierownika Działu Kontraktów Medycznych i Statystyki należy w szczególności:
   2) nadzór, organizacja i prowadzenie całokształtu spraw związanych ze sprzedażą usług medycznych i pokrewnych świadczonych w Szpitalu,
   3) nadzór, koordynacja i prowadzenie całokształtu zagadnień związanych z zawieraniem i realizacją umów z NFZ, szczególnie w zakresie sprawozdawczości i rozliczeń wykonywanych w Szpitalu świadczeń opieki zdrowotnej, z uwzględnieniem programów profilaktycznych i promocji zdrowia,
   4) współudział w szacowaniu wyceny procedur medycznych, w tym w ramach systemu JGP,
   5) nadzór, organizacja i prowadzenie analiz statystyczno-finansowych z działalności Szpitala, niezbędnych w procesie kontraktowania usług medycznych.
3. Kierownikowi Działu Kontraktów Medycznych i Statystyki podlegają bezpośrednio następujące komórki organizacyjne:
   - Sekcja Dokumentacji, Kontraktów i Rozliczeń Medycznych
   - Zespół Statystyków Medycznych, Sekretarek i Rejestratorek,
   - Archiwum zakładowe.
4. **Do zadań Sekcji Dokumentacji, Kontraktów i Rozliczeń Medycznych należy w szczególności:**
   1) przygotowywanie ofert na realizację świadczeń zdrowotnych kontraktowanych przez Narodowy Funduszu Zdrowia, Ministerstwo Zdrowia,
   2) przygotowywanie analiz do negocjacji kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia dotyczących zakresu i kosztów usług medycznych oraz warunków realizacji umów,
   3) nadzorowanie realizacji umów na świadczenia medyczne w ramach umów zawartych z NFZ poprzez:
      - systematyczne zapoznawanie ordynatorów, kierowników ze zmianami i wytycznymi NFZ,
      - przedkładanie Dyrektorowi wniosków o potrzebie zmian w organizacji procesu udzielania świadczeń zdrowotnych oraz wdrażania innych wytycznych celem dostosowania szpitala do wymagań NFZ,
      - udzielanie ordynatorom, lekarzom informacji (doradztwo) o sposobach rozliczania świadczeń zdrowotnych w indywidualnych przypadkach,
   4) nadzór i sprawozdawanie danych o listach oczekujących prowadzonych w Szpitalu,
   5) ewidencjonowanie, weryfikacja i przekazywanie do NFZ wniosków sanatoryjnych;
   6) obsługa Portalu Świadczeniodawcy i monitorowanie Internetowego Systemu Informacji (ISI),
   7) obsługa i rozliczenia świadczeń zdrowotnych w Systemie Informatyczny Monitorowania Profilaktyki (SIMP),
   8) opracowywanie pism i materiałów kierowanych do NFZ,
   9) opracowywanie umów na udzielanie usług komercyjnych oraz nadzorowanie ich realizacji,
   10) opracowywanie i aktualizowanie cennika usług komercyjnych oraz nadzorowanie rozliczania usług komercyjnych,
   11) nadzorowanie realizacji umów na świadczenia medyczne z innymi podmiotami

(z wyłączeniem umów, gdzie udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pracowników medycznych wszystkich grup zawodowych wymaga ich rejestracji ich usług w Portalu Personelu NFZ) poprzez:

- przygotowywanie specyfikacji konkursowych na udzielanie świadczeń zdrowotnych,
- ogłaszanie i przeprowadzanie postępowania konkursowego,
- sporządzanie umów na podstawie przeprowadzonego postępowania,
- prowadzenie i rejestrację umów na usługi medyczne,
- obsługę merytoryczną ich rozliczeń,

12) prowadzenie szkoleń wewnętrznych dotyczących zasad udzielania i rozliczania świadczeń zdrowotnych w ramach nadzoru nad realizacją umów,
13) prowadzenie rejestru i nadzór nad realizacją umów na badania kliniczne,
14) przygotowanie komunikatów, poleceń służbowych, Zarządzeń Dyrektora Szpitala oraz dotyczących działalności medycznej Szpitala, w zakresie zadań związanych z organizacją udzielania świadczeń zdrowotnych w szpitalu,
15) prowadzenie rejestru i koordynacja sporządzania sprawozdań i analiz (MUW, GUS, itp.) dotyczących działalności Szpitala, w zakresie zadań Działu,
16) sporządzanie „kart statystycznych szpitalnych ogólnych" oraz „kart statystycznych psychiatrycznych i raportowanie w tym zakresie do Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego i Instytutu Psychiatrii,
17) sporządzanie analiz i sprawozdań dot. działalności medycznej,
18) prowadzenie statystyki i monitorowanie działalności Pogotowia Ratunkowego,
19) rozliczanie transportów sanitarnych i weryfikacja kart wyjazdowych zespołów ratownictwa medycznego
20) opracowywanie cennika usług medycznych,
21) uczestniczenie w pracach zespołu ds. dokumentacji medycznej, ustalanie standardów jej prowadzenia, przechowywania i udostępniania,
22) udostępnianie dokumentacji medycznej pacjentom, osobom, organom i instytucjom uprawnionym,
23) sporządzanie pism dla potrzeb firm i instytucji ubezpieczeniowych,
24) sporządzanie opinii dot. zabezpieczenia imprez masowych,
25) przygotowanie projektów pism itp. – do jednostek nadrzędnych i współpracujących ze Szpitalem, w zakresie zadań Sekcji,
26) prowadzenie całokształtu spraw związanych z realizacją programów profilaktycznych finansowanych przez Starostwo – opracowywanie projektów programów, analizy statystyczne oraz nadzór nad realizacją i sprawozdawczością wynikającą z zawartej umowy.
27) prowadzenie spraw związanych z zagadnieniami sanitarno – epidemiologicznymi, w tym aktualizacja i weryfikacja wymaganych druków/formularzy.
28) prowadzenie rejestru decyzji/opinii sanitarnych wydanych przez Małopolskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego.
29) potwierdzanie i opisywanie pod względem merytorycznym faktur za świadczenia zdrowotne zlecane przez szpital na zewnątrz, w tym w ramach umowy podwykonawstwa z Małopolskim Centrum Sercowo – Naczyniowym PAKS.
30) nadzór nad obiegiem faktur (DFK-DKM-Oddział-DKM-DFK) za świadczenia zdrowotne zlecane przez szpital innym podmiotom medycznym.
31) współpraca z podmiotami zewnętrznymi w zakresie ustalania zgodności zestawień i terminów płatności oraz sporządzanie pism celem przedłużenia terminu płatności i korekty niewłaściwych danych.
32) opracowywanie raportów, zestawień i analiz statystycznych w zakresie udzielanych świadczeń zdrowotnych w szpitalu – opracowania własne,
33) współpraca z pozostałymi komórkami organizacyjnymi medycznymi i niemedycznymi

szpitala,
34) wykonywanie innych prac zleconych przez bezpośredniego przełożonego,
35) wykonywanie innych poleceń Dyrektora Szpitala.
36) Prowadzenie i nadzorowanie rozliczania umów z NFZ poprzez:
- sporządzanie raportów statystycznych,
- naliczanie świadczeń zdrowotnych w systemie udostępnionym przez NFZ wykonywanych w oddziałach szpitalnych, poradniach i pracowniach
- kontrolowanie i weryfikacja danych zawartych we wnioskach (BZI) oraz kompletowanie dokumentów i przekazywanie ich do NFZ,
- prowadzenie Centralnego Rejestru Endoprotez,
- wystawianie faktur i korekt faktur dla NFZ,
- opracowywanie wniosków dotyczących przebudowy umów,
- koordynacja prac związanych z weryfikacją świadczeń rozliczanych z NFZ,
- opracowywanie pism i materiałów kierowanych do NFZ,
- koordynacja rozliczeń związanych z pakietem onkologicznym

37) rozliczanie usług medycznych z podwykonawcą (PAKS),
38) rozliczanie liczby punktów wypracowanych przez lekarzy w poradniach specjalistycznych i rozliczanie w ramach umów kontraktowych
39) sporządzanie analiz finansowych i raportów realizacji kontraktów z NFZ
40) rozliczanie pacjentów nieubezpieczonych, obywateli UE, spoza UE i innych wg odrębnych przepisów,
41) opracowywanie sprawozdań z działalności Szpitala, w tym sporządzanie okresowych sprawozdań statystycznych z realizacji kontraktów i przekazywanie ich Dyrektorowi Szpitala oraz Kierownikom komórek medycznych,
42) prowadzenie rejestru zgłoszeń nowotworów,
43) prowadzenie rejestru pacjentów wypisanych z oddziałów szpitalnych,
44) prowadzenie korespondencji w sprawie objęcia ubezpieczeniem pacjentów na podstawie na decyzji burmistrza / wójta,
45) przygotowanie wniosków, pism itp. – do jednostek nadrzędnych i współpracujących ze Szpitalem, w zakresie zadań Sekcji,
46) kontrolowanie zawartości i kompletności historii chorób (arkusze kontroli),
47) kontrolowanie kompletności dokumentacji medycznej przekazywanej do archiwum,
48) udostępnianie bieżącej dokumentacji medycznej,
49) współpraca z pozostałymi komórkami organizacyjnymi medycznymi i niemedycznymi szpitala,
50) wykonywanie innych prac zleconych przez bezpośredniego przełożonego,
51) wykonywanie innych poleceń Dyrektora Szpitala.

5. **Do zadań Zespołu Statystyków Medycznych, Sekretarek i Rejestratorek należy:**
1) udzielanie informacji dotyczących zakresu i trybu realizacji świadczeń zdrowotnych dostępnych w komórkach medycznych Szpitala, m.in. harmonogramu i miejsc pracy, zasad zapisów na listy oczekujących, obowiązku posiadania wymaganych dokumentów niezbędnych podczas wizyty,
2) ustalanie terminu wizyty / badania i rejestracja pacjentów zgłaszających się do Szpitala, zgodnie z obowiązującymi wymogami,
3) weryfikacja statusu ubezpieczenia pacjentów Szpitala i raportowanie statusu ubezpieczenia pacjentów leżących w Szpitalu w systemie eWUŚ,
4) obsługa systemu identyfikacji pacjentów,
5) ustalanie tożsamości pacjentów niezidentyfikowanych,
6) przygotowanie dokumentacji medycznej; zakładanie historii chorób pacjentom zgłaszających się w danym dniu na świadczenia zdrowotne,

7) systematyczne wprowadzanie i weryfikowanie danych dotyczących udzielonych świadczeń, zgodnie z wytycznymi NFZ,
8) prowadzenie sprawozdawczości według kryteriów i wymagań określonych przez płatnika świadczeń, w tym rozliczanie świadczeń zdrowotnych w oparciu o zawarte umowy, przy wykorzystaniu obowiązujących systemów informatycznych m.in. grupera JGP,
9) znajomość i systematyczna obsługa systemów prowadzenia i weryfikacji list oczekujących w tym dodatkowych wymaganych przez płatnika świadczeń,
10) prowadzenie statystyki z list oczekujących oraz dokonywanie ich oceny i ustawianie pierwszego wolnego terminu
11) prowadzenie statystyki pacjentów i ewidencji dotyczącej realizacji świadczeń medycznych oraz przekazywanie sprawozdań kierownikom i innym komórkom organizacyjnym wg kompetencji,
12) raportowanie stanu wolnych łóżek w Szpitalu,
13) prowadzenie rejestru zgonów pacjentów i zawiadamianie o zgonie ich rodzin,
14) sporządzanie pism wychodzących z komórki organizacyjnej a dotyczących jej działalności,
15) sporządzanie pod nadzorem lekarza kart informacyjnych, skierowań, zleceń na transport, zaświadczeń o pobycie w Szpitalu oraz innych dokumentów związanych z działalnością komórki medycznej,
16) wprowadzanie wymaganych danych dotyczących pakietu onkologicznego (o pacjencie, świadczeniu -nawet ambulatoryjnym) w tym sprawdzaniu statusu eWUŚ dla pacjentów z konsylium,
17) uzupełnianie wszelkich brakujących danych wymaganych do sprawozdawczości w historii choroby oraz w systemie informatycznym, w tym informacji o wynikach badań histopatologicznych
18) uporządkowywanie chronologicznie dokumentów stanowiących zawartości historii chorób oraz ich ponumerowanie,
19) sprawdzanie kompletności historii chorób (wyników, druków, protokołów itp.) i zgodności wersji papierowej z zapisami w wersji elektronicznej oraz jej zatwierdzanie w księdze głównej w systemie informatycznym,
20) sporządzanie odpisów i kserokopii dokumentacji medycznej,
21) załatwienie spraw związanych z wydawaniem dokumentacji osób wypisanych z oddziału lub zmarłych,
22) przekazywanie historii chorób osób wypisanych ze szpitala lub zmarłych i prowadzenie ich rejestru, zgodnie z obowiązującymi przepisami wewnętrznymi,
23) terminowe sporządzanie zestawień i analiz statystycznych, sprawozdań z ruchu chorych, rozliczeń z działalności oddziału oraz innych zgodnie z obowiązującymi przepisami,
24) dostarczanie materiałów do badań do zakładów i pracowni diagnostycznych szpitala i odbieranie wyników badań,
25) systematyczne przejmowanie korespondencji w formie tradycyjnej z dziennika podawczego, jak również drogą e-mailową,
26) prowadzenie dokumentacji związanej z rozliczeniem i obciążeniem kosztami udzielonych świadczeń osobom UE, osobom nieubezpieczonym i innym,
27) prowadzenie, porządkowanie i archiwizowanie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi standardami i Zarządzeniami Dyrektora,
28) udostępnianie bieżącej dokumentacji medycznej osobom uprawnionym,
29) pobieranie opłat za badanie płatne i rozliczenie kwitariusza zgodnie z wytycznymi w tym zakresie,
30) prowadzenie kasy fiskalnej i przekazywanie miesięcznych raportów z kas fiskalnych po zakończeniu każdego miesiąca do kasy Szpitala.

31) obsługa oświetlenia lądowiska przy Szpitalu,
32) organizacja realizacji transportu sanitarnego w dni powszednie w godzinach popołudniowych, nocnych oraz całodobowo w dni wolne od pracy,
33) współpraca z pozostałymi komórkami organizacyjnymi medycznymi i niemedycznymi szpitala,
34) wykonywanie innych prac zleconych przez bezpośredniego przełożonego,
35) wykonywanie innych poleceń Dyrektora Szpitala.

6. Do zadań **Archiwum zakładowego** należy:
   1) prowadzenie archiwum dokumentacji medycznej pacjentów,
   2) prowadzenie archiwum innej dokumentacji (kadrowej, płacowej itp.), gromadzonej w Szpitalu,
   3) przejmowanie dokumentacji medycznej z komórek organizacyjnych Szpitala,
   4) prowadzenie ewidencji przyjętej dokumentacji medycznej,
   5) przechowywanie i właściwe zabezpieczenie archiwalnej dokumentacji,
   6) udostępnianie dokumentacji medycznej osobom uprawnionym, wewnątrz i na zewnątrz szpitala,
   7) sporządzanie pism dla potrzeb firm i instytucji ubezpieczeniowych,
   8) prowadzenie rejestru udostępniania dokumentacji medycznej,
   9) udostępnianie akt i prowadzenie ewidencji ich udostępnień,
   10) przygotowywanie i segregowanie dokumentacji medycznej do brakowania,
   11) inicjowanie niszczenia dokumentacji niearchiwalnej po uzyskaniu pozwolenia z Archiwum Państwowego,
   12) przekazywanie dokumentacji przeznaczonej do brakowania do firm zajmujących się brakowaniem dokumentacji zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa,
   13) nadzorowanie zwrotu oryginałów wypożyczonej dokumentacji,
   14) współpraca z pozostałymi komórkami organizacyjnymi medycznymi i niemedycznymi Szpitala,
   15) wykonywanie innych prac zleconych przez bezpośredniego przełożonego,
   16) wykonywanie innych poleceń Dyrektora i przełożonych, zgodnie z potrzebami Szpitala.

Pion Logistyki i Infrastruktury

§ 86

1. Na czele Pionu Logistyki i Infrastruktury stoi Z-ca Dyrektora ds. Logistyki i Infrastruktury, który planuje, organizuje i nadzoruje oraz ponosi odpowiedzialność za działalność Pionu Logistyki i Infrastruktury i podlega służbowo Dyrektorowi Szpitala.
2. Z-ca Dyrektora ds. Logistyki i Infrastruktury wykonuje swoje obowiązki przy pomocy kierowników działów, sekcji oraz osób zatrudnionych na samodzielnych stanowiskach pracy.
3. Z-cy Dyrektora ds. Logistyki i Infrastruktury podlegają:
   1) Dział Zamówień Publicznych,
   2) Dział Zaopatrzenia i Gospodarki Magazynowej,
   3) Dział Infrastruktury Technicznej,
   4) Dział Informatyki i Bezpieczeństwa Informacji.
4. **Do zadań Działu Zamówień Publicznych** należy realizacja zadań polegających na wyborze wykonawców dostaw, usług i robót budowlanych zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, a w szczególności:
   1) opracowywanie regulaminów postępowania przy udzielaniu zamówień publicznych oraz ich aktualizacja,
   2) proponowanie Dyrektorowi wyboru trybu udzielania zamówienia zgodnie z wymogami ustawowymi, na złożonych wnioskach o zamówienie,

3) prowadzenie rejestrów zamówień publicznych z zachowaniem podziału na zamówienia do i powyżej kwot, od których uzależniony jest obowiązek stosowania ustawy prawo zamówień publicznych,
4) sporządzanie rocznych planów zamówień publicznych,
5) proponowanie do akceptacji Dyrektora na podstawie złożonych wniosków procedury postępowania, następnie jej przeprowadzanie zgodnie z prawem zamówień publicznych, a w tym w szczególności:
   a) wraz z komisją udział w opracowaniu specyfikacji istotnych warunków zamówienia wraz z załącznikami i przedstawianie ich do akceptacji Radcy Prawnemu i Dyrektorowi,
   b) przygotowanie ogłoszeń i treści zaproszeń do udziału w postępowaniu lub zaproszeń do składania ofert, a po uzyskaniu akceptacji Dyrektora ich publikacja,
   c) udzielanie wyjaśnień do pytań zgłaszanych przez wykonawców do specyfikacji istotnych warunków zamówienia, po uprzednim zajęciu stanowiska przez komisje przetargową i uzyskaniu akceptacji Dyrektora,
   d) przeprowadzenie otwarcia ofert,
   e) współudział w pracach komisji przetargowych polegających na ocenie ofert i wyborze wykonawcy wraz z podaniem uzasadniania prawnego i faktycznego podjętego rozstrzygnięcia i przekazywanie zajętego stanowiska do podjęcia decyzji Dyrektorowi,
   f) rozpatrzenie ewentualnie wniesionej informacji o naruszeniu prawa albo odwołania przez wykonawcę wraz z propozycją udzielenia odpowiedzi i przekazanie go do akceptacji Radcy Prawnemu i Dyrektorowi celem zajęcia stanowiska,
   g) sporządzanie umów na podstawie przeprowadzonych postępowań przetargowych i ich wysyłanie po uprzednim ich przedstawieniu Radcy Prawnemu i Dyrektorowi,
   h) sporządzanie protokołów przeprowadzonych postępowań przetargowych,
6) prowadzenie rejestru umów zawartych w trybach przewidzianych Prawem Zamówień Publicznych,
7) konsultowanie w zakresie wprowadzania aneksów do zawartych umów pod względem ich zgodności z przepisami Prawa zamówień publicznych,
8) wskazywanie na zamówieniach związanych z realizacją zawartych umów trybu wyboru wykonawcy,
9) sporządzanie sprawozdań realizacji rocznego planu zamówień publicznych,
10) archiwizowanie dokumentacji przeprowadzonych postępowań przetargowych przez okres wyznaczony przepisami prawa, ścisła współpraca z Radcą Prawnym, Działem Ekonomiczno-Finansowym oraz wszystkimi komórkami na rzecz których wykonywane są procedury przetargowe.
11) wykonywanie innych poleceń Dyrektora i przełożonych, zgodnie z potrzebami Szpitala.

5. W skład Działu Zamówień Publicznych wchodzi Referent ds.rozliczeń dotacji.
   Do zadań **Referenta ds.rozliczeń dotacji** należy w szczególności**:**
   1) Koordynowanie prac związanych z pozyskiwaniem środków z funduszy unijnych, realizacja i rozliczanie projektów:
   2) monitorowanie i pozyskiwanie informacji o możliwościach uzyskania dofinansowania ze środków z funduszy Unii Europejskiej
   3) inicjowanie tworzenia projektów współfinansowanych ze środków funduszy europejskich,
   4) przygotowywanie wniosków aplikacyjnych o dofinansowanie projektów ze środków funduszy Unii Europejskiej i składanie do instytucji wdrażających,
   5) przygotowywanie wymaganych dokumentów do podpisania umowy o dofinansowanie,
   6) prowadzenie i rozliczanie dokumentów projektów dotyczących funduszy Unii Europejskiej,
   7) prowadzenie zbiorczej ewidencji projektów planowanych i realizowanych na terenie Szpitala w ramach określonych funduszy europejskich oraz przekazywanie bieżących

informacji dotyczących tych projektów,
8) sporządzanie sprawozdań lub oświadczeń w okresie trwałości projektu,
9) organizacja spotkań informacyjnych, dotyczących funduszy europejskich,
10) utrzymywanie kontaktów z urzędami centralnymi, w szczególności z Ministerstwem Rozwoju Regionalnego, Urzędem Wojewódzkim oraz organami samorządowymi, zaangażowanymi w proces wdrażania funduszy europejskich.
11) wykonywanie innych poleceń Dyrektora i przełożonych, zgodnie z potrzebami Szpitala.

6. Do zadań **Działu Zaopatrzenia i Gospodarki Magazynowej** należy**:**
1) opracowywanie rocznych planów zaopatrzenia na podstawie zapotrzebowań poszczególnych komórek organizacyjnych (lub na podstawie realizacji umów z 12 miesięcy),
2) zaopatrywanie i prowadzenie ewidencji związanej z zaopatrzeniem Szpitala w sprzęt, wyposażenie, druki, środki czystości, bieliznę i inne towary niezbędne do funkcjonowania Szpitala,
3) bieżące dokonywanie analiz potrzeb jednostek organizacyjnych,
4) dokonywanie zamówień dostaw, zakupów wraz z kontrolowaniem jakości towarów zgodnie z obowiązującymi przepisami,
5) ewidencjonowanie i kontrolowanie rachunków za zrealizowane dostawy,
6) załatwianie reklamacji ilościowych i jakościowych,
7) opracowywanie rocznych i okresowych planów zaopatrzenia,
8) wykonywanie innych poleceń Dyrektora i przełożonych, zgodnie z potrzebami Szpitala.

7. W skład Działu Zaopatrzenia i Gospodarki Magazynowej wchodzi Magazyn.
1) Do zadań **Magazynu** należy:
a) przyjmowanie materiałów, ich przechowywanie i wydawanie poprzez ewidencję ilościową (kartoteki ilościowe) każdego rodzaju i gatunku materiału oraz czuwanie nad prawidłowym dokumentowaniem przychodów i rozchodów,
b) segregowanie i rozmieszczanie w magazynie materiałów oraz ich zabezpieczenie, a w szczególności:
- składowanie materiałów o pokrewnym rodzaju i przeznaczeniu.,
- składowanie materiałów częstego zapotrzebowania w pobliżu miejsca wydawania,
- utrzymywanie magazynów w należytym stanie sanitarno-porządkowym oraz czuwanie nad zabezpieczeniem pomieszczeń przed kradzieżą i pożarem.

8. W skład **Działu Infrastruktury Technicznej** wchodzą:
1) Sekcja Elektroenergetyczna (zespół Elektryków),
2) Sekcja Aparatury Medycznej,
3) Zespół Operatorów Niepalnych Gazów Medycznych,
4) Sekcja Gospodarczo – Remontowa (realizacja przez firmę zewnętrzną),
5) Inspektor ds. p/pożarowych.

9. W skład **Sekcji Elektroenergetycznej** wchodzi:
- zespół Elektryków.

Do zadań zespołu Elektryków należy:
1) nadzór, zapewnienie ciągłości pracy i prowadzenie ruchu urządzeń elektroenergetycznych zapewniających bezpośrednie zasilanie w energię elektryczną Szpitala,
2) wykonywanie czynności łączeniowych w pomieszczeniach ruchu elektrycznego,

3) sprawdzanie stanu technicznego, dokonywanie napraw, przeglądów okresowych urządzeń elektroenergetycznych oraz pomieszczeń w których odbywa się eksploatacja tych urządzeń,
4) prowadzenie kontroli pracy układów automatyki, zabezpieczeń sieci i instalacji elektrycznych,
5) wykonywanie prób i badań, pomiarów elektrycznych, wielkości charakteryzujących bezpieczeństwo obsługi urządzeń i niezawodności pracy urządzeń elektrycznych, sprawności wydajności itp.,
6) prowadzenie wpisów do książek eksploatacji urządzeń elektroenergetycznych,
7) wykonywanie napraw, drobnych usterek, zlecanie remontów uszkodzonych instalacji i urządzeń na oddziałach Szpitala,
8) wykonywanie innych poleceń Dyrektora i przełożonych, zgodnie z potrzebami Szpitala.

10. Do **zadań Sekcji Gospodarczo - Remontowej** należy**:**
1) przeglądanie i konserwacje sieci CO, zimnej i ciepłej wody oraz instalacji wodno-kanalizacyjnej,
2) utrzymanie czystości na drogach dojazdowych, placach i chodnikach,
3) utrzymanie zieleni,
4) wykonywanie prac remontowo-budowlanych, usuwanie awarii na podległych instalacjach oraz prac spawalniczych w zakresie posiadanych uprawnień,
5) prowadzenie rejestru zgłaszanych usterek, awarii oraz ich usuwanie,
6) comiesięczne rozliczanie poszczególnych ośrodków kosztami materiałów i rozliczanie karty czasu pracy,
7) opracowywanie zapotrzebowań materiałowych na wykonanie prac.

Ponadto do **zadań Sekcji Gospodarczo - Remontowej** należy:
W zakresie gospodarki odpadami:
1) nadzór nad odbiorem odpadów medycznych niebezpiecznych zgodnie z obowiązującymi przepisami,
2) prowadzenie w formie papierowej i elektronicznej dokumentacji związanej z gospodarką odpadami,
3) nadzór i organizacja utylizacji odpadów elektrycznych i elektronicznych, a także wielkogabarytowych,
4) formułowanie wniosków w zakresie poprawy stanu ochrony środowiska i organizacji gospodarki odpadami medycznymi.

W zakresie mediów (woda, ciepło):
1) prowadzenie odczytów liczników Szpitala wody zimnej, ciepłej (CWU) i ciepła (CO) – obliczanie, ewidencja i kontrola zużycia,
2) odczytywanie i ewidencja zużycia wody zimnej i ciepłej przez odbiorców zewnętrznych,
3) przygotowywanie miesięcznych zestawień zużycia ciepła (CO), wody zimnej i ciepłej (CWU) przez odbiorców zewnętrznych,
4) Sporządzanie bilansów miesięcznych i rocznych (z uwzględnieniem kosztów poniesionych przez Szpital) w zakresie:
   a) ilości wyprodukowanych przez Szpital odpadów medycznych z podziałem na poszczególne kategorie,
   b) ilości wyprodukowanych przez Szpital odpadów komunalnych,
   c) zużycia wody zimnej i ciepłej (CWU),
   d) zużycia ciepła (CO) w okresach grzewczych.

Prowadzenie ewidencji z uwzględnieniem kosztów i nadzór nad przepływem faktur w zakresie wykonywanych działań.

W zakresie gospodarki zasobami:

1) w zakresie nadzoru nad majątkiem Szpitala:

a) Prowadzenie spraw związanych z naliczeniem podatku od nieruchomości, w tym przygotowanie deklaracji podatkowych.
b) Podział kosztu podatku od nieruchomości na ośrodki kosztów.
c) Przygotowanie i prowadzenie procedur mających na celu zbycia zbędnych składników majątku, w szczególności zamieszczanie na stronie internetowej informacji o składnikach majątku przeznaczonych do sprzedaży, organizowanie i prowadzenie licytacji lub innych form sprzedaży.
d) Prowadzenie spraw związanych z kasacją lub likwidacją składników majątku.

2) w zakresie gospodarki odpadami:

a) Nadzór nad odbiorem odpadów medycznych niebezpiecznych zgodnie z obowiązującymi przepisami i zawartą umową z firmą odbierającą odpady;
b) Prowadzenie w formie papierowej i elektronicznej dokumentacji związanej z gospodarką odpadami, w tym
- kart przekazania odpadów medycznych;
- kart ewidencji odpadów medycznych niebezpiecznych, odpadów medycznych nie niebezpiecznych,
- rocznej ewidencji wszystkich odpadów przekazanych do utylizacji.

c) Okresowej utylizacji odpadów elektrycznych i elektronicznych, a także wielkogabarytowych;
d) Przechowywanie kart przekazania odpadów i dokumentacji z tym związanej przez kolejnych 5 lat;
e) Obsługa i nadzór nad realizacją innych umów związanych z realizacją zadań wynikających lub powiązanych z zakresem czynności.

3) w zakresie zadań Kierowcy-Zaopatrzeniowca:

a) Wykonanie zadań kierowcy i zaopatrzeniowca, zgodnie ze złożonymi zleceniami zakupu i transportu;
b) Realizowanie składanych przez komórki organizacyjne zamówień w ramach planu zaopatrzenia na sprzęt, wyposażenie, druki i inne towary niezbędne do prawidłowego funkcjonowania Szpitala;
c) Dbanie o powierzony samochód i utrzymywanie go w stałej gotowości technicznej i eksploatacyjnej;

4) w zakresie zużycia mediów (woda, ciepło) i innych zasobów:

a) Prowadzenie odczytów liczników Szpitala wody zimnej, ciepłej (CWU) i ciepła (CO) – obliczanie, ewidencja i kontrola zużycia,
b) Odczytywanie sublicznikόw w pomieszczeniach z których korzystają podmioty zewnętrzne (najemcy), oraz przygotowanie miesięcznych zestawień zużycia, ciepła (CO), wody zimnej i ciepłej (CWU) przez te podmioty.
c) Sporządzanie bilansów miesięcznych i rocznych (z uwzględnieniem kosztów poniesionych przez Szpital w zakresie:
    - ✓ zużycia zimnej i ciepłej wody (CWU),
    - ✓ zużycia ciepła (CO) w okresach grzewczych
d) Prowadzenie analizy zużycia mediów.
e) Przygotowanie rozliczeń z tytułu użytkowania przez podmioty zewnętrzne innych zasobów Szpitala.

5) Ponadto do zadań na stanowisku należy:

a) Koordynowanie i nadzór nad realizacją zadań Sekcji Gospodarczo – Remontowej wykonywanych przez firmę zewnętrzną.

b) Obsługa i nadzór nad realizacją innych umów związanych z realizacją zadań wynikających lub powiązanych z zakresem czynności.

c) Opracowywanie propozycji do planów finansowych Szpitala w części zgodniej z indywidualnym zakresem czynności.

d) Sprawdzanie pod względem merytorycznym faktur i rachunków związanych z realizacją zadań na zajmowanym stanowisku.

e) Nadzór nad realizacja umów na dostawy lub usługi związane z realizacją zadań na zajmowanym stanowisku. Przygotowanie wzorów (projektów) pism kierowanych do tych kontrahentów.

f) Obsługa zgłoszeń przekazywanych za pomocą stosowanego w Szpitalu narzędzia informatycznego w zakresie dotyczącym taboru Szpitala.

6) Współpraca z innymi komórkami organizacyjnymi Szpitala lub osobami w celu wspólnego realizowania zadań, a w szczególności udział w zespołach lub komisjach do których zostanie powołany.

7) Wykonywanie innych poleceń przełożonego zgodnie z potrzebami zakładu pracy.

11. Do **zadań Inspektora Ochrony p/poż**. należy**:**

1) realizowanie zadań w zakresie przeciwpożarowego zabezpieczenia zgodnie z obowiązującymi przepisami i wytycznymi resortowymi,
2) przeprowadzanie okresowych, doraźnych i sprawdzających kontroli stanów ochrony przeciwpożarowej, wydawanie doraźnych zaleceń, zarządzeń pokontrolnych oraz nadzór nad ich realizacją,
3) branie udziału w opracowywaniu wewnętrznych zarządzeń regulaminów i instrukcji ogólnych dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy oraz w ustalaniu zadań kierowników komórek organizacyjnych i innych osób kierujących zespołem pracowników z bezpieczeństwa i higieny pracy,
4) opiniowanie szczegółowych instrukcji dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy na poszczególnych stanowiskach pracy,
5) współdziałanie ze Społecznym Inspektorem Pracy,
6) realizowanie zarządzeń i wytycznych w zakresie zabezpieczenia Szpitala pod względem ochrony przeciwpożarowej,
7) opracowywanie planu ewakuacji Szpitala na wypadek pożaru i innych zdarzeń,
8) nadzorowanie prawidłowego stanu technicznego i użytkowego podręcznego sprzętu przeciwpożarowego i systemów ochrony przeciwpożarowej,
9) prowadzenie ewidencji z uwzględnieniem kosztów i nadzór nad przepływem faktur w zakresie wykonywanych działań,
10) udział w okresowych szkoleniach pracowników (z zakresu p/poż),
11) wykonywanie innych poleceń Dyrektora lub przełożonych, zgodnie z potrzebami Szpitala.

12. Do **zadań Sekcji Aparatury Medycznej** należy:

1) utrzymywanie w należytym stanie technicznym i konserwowanie aparatury, wyposażenia medycznego, instalacji gazów medycznych,
2) określenie zapotrzebowania Szpitala na aparaturę medyczną oraz opiniowanie

wniosków dotyczących zakupów nowej aparatury i wyposażenia medycznego przy uwzględnieniu obowiązujących przepisów,
3) kontrolowanie prawidłowego powadzenia dokumentacji aparatury medycznej (karty pracy, paszporty techniczne, protokoły z przeglądów, świadectwa legalizacji/wzorcowania),
4) koordynowanie prac adaptacyjnych pomieszczeń do potrzeb nowo zakupionej aparatury oraz sprawowanie nadzoru nad prawidłowym montażem nowej aparatury i sprzętu medycznego,
5) zlecanie lub przeprowadzanie we własnym zakresie montażu oraz uruchomienia aparatury i sprzętu medycznego,
6) nadzorowanie nad formalną prawidłowością procesu dopuszczania do eksploatacji aparatury i sprzętu medycznego,
7) organizowanie przeglądu, konserwacji i napraw aparatury i sprzętu medycznego,
8) zaopatrywanie i nadzór nad wykorzystaniem specjalistycznych wyrobów medycznych dla potrzeb Stacji Dializ,
9) zaopatrywanie i nadzór nad wykorzystaniem specjalistycznego sprzętu dla potrzeb Pracowni Endoskopii,
10) przeprowadzanie usług konserwacyjnych aparatury wymagającej stałego dozoru technicznego,
11) kontrolowanie zakupów oraz przyjmowania darowizny aparatury i sprzętu medycznego,
12) branie udziału w likwidacji skasowanego wyposażenia medycznego,
13) dokonywanie okresowych analiz sposobu eksploatacji i stopnia wykorzystywania wyposażenia medycznego,
14) sporządzanie obowiązującej sprawozdawczości,
15) wykonywanie innych prac zleconych przez Dyrektora lub bezpośredniego przełożonego, zgodnie z potrzebami Szpitala.

13. **Do zadań zespołu Operatorów Niepalnych Gazów Medycznych (NGM) należy:**
1) zapewnienie ciągłości pracy instalacji NGM oraz maszyn i urządzeń z nią współpracujących, nadzór nad sieciami oraz źródłami zasilania CO2; N2O; Tlenu: Próżni i Powietrza,
2) sprawdzanie stanu technicznego, dokonywanie napraw, przeglądów okresowych instalacji i urządzeń sieci NGM pod kątem właściwej eksploatacji oraz pomieszczeń w których odbywa się eksploatacja tych urządzeń,
3) prowadzenie wpisów do książek eksploatacji urządzeń NGM,
4) przestrzeganie przepisów zawartych w wytycznych eksploatacji źródeł zasilania oraz instalacji niepalnych gazów medycznych,
5) przestrzeganie przepisów BHP i przeciwpożarowych ogólnych z uwzględnieniem szczegółowego postępowania z instalacjami NGM,
6) wykonywanie innych poleceń Dyrektora i przełożonych, zgodnie z potrzebami Szpitala.

14. **Do zadań Działu Informatyki i Bezpieczeństwa Informacji należy:**
1) Na czele Działu Informatyki i Bezpieczeństwa Informacji stoi Kierownik Działu Informatyki i Bezpieczeństwa Informacji, a do jego podstawowych zadań należeć będzie:
a) organizowanie działu,
b) wskazywanie priorytetowych zadań,
c) planowanie i przygotowywanie budżetu,
d) planowanie rozwoju systemów informatycznych,

e) nadzór nad pracami wdrożeniowymi,
f) inicjowanie przedsięwzięć informatycznych,
g) proponowanie rozwiązań w zakresie bezpieczeństwa informacji.
h) przeciwdziałanie dostępowi osób niepowołanych do systemów informatycznych,
i) rejestrowanie i wyrejestrowanie użytkowników systemów informatycznych,
j) nadawanie uprawnień użytkownikom do systemów informatycznych,
k) nadzorowanie mechanizmu uwierzytelniania użytkowników w systemach informatycznych,
l) zapewnienie wykonywania kopii zapasowych danych z systemów informatycznych,
m) zapewnienie ciągłości działania systemów informatycznych,
n) zapewnienie ochrony antywirusowej systemów informatycznych,
o) opracowywanie instrukcji zarządzania systemem informatycznym oraz współtworzenie polityki bezpieczeństwa informacji.

2) Do **zadań Działu Informatyki i Bezpieczeństwa Informacji** należy:
a) zapewnienie ciągłości działania i utrzymanie systemów informatycznych funkcjonujących w Szpitalu,
b) dokonywanie przeglądów i kontroli stanu technicznego systemów informatycznych,
c) usuwanie usterek i awarii systemów informatycznych,
d) zapewnienie bezpieczeństwa przetwarzanych danych w systemach informatycznych,
e) zapewnienie procedur przywracania danych w przypadku awarii krytycznej,
f) wsparcie użytkowników w obsłudze systemów informatycznych,
g) przeprowadzanie szkoleń i instruktaży z zakresu obsługi systemów informatycznych i bezpieczeństwa informacji,
h) kreowanie standardów w zakresie korzystania z systemów informatycznych z zachowaniem zasad bezpieczeństwa informacji,
i) kontrolowanie prawidłowości obsługi systemów informatycznych oraz zgodności obsługi systemów z ich przeznaczeniem,
j) monitorowanie aktywności użytkowników systemów informatycznych na wypadek naruszeń procedur ochrony informacji,
k) monitorowanie systemów informatycznych w zakresie ich wydajności.
l) rejestrowanie incydentów informatycznych dotyczących awarii i naruszeń procedur bezpieczeństwa systemów informatycznych,
m) nadzór nad zasobami informatycznymi i licencjami oprogramowania,
n) przeprowadzanie likwidacji zużytego sprzętu komputerowego z zachowaniem zasad bezpieczeństwa informacji,
o) nadzorowanie realizacji umów serwisowych i autorskich dotyczących systemów informatycznych,
p) organizowanie i przeprowadzanie wdrożeń systemów informatycznych,
q) pozwijanie oraz modernizowanie istniejących systemów informatycznych,
r) współpraca z innymi komórkami Szpitala w zakresie wdrożeń i rozwiązywania problemów z systemami informatycznymi,
s) opracowywanie planów informatyzacji Szpitala oraz ich realizacja,

t) sporządzanie zapotrzebowania i organizowanie zakupów sprzętu i oprogramowania komputerowego,
u) opracowywanie planów finansowych i inwestycyjnych w zakresie kompetencji działu,
v) dokonywanie oceny przyjętych standardów bezpieczeństwa informacji przed realizacją zadań inwestycyjnych i remontowych,
w) proponowanie rozwiązań w zakresie podniesienia poziomu bezpieczeństwa informacji,
x) wykonywanie pozostałych czynności o charakterze informatycznym oraz bezpieczeństwa informacji ustalonych z Dyrektorem Szpitala.

ORGANIZACJA I ZADANIA SAMODZIELNYCH STANOWISK PRACY PODLEGŁYCH DYREKTOROWI SZPITALA

§ 87

1. Dyrektorowi Szpitala podlegają bezpośrednio osoby zatrudnione na samodzielnych stanowiskach pracy:
1) Radca Prawny,
2) Specjalista ds. BHP,
3) Inspektor ds. Obronnych i Rezerw,
4) Kapelan szpitalny,
5) Pełnomocnik ds. Ochrony Informacji Niejawnych,
6) Pełnomocnik ds. Praw Pacjenta,
7) Inspektor Ochrony Danych,
8) Inspektor Ochrony Radiologicznej,
9) Pełnomocnik ds. Zintegrowanego Zarządzania,
10) Pełnomocnik ds. Akredytacji,
11) Specjalista ds. Systemów Jakości w ZDL,
12) Pełnomocnik ds. utworzenia Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego.

2. Do zadań Radcy Prawnego należy:
1) występowanie w charakterze pełnomocnika Szpitala w postępowaniu sądowym, administracyjnym oraz przed innymi organami orzekającymi,
2) udzielanie opinii i porad prawnych oraz wyjaśnień w zakresie stosowania prawa,
3) uczestniczenie w prowadzonych przez Szpital rokowaniach, których celem jest nawiązanie, zmiana lub rozwiązanie umów,
4) nadzorowanie prawne egzekucji należności Szpitala,
5) udzielanie informacji o przepisach prawnych pracownikom, jak również działającym na terenie Szpitala związkom zawodowym,
6) opracowywanie i opiniowanie projektów umów i innych aktów,
7) opracowywanie pism procesowych,
8) branie udziału w organizowanych przetargach,
9) branie udziału w konkursach na udzielanie przez Szpital, zamówień na świadczenia zdrowotne itp.,
10) informowanie firm ubezpieczeniowych o skierowanych przeciwko Szpitalowi roszczeniach zgodnie z wymogami ogólnych warunków ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej,
11) wykonywanie innych poleceń Dyrektora, zgodnie z potrzebami Szpitala.

3. Do zadań realizowanych na stanowisku Specjalisty ds. BHP należy:
1) dokonywanie analizy stanu bezpieczeństwa i higieny pracy w Szpitalu, przyczyn wypadków przy pracy i zagrożeń życia i zdrowia pracowników oraz sporządzanie sprawozdań z wypadków przy pracy i chorób zawodowych,
2) opracowanie projektów i realizacja planów poprawy warunków bezpieczeństwa i higieny pracy oraz bezpieczeństwa pożarowego,
3) inicjowanie i opracowywanie wniosków zmierzających do zapobiegania istniejącym zagrożeniom, a zwłaszcza przyczynom powodującym wypadki przy pracy i choroby zawodowe,
4) przeprowadzanie kontroli stanu bezpieczeństwa i higieny pracy w Szpitalu oraz czuwanie nad przestrzeganiem przez pracowników zasad i przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy,
5) współdziałanie w organizowaniu badań lekarskich pracowników przewidzianych przepisami, wskazywanie zagrożenia na stanowiskach pracy dla lekarzy i innych

pracowników Szpitala,

6) organizowanie badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia, a także określenie wspólnie z kierownikami właściwych komórek organizacyjnych metod poprawy warunków bezpieczeństwa i higieny pracy na poszczególnych stanowiskach pracy,
7) prowadzenie całokształtu prac dotyczących wypadków przy pracy, w tym udział w pracach komisji powypadkowej,
8) nadzór i udział w pracach związanych z zaopatrzeniem pracowników w odzież ochronną, roboczą i sprzęt ochrony osobistej,
9) organizowanie prawem przewidzianych szkoleń pracowników w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy oraz stosowania przepisów przeciwpożarowych,
10) opracowywanie szczegółowych instrukcji dotyczących bezpieczeństwa, higieny pracy dla poszczególnych stanowisk pracy (ocena ryzyka zawodowego),
11) występowanie z wnioskami o pociągnięcie do odpowiedzialności służbowej winnych uchybień w zakresie przestrzegania przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy,
12) wykonywanie innych zadań zleconych przez bezpośredniego przełożonego.

Specjalista ds. BHP planuje, organizuje i nadzoruje oraz ponosi odpowiedzialność za działalność bezpieczeństwa i higieny pracy Szpitalu zgodnie z przepisami prawa.

4. Do zadań realizowanych na stanowisku Inspektora ds. Obronnych i Rezerw należy:

1) realizowanie spraw z zakresu obrony cywilnej określonych odrębnymi przepisami,
2) szkolenie personelu w zakresie powierzonych zadań,
3) opracowywanie i aktualizacja planów dotyczących funkcjonowania Szpitala w sytuacjach wyjątkowych (klęski żywiołowe, mobilizacja),
4) planowanie, organizacja i nadzorowanie szkolenia obronnego członków formacji obronnych cywilnej i załogi,
5) opracowanie planów szkolenia i przestrzeganie terminów ich realizacji,
6) prowadzenie kancelarii tajnej,
7) prowadzenie spraw związanych z obronnością i rezerwami państwowymi,
8) wykonywanie innych poleceń Dyrektora, zgodnie z potrzebami Szpitala.

Inspektor ds. Obronnych i Rezerw planuje, organizuje i nadzoruje oraz ponosi odpowiedzialność za działalność w zakresie obronności zgodnie z przepisami prawa.

5. Do zadań Kapelana Szpitalnego należy:

1) zaspokojenie pacjentom, którzy sobie tego życzą, ich potrzeb religijnych w szpitalu oraz na wezwanie,
2) odprawianie w kaplicy Szpitala Mszy Świętej,
3) udzielanie posług religijnych w salach chorych.

6. Do zadań realizowanych na stanowisku Pełnomocnika ds. Ochrony Informacji Niejawnych należy:

1) zapewnienie ochrony informacji niejawnych,
2) przestrzeganie przepisów o ochronie informacji niejawnych,
3) okresowe kontrolowanie ewidencji i obiegu dokumentów,
4) opracowanie planu ochrony i nadzorowanie jego realizacji,
5) przeprowadzanie zwykłych postępowań sprawdzających,
6) szkolenie pracowników w zakresie ochrony informacji niejawnych
7) podejmowanie działań związanych z ochroną informacji niejawnych.
8) dokonywanie szacowania ryzyka dla ochrony informacji niejawnych.
9) opracowywanie i aktualizowanie planu ochrony informacji niejawnych.
10) prowadzenie zwykłych postępowań sprawdzających osób przed uzyskaniem dostępu do informacji niejawnych.
11) prowadzenie wykazu osób posiadających dostęp do przetwarzania informacji niejawnych.

12) współpraca z Agencją Bezpieczeństwa Wewnętrznego w zakresie związanym z odmową przyznania dostępu lub cofnięciu dostępu do informacji niejawnych.

Pełnomocnik ds. Ochrony Informacji Niejawnych planuje, organizuje i nadzoruje oraz ponosi odpowiedzialność za działalność w zakresie ochrony informacji zgodnie z przepisami prawa.

7. Do zadań realizowanych na stanowisku Pełnomocnika ds. Praw Pacjenta należy:

1) nadzór nad przestrzeganiem Praw Pacjenta w Szpitalu Powiatowym w Chrzanowie,
2) udzielanie odpowiedzi na pytania pacjentów, ich rodzin i przedstawicieli ustawowych,
3) wskazywanie pacjentom, ich rodzinom i przedstawicielom trybu postępowania w konkretnych sprawach,
4) przyjmowanie skarg i wniosków pacjentów przebywających w szpitalu, skarg rodzin pacjentów, ich przedstawicieli ustawowych lub osób sprawujących faktyczną opiekę nad pacjentem,
5) zapewnienie pacjentom dostępu do informacji prawnej,
6) nadanie odpowiedniego trybu postępowania dla złożonych skarg i wniosków oraz nadzór nad terminowym wyjaśnieniem spraw i przygotowaniem odpowiedzi,
7) udzielanie odpowiedzi do mediów dotyczących złożonych skarg i wniosków – za zgodą Dyrektora Szpitala Powiatowego w Chrzanowie,
8) współudział w organizowaniu narad i szkoleń dotyczących Praw Pacjenta,
9) współpraca z Pełnomocnikiem ds. Zintegrowanego Systemu Zarządzania :
   - monitorowania satysfakcji pacjenta w Szpitalu Powiatowym w Chrzanowie,
   - podsumowania i wykorzystania wyników badań satysfakcji pacjenta do usprawnienia działalności Szpitala Powiatowego w Chrzanowie.

8. Do zadań realizowanych na stanowisku Inspektora Ochrony Danych, w szczególności należy:

1) pełnienia funkcji Inspektora Ochrony Danych,
2) pełnienia funkcji Koordynatora ds. działań projakościowych w zakresie bezpieczeństwa informacji,
3) informowanie o obowiązkach dotyczących stosowania przepisów o ochronie danych oraz doradzanie w tej sprawie,
4) monitorowanie przestrzegania przepisów o ochronie danych ,
5) prowadzenie szkoleń z zakresu ochrony danych ,
6) udzielanie zaleceń co do oceny skutków przetwarzania danych ,
7) współpraca z Urzędem Ochrony Danych w zakresie związanym z przetwarzaniem danych ,
8) dokonywanie szacowania ryzyka dla ochrony danych ,
9) prowadzenie wykazu osób posiadających dostęp do przetwarzania danych ,
10) wsparcie w zakresie przygotowania i włączenia Szpitala do Małopolskiego Systemu Informacji Medycznej,
11) prowadzenie konsultacji w zakresie technicznym realizacji projektu Małopolski System Informacji Medycznej,
12) wsparcie przy opracowaniu harmonogramu i planowaniu poszczególnych etapów wdrożenia projektu Małopolski System Informacji Medycznej,
13) monitorowanie stosowania procedur Zintegrowanego Systemu Zarządzania w ramach standardu ISO 27001:2013,
14) proponowanie zmian w procedurach Zintegrowanego Systemu Zarządzania w ramach standardu ISO 27001:2013,
15) sprawdzanie zgodności przetwarzania danych z przepisami o ochronie danych aktami wewnętrznymi oraz opracowanie w tym zakresie sprawozdania dla Dyrektora Szpitala,
16) nadzorowanie opracowania i aktualizowania dokumentacji dotyczącej ochrony danych ,

17) zapoznanie osób upoważnionych do przetwarzania danych z przepisami o ochronie danych i aktami wewnętrznymi,
18) prowadzenie rejestru zbiorów danych .

9. Do zadań realizowanych na stanowisku Inspektora Ochrony Radiologicznej należy:

1) Do zakresu obowiązków inspektora ochrony radiologicznej oraz inspektora ochrony radiologicznej w pracowniach stosujących aparaty rentgenowskie do celów diagnostyki medycznej, radiologii zabiegowej, radioterapii powierzchniowej i radioterapii schorzeń nienowotworowych należy nadzór nad przestrzeganiem przez jednostkę organizacyjną wymagań ochrony radiologicznej, w tym w szczególności:

a) nadzór nad przestrzeganiem prowadzenia działalności według instrukcji pracy oraz nad prowadzeniem dokumentacji dotyczącej bezpieczeństwa jądrowego i ochrony radiologicznej, w tym dotyczącej pracowników i innych osób, przebywających w jednostce w warunkach narażenia, z wyjątkiem ochrony radiologicznej pacjentów poddanych terapii i diagnostyce z wykorzystaniem promieniowania jonizującego;
b) nadzór nad spełnianiem warunków dopuszczających pracowników do zatrudnienia na danym stanowisku pracy, w tym dotyczących szkolenia pracowników na stanowisku pracy w zakresie bezpieczeństwa jądrowego i ochrony radiologicznej;
c) opracowanie programu pomiarów dozymetrycznych w środowisku pracy i pomiarów oraz ewidencji dawek indywidualnych i przedstawienie ich do zatwierdzenia kierownikowi jednostki organizacyjnej;
d) dokonywanie wstępnej oceny narażenia pracowników na podstawie wyników pomiarów dawek indywidualnych lub pomiarów dozymetrycznych w środowisku pracy i przedstawianie jej kierownikowi jednostki organizacyjnej;
e) ustalanie wyposażenia jednostki organizacyjnej w środki ochrony indywidualnej, aparaturę dozymetryczną i pomiarową oraz inne wyposażenie służące do ochrony pracowników przed promieniowaniem jonizującym, a także nadzór nad działaniem aparatury dozymetrycznej, sygnalizacji ostrzegawczej i prawidłowym oznakowaniem miejsc pracy ze źródłami promieniowania jonizującego;
f) współpraca z zakładowymi służbami bezpieczeństwa i higieny pracy, osobami wdrażającymi program zapewnienia jakości, służbami przeciwpożarowymi i ochrony środowiska w zakresie ochrony przed promieniowaniem jonizującym;
g) wydawanie kierownikowi jednostki organizacyjnej opinii w zakresie ochrony przed promieniowaniem jonizującym, stosownie do charakteru działalności i typu posiadanych uprawnień;
h) występowanie do kierownika jednostki organizacyjnej z wnioskiem o wstrzymywanie prac w warunkach narażenia, gdy są naruszone warunki zezwolenia lub wymagania bezpieczeństwa jądrowego i ochrony radiologicznej, oraz informowanie o tym organu, który wydał zezwolenie;
i) nadzór nad postępowaniem wynikającym z zakładowego planu postępowania awaryjnego, jeżeli na terenie jednostki organizacyjnej zaistnieje zdarzenie radiacyjne;
j) nadzór nad postępowaniem ze źródłami promieniotwórczymi, materiałami jądrowymi oraz odpadami promieniotwórczymi w sytuacji przekształcenia jednostki organizacyjnej lub zakończenia przez nią działalności oraz informowanie organu, który wydał zezwolenie, o naruszeniu wymagań bezpieczeństwa jądrowego i ochrony radiologicznej w tym zakresie.

2) Do zakresu uprawnień inspektora ochrony radiologicznej oraz inspektora ochrony radiologicznej w pracowniach stosujących aparaty rentgenowskie do celów diagnostyki medycznej, radiologii zabiegowej, radioterapii powierzchniowej i radioterapii schorzeń nienowotworowych należy:

a) występowanie do kierownika jednostki organizacyjnej z wnioskiem o zmianę warunków pracy pracowników, w szczególności w sytuacji, gdy wyniki pomiarów dawek indywidualnych uzasadniają taki wniosek;
b) wydawanie kierownikowi jednostki organizacyjnej 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
c) sprawdzanie kwalifikacji pracowników w zakresie bezpieczeństwa jądrowego i ochrony radiologicznej i występowanie z wynikającymi z tego wnioskami do kierownika jednostki organizacyjnej;
d) występowanie do kierownika jednostki organizacyjnej z wnioskiem o wprowadzenie zmian w instrukcjach pracy, jeżeli wnioskowane zmiany nie zwiększają limitów użytkowych dawki określonych w zezwoleniu.

10. Do zadań Pełnomocnika ds. Zintegrowanego Systemu Zarządzania należy w szczególności:

1) tworzenie, utrzymanie i doskonalenie struktury Zintegrowanego Systemu Zarządzania odpowiedniej dla potrzeb Szpitala, kompletnej i spójnej z całokształtem jego działalności,
2) udział w określaniu polityki Zintegrowanego Systemu Zarządzania,
3) planowanie oraz inicjowanie prac na rzecz doskonalenia Zintegrowanego Systemu Zarządzania,
4) zapewnienie, aby procesy systemu były ustanowione, wdrożone i utrzymywane,
5) organizowanie i koordynowanie współpracy pomiędzy jednostkami organizacyjnymi w sprawach dotyczących Zintegrowanego Systemu Zarządzania,
6) zapewnienie popularyzacji w całym Szpitalu znaczenia wymagań pacjenta,
7) nadzór nad realizacją, skutecznością oraz doskonalenie procesów i działań w zakresie prowadzenia i aktualizacji dokumentacji systemu:
   - planowania i przeprowadzania auditów,
   - monitorowania i pomiarów oraz analizy danych dotyczących systemu,
   - zarządzania jakością w celu ciągłego doskonalenia,
   - planowania, wprowadzania i weryfikacji skuteczności działań korygujących, zapobiegawczych i innych działań doskonalących w odniesieniu do systemu,
   - ciągłego doskonalenia Zintegrowanego Systemu Zarządzania,
   - inicjowania, zalecania i stosowania określonych technik statystycznych w procesach analizy danych,
   - przygotowania i przedstawiania Dyrektorowi sprawozdań dotyczących funkcjonowania Zintegrowanego Systemu Zarządzania oraz potrzeb związanych z jego doskonaleniem.
8) wykonywanie innych czynności zleconych przez przełożonego lub Dyrekcję, a nie objętych niniejszym zakresem czynności.

11. Do zadań Pełnomocnika ds. ds. Akredytacji należy:

1) nadzór, utrzymanie, monitorowanie i doskonalenie systemu jakości odpowiedniego dla potrzeb Szpitala, kompletnego i spójnego z całokształtem jego działalności,

2) udział w określaniu Polityki Jakości,
3) nadzór nad dokumentacją systemu jakości,
4) zgłaszanie kierownictwu wszelkich uwag w przypadkach zagrażających jakości oraz przygotowywanie i przedstawianie najwyższemu kierownictwu sprawozdań dotyczących funkcjonowania systemu jakości oraz potrzeb związanych z jego doskonaleniem,
5) pilotowanie i sterowanie szkoleniami z zakresu systemu jakości oraz innymi zapewniającymi wdrażanie i utrzymywanie zasad polityki jakości w tym nadzór nad ich przeprowadzaniem,
6) monitorowanie systemu jakości, określanie propozycji jego doskonalenia, planowanie i wprowadzanie działań korygujących w odniesieniu do systemu jakości,
7) inicjowanie działań organizacyjnych związanych z systemem jakości,
8) nadzór nad prowadzeniem i aktualizacją całości dokumentacji związanej z systemem jakości,
9) wprowadzanie działań korygujących i zapobiegawczych w celu sprawowania bieżącego nadzoru nad ich przestrzeganiem,
10) planowanie auditów wewnętrznych i sterowanie auditami jakości,
11) przygotowanie niezbędnych informacji dla Dyrekcji w sprawach przeglądów systemu jakości przeprowadzanych przez kierownictwo,
12) aktualizacja i wdrażanie systemu jakości w przypadku zmian organizacyjnych i działań korygujących,
13) przygotowywanie wymaganych dokumentów w celu wystąpienia do firmy certyfikującej o nadanie Szpitalowi certyfikatu potwierdzającego wdrożenie systemu jakości,
14) współpraca z firmą certyfikującą,
15) kierowanie pracami Komitetu ds. Jakości,
16) Nadzorowanie prac zespołów:
    - opracowanie programów poprawy jakości,
    - dokonywanie zbiorowych analiz wybranych wskaźników jakości,
    - organizowanie i przedstawienie analiz Dyrekcji i kadrze kierowniczej Szpitala,
17) Ścisła współpraca z Dyrekcją, Pełnomocnikiem ds. ZSZ, kadrą kierowniczą komórek organizacyjnych Szpitala, Pełnomocnikiem ds. Pacjenta w zakresie doskonalenia jakości,
18) wykonywanie innych czynności zleconych przez przełożonego lub Dyrekcję, a nie objętych niniejszym zakresem czynności."

12. Do zadań Specjalisty ds. Systemów Jakości w ZDL należy:
1) Prowadzenie dokumentacji systemu zarządzania jakością według normy PN-EN ISO/IEC 17025:2018-02 w Zakładzie Diagnostyki Laboratoryjnej,
2) analiza wymagań dokumentacji Polskiego Centrum Akredytacji w zakresie niezbędnym dla działalności laboratoriów badawczych,
3) udział w obszarze zarządzania w ZDL w utrzymaniu i doskonaleniu sytemu jakości,
4) nadzór nad prowadzeniem i aktualizacją całości dokumentacji związanej z systemem jakości w ZDL,
5) monitorowanie systemu jakości, określanie propozycji jego doskonalenia, planowanie i wprowadzanie działań korygujących w odniesieniu do systemu jakości w ZDL,
6) inicjowanie działań organizacyjnych związanych z systemem jakości w ZDL,
7) pilotowanie i sterowanie szkoleniami z zakresu systemu jakości w ZDL,
8) aktualizacja i wdrażanie systemu jakości w ZDL w przypadku zmian organizacyjnych i działań korygujących,
9) przygotowywanie wymaganych dokumentów w celu wystąpienia do firmy certyfikującej o nadanie Szpitalowi certyfikatu potwierdzającego wdrożenie systemu jakości w ZDL,
10) monitorowanie błędów przed laboratoryjnych oraz bieżąca ich analiza w ZDL
11) weryfikacja badań i nadzór nad kontrolą wewnątrz laboratoryjną i zewnątrz laboratoryjną,.

12) współpraca z komórkami Szpitala w zakresie zapewnienia jakości potrzebnej w realizacji akredytacji w ZDL,
13) sporządzanie i prowadzenie statystyk występowania patogenów alarmowych w Szpitalu oraz ich analiza,
14) uczestniczenie w nadzorze i monitorowanie przebiegu kontroli wewnętrznej przy użyciu szczepów wzorcowych w ZDL,
15) prowadzenie analizy zużycia antybiotyków na oddziałach szpitalnych w oparciu o występowanie flory mikrobiologicznej w Szpitalu-mapowanie procesów,
16) prowadzenie i nadzór nad Elektroniczną Dokumentacją Medyczną w ZDL,
17) ocena i analiza kosztów wykonywania procedur w ZDL,
18) ścisła współpraca z Dyrekcją, Pełnomocnikiem ds. ZSZ, Pełnomocnikiem ds. Akredytacji, kadrą kierowniczą komórek organizacyjnych Szpitala, Pełnomocnikiem ds. Pacjenta w zakresie doskonalenia jakości,
19) wykonywanie innych czynności zleconych przez przełożonego lub Dyrekcję, a nie objętych niniejszym zakresem czynności."

13. Do zadań Pełnomocnika ds. utworzenia Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego należy:

1) podejmowanie działań związanych z przygotowaniem organizacyjnym, w tym w szczególności mających na celu zapewnienie personelu niezbędnego do uruchomienia i działania Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego.
2) wykonywanie innych czynności zleconych przez Dyrektora, związanych z uruchomieniem Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego.

Szczegółowe zakresy obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności pracowników zatrudnionych w ramach umowy o pracę znajdują się w aktach.

WARUNKI WSPÓŁDZIAŁANIA JEDNOSTEK I KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH

§ 88

1. Współpraca pomiędzy komórkami organizacyjnymi Szpitala oparta jest na następujących zasadach:
   1) Komórki organizacyjne zobowiązane są do współdziałania co najmniej w zakresie niezbędnym do zapewnienia koordynacji zadań.
   2) W przypadku opracowywania, uzgadniania lub opiniowania spraw wchodzących w zakres kompetencji kilku komórek organizacyjnych obowiązuje zasada, że prowadzenie tych spraw należy do komórki koordynującej, którą wyznacza Dyrektor (jest to zawsze pierwsza oznaczona komórka lub osoba, spośród wszystkich wyznaczonych do opracowania danej sprawy).
   3) Komórki współpracujące przygotowują i przekazują komórce koordynującej niezbędne materiały, informacje, wyjaśnienia, ekspertyzy i opinie konieczne do opracowania danej sprawy.
   4) Komórka koordynująca jest zobowiązana do rozpatrzenia opinii i stanowisk komórek współpracujących przy formułowaniu ostatecznego stanowiska.
   5) Opinie, wnioski i decyzje komórki organizacyjnej wymagają akceptacji jej kierownika lub osób przez niego upoważnionych.
   6) Wykonywanie obowiązków przypisanych poszczególnym pracownikom nadzorowane jest bezpośrednio przez przełożonych uprawnionych i zobowiązanych do sprawowania bieżącej kontroli funkcjonalnej, udzielania im wskazówek i wytycznych w zakresie sposobu ich realizacji oraz udzielanie w razie potrzeby stosownej pomocy.
   7) Pracownicy zajmujący stanowiska kierownicze niezależnie od obowiązków i uprawnień wynikających z przepisów ogólnych i przepisów odnoszących się do działalności Szpitala, w tym wynikających z niniejszego Regulaminu oraz określonych zakresów czynności zobowiązani są:
      - dokonywać podziału pracy pomiędzy poszczególnych pracowników oraz organizować ten podział w sposób zapewniający osiągnięcie przez podległych pracowników należytej jakości wykonywanej pracy;
      - kierować pracą podległych pracowników, organizowanie współpracy między nimi oraz kontrolować ich czynności;
      - wdrażać nowo osiągnięcia w zakresie techniki i organizacji pracy;
      - wnioskować (w razie potrzeby) o dokonanie zmian personalnych lub zastosowanie kar;
      - dbać o przestrzeganie przez podległy personel zasad współżycia społecznego oraz właściwego stosunku do mienia Szpitala;
   8) Wszyscy pracownicy niezależnie od uprawnień i realizowanych obowiązków obowiązani są:
      - znać podstawowe akty normatywne określające zadania Szpitala i jego organizację;
      - zakres kompetencji, zadania, organizację pracy i powiązania funkcji poszczególnych komórek organizacyjnych;
      - rozwijać inicjatywę w kierunku doskonalenia form i metod pracy;
      - służyć pomocą i radą innym pracownikom;
      - aktywnie włączać się w zagadnienia wymagające równoczesnego zaangażowania się kilku komórek organizacyjnych;
      - sumiennie wykonywać zlecone zadania;
      - przestrzegać tajemnicy służbowej i zawodowej.

2. Za prawidłowe współdziałanie odpowiedzialni są kierownicy właściwych jednostek i komórek organizacyjnych, bądź inne osoby wyznaczone przez Dyrektora.
3. Celem współdziałania komórek organizacyjnych Szpitala jest:
   1) usprawnianie procesów informacyjno – decyzyjnych,
   2) prawidłowa realizowanie zadań statutowych,
   3) integrowanie działań komórek organizacyjnych.
4. Do podstawowych elementów współdziałania zalicza się, w szczególności odbywanie okresowych spotkań:
   1) kadry zarządzającej,
   2) Dyrektora z Ordynatorami / Koordynatorami i Kierownikami komórek organizacyjnych działalności podstawowej,
   3) Naczelnej Pielęgniarki lub Przełożonej Pielęgniarek z Pielęgniarkami (Położnymi) Oddziałowymi / Koordynującymi i kierownikami podległych komórek organizacyjnych.
5. Spotkania mają na celu:
   1) przekazywanie informacji o podejmowanych kierunkach działania,
   2) wzajemną wymianę informacji w celu dalszego doskonalenia wspólnego działania,
   3) omówienie realizacji zadań oraz wymianę poglądów dotyczących problemów w realizacji zadań,
   4) ocenianie sytuacji finansowej.
6. Ordynatorzy / Koordynatorzy / Kierownicy komórek organizacyjnych oraz Pielęgniarki (Położne) Koordynujące zobowiązani są do zapoznania podległego personelu z informacjami uzyskanymi na spotkaniach.
7. Ordynatorzy / Koordynatorzy / Kierownicy Oddziałów wyznaczają lekarzy wykonujących konsultacje lekarskie na rzecz pacjentów hospitalizowanych w oddziałach innych specjalności.
8. W sytuacji, gdy w szpitalu nie funkcjonuje oddział danej specjalności, konsultacje specjalistyczne wykonywane są przez lekarzy z zewnątrz.
9. W celu zapewnienia stałej współpracy pomiędzy poszczególnymi komórkami organizacyjnymi Szpitala oraz podnoszenia jakości i efektywności działania Dyrektor Szpitala powołuje stałe i zadaniowe komitety, komisje zespoły i koła doradcze.
10. Szczegółowe zasady działania Komisji oraz ich składy osobowe określają odrębne akty wewnętrzne Dyrektora Szpitala Powiatowego w Chrzanowie.

ROZDZIAŁ V - PRZEBIEG PROCESU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Postanowienia ogólne

§ 89

Szpital organizuje świadczenia zdrowotne udzielane w zakresie określonym w niniejszym Regulaminie, z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości tych świadczeń w jednostkach i komórkach organizacyjnych, w sposób gwarantujący pacjentom najbardziej dogodną formę korzystania ze świadczeń.

§ 90

1. Świadczenia zdrowotne w stanach nagłych, zagrażających zdrowiu i życiu udzielane są niezwłocznie w każdej komórce organizacyjnej, niezależnie od ich rodzaju świadczeń.
2. Żadne okoliczności nie mogą stanowić podstawy do odmowy udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia.
3. W przypadku konieczności ratowania zdrowia lub życia personel medyczny Oddziału lub Poradni może udzielić świadczeń zdrowotnych na terenie Szpitala lub poza budynkami Szpitala.

§ 91

W razie braku możliwości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej Szpital zapewnia udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej przez inny podmiot leczniczy wraz z zapewnieniem transportu sanitarnego do innej placówki.

§ 92

W warunkach szpitalnych całodobowe świadczenia zdrowotne udzielane są w trybie planowym i nagłym.

§ 93

Świadczenia zdrowotne w Podstawowej Opiece Zdrowotnej udzielane są w dniu zgłoszenia.

§ 94

Świadczenia zdrowotne w Poradniach Przyszpitalnych udzielane są w wyznaczonym dniu po wcześniejszym ustaleniu terminu.

§ 95

Świadczenia zdrowotne w Pogotowiu Ratunkowym realizowane są przez zespoły ratownictwa medycznego, niezwłoczne po wydaniu przez dyspozytora dyspozycji wyjazdu.

§ 96

1. Świadczenia zdrowotne udzielane są wyłącznie przez osoby uprawnione do wykonywania zawodu medycznego i przez wolontariuszy posiadających kwalifikacje określone w odrębnych przepisach.
2. Świadczenia zdrowotne udzielane są w pomieszczeniach odpowiadających pod względem fachowym i sanitarnym wymogom określonym przepisami prawa.
3. Świadczenia zdrowotne udzielane są przy użyciu aparatury i sprzętu medycznego właściwych dla rodzaju udzielanych świadczeń zdrowotnych i wprowadzonych do użytkowania zgodnie z obowiązującymi przepisami.

§ 97

1. Szpital udziela świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych osobom ubezpieczonym oraz innym osobom uprawnionym do tych świadczeń na podstawie odrębnych przepisów, nieodpłatnie, za częściową odpłatnością, a także za całkowitą odpłatnością w komórkach organizacyjnych Szpitala, w zakresie określonym w niniejszym Regulaminie.
2. W uzasadnionych przypadkach świadczenia zdrowotne mogą być udzielane w warunkach domowych, w miejscu pobytu pacjenta.
3. Szpital prowadzi dokumentację medyczną dotyczącą osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych z zapewnieniem ochrony danych zawartych w dokumentacji medycznej oraz udostępnia dokumentację zgodnie z obowiązującymi przepisami.

§ 98

1. Świadczenia zdrowotne w zakresie diagnostyki i leczenia onkologicznego udzielane są na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (DILO) w komórkach medycznych Szpitala w ramach umów podpisanych z NFZ następujących rodzajach:
   1) Podstawowa Opieka Zdrowotna (POZ),
   2) Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna (AOS) – w poradniach:
      a) chirurgii ogólnej,
      b) chirurgii onkologicznej,
      c) chirurgii dziecięcej,
      d) neurologicznej,
      e) gastroenterologicznej,
      f) endokrynologiczna,
      g) urologicznej,
      h) chorób płuc,
      i) położniczo-ginekologicznej.
   3) Leczenie Szpitalne – w oddziałach:
      a) Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej,
      b) Chirurgii Ogólnej,
      c) Chorób Płuc
      d) Onkologii Klinicznej/Chemioterapii,
      e) Urologicznym,
      f) Położniczo-Ginekologicznym.
   4) Chemioterapia w trybie:
      a) hospitalizacji,
      b) pobytu jednodniowego,
      c) ambulatoryjnych.

2. Świadczenia zdrowotne pacjentom z kartą diagnostyki i leczenia onkologicznego udzielane są w ramach skojarzonych świadczeń nielimitowanych, pod warunkiem wykonania procedur medycznych na każdym etapie prowadzenia leczenia i diagnostyki onkologicznej z zachowaniem terminów ich realizacji określonych przepisami prawa.
3. Standardy i wytyczne postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w schorzeniach nowotworowych leczonych w szpitalu stosowane są w diagnostyce w ramach poszczególnych etapów diagnostyki i leczenia onkologicznego zgodnie z zaleceniami rekomendowanymi przez polskie towarzystwa naukowe w odpowiedniej dziedziny medycyny.
4. W oddziałach szpitalnych realizujących świadczenia zdrowotne na podstawie karty DILO powołuje się wielodyscyplinarne zespoły terapeutyczne i koordynatorów.
5. Procedura organizacji udzielania świadczeń w zakresie diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego w Szpitalu, w tym skład i zadania zespołów, o których mowa powyżej została określona odrębnym Zarządzeniem Dyrektora.

§ 99

1. Świadczenia zdrowotne, niezależnie od ich rodzaju, udzielane są po wyrażeniu zgody przez pacjenta, w tym pacjenta małoletniego, który ukończył 16 lat.
2. Udzielanie świadczeń zdrowotnych pacjentowi małoletniemu, który nie ukończył 16 lat odbywa się po wyrażeniu zgody przez przedstawiciela ustawowego. W przypadku braku przedstawiciela ustawowego prawo to, wyłącznie w odniesieniu do badania, może wykonać opiekun faktyczny.
3. W przypadku braku możliwości uzyskania zgody przedstawiciela ustawowego na leczenie pacjenta małoletniego, zgodę taką wydaje Sąd Rodzinno – Opiekuńczy.
4. W przypadku wyrażenia przez pacjenta małoletniego, który ukończył 16 lat sprzeciwu co do udzielenia świadczenia zdrowotnego, pomimo zgody jego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego, w celu udzielenia świadczenia zdrowotnego wymagane jest zezwolenie Sądu Rodzinno – Opiekuńczego.
5. Lekarz może – bez zgody przedstawiciela ustawowego lub Sądu Rodzinno – Opiekuńczego – wykonywać czynności lecznicze w odniesieniu do pacjenta małoletniego, jeżeli zwłoka spowodowałaby groźbę niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia.

§ 100

1. Podstawą do uzyskania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jest podanie przez pacjenta swojego numeru PESEL i potwierdzenie tożsamości jednym z wymienionych dokumentów: dowodem osobistym, paszportem albo prawem jazdy, a w przypadku dzieci objętych obowiązkiem szkolnym, do ukończenia 18 roku życia - aktualną legitymacją szkolną. Po potwierdzeniu tożsamości pacjenta, uprawnienia do skorzystania z bezpłatnych świadczeń zdrowotnych zostaną potwierdzone w systemie eWUŚ.
2. Jeżeli w systemie eWUŚ Narodowy Fundusz Zdrowia nie potwierdzi uprawnień, podstawą do skorzystania z bezpłatnych świadczeń zdrowotnych jest okazany dowód ubezpieczenia.
3. W przypadku niepotwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej w sposób określony powyżej, świadczeniobiorca po okazaniu dokumentu, o którym mowa w punkcie 1, może przedstawić inny dokument potwierdzający prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa, a jeżeli takiego dokumentu nie posiada, złożyć pisemne oświadczenie o przysługującym mu prawie do świadczeń opieki zdrowotnej.

4. Informacja o rodzaju wymaganych dokumentów, będących dowodem ubezpieczenia i potwierdzających prawo do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych zamieszczona jest w widocznym miejscu przy rejestracjach oraz dostępna jest na stronie internetowej Szpitala.
5. W przypadku świadczeniobiorców małoletnich oraz innych osób nieposiadających pełnej zdolności do czynności prawnych oświadczenie, o którym mowa w punkcie 4 składa przedstawiciel ustawowy albo opiekun prawny lub faktyczny.
6. W przypadku dzieci do ukończenia 3 miesiąca życia, które nie posiadają numeru PESEL, potwierdzenie następuje na podstawie numeru PESEL osoby obowiązanej do zgłoszenia dziecka do ubezpieczenia zdrowotnego.
7. Bezpłatnie, niezależnie od uprawnień z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego udziela się świadczeń zdrowotnych związanych z ciążą, połogiem i porodem a także osobom, które nie ukończyły 18 roku życia.
8. Bezpłatnie, niezależnie od uprawnień z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego udziela się świadczeń zdrowotnych osobom, co do których stosuje się art. 12 i 12a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, wynikających z następujących ustaw:
   1) wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (tj. Dz. U. z 2023 r. poz. 2151),
   2) przeciwdziałaniu narkomanii (tekst jednolity Dz. U. z 2023r. poz. 1939 z późn. zm,),
   3) ochronie zdrowia psychicznego (t.j. Dz.U. z 2024r. poz. 917).
   4) cudzoziemcach (tj. Dz. U. z 2025 r. poz. 1079),
   5) zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (tekst jednolity Dz. U. z 2024 . poz. 924),
   6) Państwowym Ratownictwie Medycznym (tj. Dz.U 2025 r. poz. 91 z późn. zm.),"
   7) karcie Polaka (tj. Dz. U. z 2023 r. poz. 192),
   8) Kodeksu karnego wykonawczego art. 102 pkt 1 (tekst jednolity Dz.U. z 2025r., poz. 911).
9. Brak dokumentu potwierdzającego ubezpieczenie i prawo do korzystania z bezpłatnej opieki zdrowotnej nie może być podstawą odmowy udzielenia świadczenia w przypadku stanu nagłego zachorowania, wypadku, urazu, zatrucia, stanu zagrożenia życia lub porodu.
10. W stanach nagłych lub w przypadku, gdy ze wzg0ędu na stan zdrowia nie jest możliwe złożenie oświadczenia, świadczenie opieki zdrowotnej zostaje udzielone pomimo braku potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej. W takim przypadku osoba, której udzielono świadczenia opieki zdrowotnej jest obowiązana do przedstawienia dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej albo złożenia oświadczenia, w terminie 14 dni od dnia rozpoczęcia udzielania świadczenia opieki zdrowotnej, a jeżeli świadczenie to jest udzielane w oddziale szpitalnym, w terminie 7 dni od dnia zakończenia udzielania świadczenia opieki zdrowotnej – pod rygorem obciążenia tej osoby kosztami udzielonych jej świadczeń.
11. Późniejsze niż przewidziane terminami określonymi w punkcie 10, jednak w okresie nie dłuższym niż 1 rok, licząc od dnia upływu tych terminów, przedstawienie dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej albo złożenie oświadczenia, nie może stanowić podstawy odmowy przez Szpital zwolnienia pacjenta z obowiązku poniesienia kosztów udzielonego świadczenia opieki zdrowotnej albo zwrotu tych kosztów.

§ 101

1. W celu zabezpieczenia prawidłowej kolejności udzielania świadczeń Szpital prowadzi listę pacjentów oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego. W Szpitalu wdrożona jest procedura obejmująca zasady i tryb zapisywania pacjentów na listy oczekujących.
2. Poza kolejnością przyjmowani są pacjenci w przypadkach stanu zagrożenia życia lub porodu, wypadku, zatrucia, urazu, jak również inne osoby, na podstawie odrębnych

przepisów:

a) kobiety w ciąży oraz osoby do 18 r.ż., u których stwierdzono ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu,
b) świadczeniobiorcy posiadający orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności,
c) świadczeniobiorcy posiadający orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji,
d) świadczeniobiorcy posiadający tytuł „Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi" i tytuł „Zasłużonego Dawcy Przeszczepu" i przedstawią legitymację,
e) inwalidzi wojenni i wojskowi, żołnierze zastępczej służby wojskowej, cywilne niewidome ofiary działań wojennych,
f) kombatanci, działacze opozycji antykomunistycznej, osoby represjonowane z powodów politycznych i osoby deportowane do pracy przymusowej,
g) uprawnieni żołnierze lub pracownicy i weterani poszkodowani, których ustalony procentowy uszczerbek na zdrowiu wynosi co najmniej 30%.

3. Kolejność udzielenia świadczeń zdrowotnych w trybie planowym ustalana jest na podstawie kryteriów medycznych z uwzględnieniem przypadków pilnych i stabilnych – według kolejności zgłoszenia pacjenta, w dniach i godzinach ich udzielania przez Szpital.

§ 102

1. W celu otrzymania jednego rodzaju świadczenia opieki zdrowotnej (na podstawie skierowania) pacjent ma możliwość wpisania się tylko na jedną listę oczekujących do danej komórki organizacyjnej u jednego świadczeniodawcy.
2. W razie zmiany stanu zdrowia pacjenta, wskazującej na potrzebę wcześniejszego lub późniejszego niż w ustalonym terminie udzielenia świadczenia następuje przesunięcie terminu udzielenia świadczenia.
3. W razie wystąpienia okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili ustalania terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, a które uniemożliwiają zachowanie terminu wynikającego z listy oczekujących, Szpital informuje pacjenta w dostępny sposób o zmianie terminu udzielenia świadczenia i jej przyczynie.
4. Pacjent jest zobowiązany do niezwłocznego powiadomienia Szpitala o niemożności stawienia się w wyznaczonym terminie.
5. W przypadku powzięcia informacji przez Szpital o niemożności stawienia się w wyznaczonym terminie, na wniosek pacjenta wyznaczany jest kolejny termin.
6. W razie przekazania informacji o rezygnacji pacjenta ze świadczenia lub nie poinformowania Szpitala o niemożności stawienia się, pacjent traci miejsce na liście.

§ 103

1. Rejestracja pacjentów odbywa się: osobiście, telefonicznie, drogą elektroniczną, za pośrednictwem osób trzecich, z wyznaczeniem dnia i godziny realizacji świadczenia zdrowotnego. Do Poradni Przyszpitalnych istnieje możliwość zarejestrowania się

za pośrednictwem internetu w systemie e- rejestracji.

2. W punkcie rejestracji pacjent winien otrzymać informację dotyczącą:
   1) zakresu dostępnych świadczeń zdrowotnych,
   2) czasu oczekiwania,
   3) form i terminów zapisu do lekarza,
   4) wymaganych dokumentów i skierowań potrzebnych do przyjęcia,
   5) wyników badań niezbędnych podczas wizyty,
   6) miejsca wykonanych zleconych badań diagnostycznych,
   7) ewentualnym przygotowaniu do zabiegu diagnostycznego,
   8) harmonogramu pracy rejestracji, poradni i pracowni.
3. Podczas rejestracji pacjent powinien otrzymać informację o dacie i godzinie wizyty.
4. W przypadku niemożliwości realizacji świadczenia w ustalonym terminie należy pacjenta poinformować w dostępny sposób (np. telefonicznie) o zmianie tego terminu.
5. Rejestracja pacjentów do Poradni Przyszpitalnych, lekarza POZ, Zakładu Rehabilitacji, Zakładu Diagnostyki Obrazowej, Pracowni Endoskopii, Pracowni EMG, EEG i innych odbywa się w wyznaczonych i opisanych punktach rejestracji.

§ 104

Wszelkie spostrzeżenia i uwagi dotyczące całokształtu udzielania świadczeń zdrowotnych przez Szpital, pacjenci mogą umieszczać w odpowiednich ankietach, dostępnych w Izbie Przyjęć, Szpitalnym Oddziale Ratunkowym, Centralnej Rejestracji oraz na stronie internetowej szpitala. Wypełnione anonimowo ankiety można zdeponować do skrzynki znajdującej się w holu, przy wejściu głównym do szpitala. Ankiety są okresowo analizowane i sporządzane są wnioski zmierzające do poprawy jakości realizowanych usług medycznych.

Lecznictwo szpitalne - przyjęcia nagłe

§ 105

1. W stanach nagłych świadczenia zdrowotne są udzielane pacjentowi przez Szpital niezwłocznie. Szpital nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia.
2. Przyjęcia pacjentów w stanach nagłych odbywają się całodobowo w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym.
3. Przyjęcia nagłe są realizowane bez skierowania, na postawie skierowania wystawionego przez lekarza lub kart przekazanych przez zespoły ratownictwa medycznego.
4. O terminie przyjęcia do Szpitala osoby zgłaszającej się orzeka lekarz Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, w razie potrzeby po konsultacji z lekarzem z oddziału szpitalnego lub odpowiednim lekarzem dyżurnym i po zapoznaniu się ze stanem zdrowia i uzyskaniu zgody tej osoby lub jej przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego, chyba że na mocy odrębnych przepisów możliwe jest przyjęcie do Szpitala bez wyrażenia zgody.
5. Lekarz konsultujący, po osobistym zbadaniu pacjenta, winien przekazać wynik konsultacji dotyczący dalszego planu leczenia pacjenta, jak również dokonać wpisu w dokumentacji medycznej.
6. W przypadku konieczności natychmiastowej hospitalizacji pacjenta, gdy Szpital nie zapewnia realizacji świadczeń zdrowotnych w wymaganym zakresie lub nie dysponuje

wolnymi miejscami w oddziale szpitalnym realizującym świadczenia w wymaganym zakresie, lekarz Szpitalnego Oddziału Ratunkowego lub dyżurujący w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym ustala telefonicznie miejsce, w miarę możliwości w najbliższej placówce realizującej świadczenia w wymaganym zakresie oraz w razie konieczności organizuje transport sanitarny.

7. W przypadku konieczności wykonania dodatkowych procedur diagnostycznych oraz zwiększenia obsady kadrowej w sytuacjach kryzysowych w godzinach dyżurowych, Starszy Lekarz Dyżurny może wezwać z domu dodatkowy personel.
8. W przypadku zdarzeń masowych, katastrof w Szpitalu obowiązują procedury i standardy postępowania określone przepisami prawa.

§ 106

Obowiązkiem personelu SOR jest – w miarę posiadanych możliwości – poinformowanie rodziny pacjenta o przyjęciu do Szpitala w trybie nagłym.

§ 107

Jeżeli lekarz przy badaniu pacjenta poweźmie uzasadnione podejrzenie, że uszkodzenie ciała, zaburzenia czynności pozostają w związku z usiłowaniem przestępstwa, zabójstwa lub samobójstwa, uszkodzenia płodu lub zatrucia albo kiedy podejrzewa, że zostały one spowodowane przy udziale osób trzecich, Ordynator / Kierownik Oddziału / lekarz przyjmujący pacjenta zobowiązany jest powiadomić o danym przypadku Prokuraturę Rejonową lub jednostkę Policji, a w następnej kolejności, w najbliższym możliwym terminie, pisemnie – Dyrektora Szpitala.

§ 108

Jeżeli lekarz przy badaniu pacjenta małoletniego poweźmie uzasadnione podejrzenie, że ma do czynienia z dzieckiem mającym symptomy Syndromu Dziecka Maltretowanego (zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia), zobowiązany jest powiadomić o danym przypadku Prokuraturę Rejonową lub jednostkę Policji, a w następnej kolejności, w najbliższym możliwym terminie, pisemnie – Dyrektora Szpitala.

Lecznictwo szpitalne - przyjęcia planowe

§ 109

1. Leczenie szpitalne w trybie planowym jest realizowane w wyznaczonym terminie, w warunkach stacjonarnych i całodobowych, jeżeli cel leczenia nie może być osiągnięty ambulatoryjnie a konieczność hospitalizacji zostanie uzasadniona na skierowaniu.
2. Przyjęcia planowe do oddziałów szpitalnych odbywają się w Izbie Przyjęć Szpitala od poniedziałku do piątku, w godzinach od 7.00 do 14.30.
3. Przyjęcia pacjentów zgłaszających do Szpitala odbywają się na podstawie skierowania od lekarza, po wcześniejszym ustaleniu terminu przyjęcia na dany oddział szpitalny.
4. O przyjęciu do Szpitala osoby zgłaszającej się lub skierowanej przez lekarza orzeka lekarz danej specjalności, wyznaczony do tych czynności przez Ordynatora lub Kierownika Oddziału, po zapoznaniu się ze stanem zdrowia i uzyskaniu zgody tej osoby lub przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego, chyba że na mocy odrębnych przepisów możliwe jest przyjęcie do szpitala bez wyrażenia zgody.

§ 110

1. Przy przyjęciu do Szpitala pacjent jest informowany o przysługujących mu prawach i obowiązkach.
2. Pacjenci mają możliwość zdeponowania odzieży w garderobie szpitalnej, jak również rzeczy wartościowych w depozycie szpitalnym.
3. Postępowanie z rzeczami stanowiącymi własność pacjenta regulują procedury akredytacyjne i Zarządzenia Dyrektora Szpitala.

§ 111

1. Przy przyjęciu do Szpitala pacjentowi niezwłocznie zakłada się historię choroby spełniającą obowiązujące wymogi zgodne z aktualnym Rozporządzeniem Ministra Zdrowia oraz obowiązującymi Zarządzeniami Dyrektora Szpitala.
2. W historii choroby, przy rejestracji pacjenta (dotyczy lecznictwa stacjonarnego i ambulatoryjnego) należy uzyskać pisemne wskazanie przez pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego:
   1) osoby, upoważnionej przez pacjenta do uzyskiwania informacji o jego stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej oraz danych umożliwiających kontakt z tą osobą lub pisemne oświadczenie o braku takiego upoważnienia,
   2) osoby, upoważnionej przez pacjenta do uzyskiwania dokumentacji, a w przypadku śmierci do wglądu do dokumentacji medycznej, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej lub pisemne oświadczenie o braku takiego upoważnienia.
3. W sytuacji, gdy stan zdrowia pacjenta uniemożliwia uzyskanie w/w oświadczeń przy przyjęciu, w historii choroby należy odnotować przyczynę nie odebrania od pacjenta powyższych oświadczeń i uzyskać je od pacjenta w trakcie pobytu w oddziale szpitalnym niezwłocznie z chwilą, gdy stan zdrowia pacjenta na to pozwoli.
4. Zasady hospitalizacji pacjenta, w tym prawa i obowiązki pacjenta w trakcie pobytu na oddziałach szpitalnych, za wyjątkiem Oddziału Psychiatrycznego, Oddziału Psychiatrycznego Dziennego oraz Pediatrycznego posiadających odrębne uregulowania określa Regulamin dla pacjentów stanowiący **Załącznik nr 7** do niniejszego Regulaminu.

5. Regulamin dla rodziców / opiekunów towarzyszących dziecku w Oddziale Pediatrycznym stanowi **Załącznik nr 8** do niniejszego Regulaminu.
6. Regulamin przebywania osób towarzyszących na Bloku Porodowym stanowi **Załącznik nr 9** do niniejszego Regulaminu

§ 112

Wykonanie zabiegu operacyjnego albo zastosowanie metody leczenia lub diagnostyki stwarzającej podwyższone ryzyko dla pacjenta odbywa się wyłącznie po uzyskaniu na piśmie zgody pacjenta oraz po uprzednim poinformowaniu go o ewentualnych powikłaniach zgodnie z zasadami określonymi Zarządzeniem Dyrektora Szpitala.

§ 113

1. Przyjęcie osoby z zaburzeniami psychicznymi do oddziału psychiatrycznego następuje po przeprowadzeniu osobistego badania i kwalifikacji przez lekarza przyjmującego, po uzyskaniu zgody tej osoby lub przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego, chyba że na mocy odrębnych przepisów możliwe jest przyjęcie do szpitala bez wyrażenia zgody.
2. Osoba z zaburzeniami psychicznymi może zostać przyjęta do oddziału psychiatrycznego także w wypadkach braku jej zgody, gdy zachowanie jej wskazuje, że:
   1) może zagrażać bezpośrednio własnemu życiu albo życiu i zdrowiu innych osób z powodu choroby,
   2) z powodu zaburzeń psychicznych zagraża bezpośrednio swojemu życiu albo życiu i zdrowiu innych osób a zachodzi wątpliwość, czy jest ona chora psychicznie.
3. W sytuacji o której mowa w ust. 2 przyjęcie pacjenta do oddziału zatwierdzane jest przez Ordynatora w ciągu 48 godz. od chwili przyjęcia. Dyrektor zawiadamia o powyższym Sąd Rodzinno - Opiekuńczy w ciągu 72 godzin od chwili przyjęcia.
4. O przyjęciu do Oddziału Psychiatrycznego osoby, o której mowa w ust. 2 decyduje lekarz po zbadaniu pacjenta i w miarę możliwości opinii innego lekarza psychiatry lub psychologa.
5. Czynności, o których mowa odnotowuje się w dokumentacji medycznej, którą przedkłada się do wglądu sędziemu wizytującemu oddział.

Dyrektor Szpitala obowiązany jest do informowania Sądu Rodzinno - Opiekuńczego w sprawach pacjentów w sytuacjach określonych w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego.

§ 114

Opuszczenie przez pacjenta oddziału, w tym także nieobecność spowodowana udzieleniem pacjentowi przepustki, powinny być uzgodnione z lekarzem prowadzącym i odnotowywane w dokumentacji medycznej. Wyjście pacjenta poza oddział bez zgody lekarza, jest równoznaczne z samowolnym opuszczeniem oddziału.

§ 115

1. Wypisanie pacjenta, jeżeli przepisy odrębne nie stanowią inaczej, następuje:
   1) gdy stan zdrowia pacjenta nie wymaga dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne,
   2) na żądanie pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego,
   3) gdy pacjent w sposób rażący narusza porządek lub przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, a nie zachodzi obawa, że odmowa lub zaprzestanie udzielania świadczeń zdrowotnych może spowodować bezpośrednie niebezpieczeństwo dla jego życia lub zdrowia albo życia lub zdrowia innych osób.
2. Jeżeli przedstawiciel ustawowy żąda wypisania pacjenta, którego stan zdrowia wymaga dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych, Ordynator oddziału lub lekarz przez niego wyznaczony może odmówić wypisania do czasu wydania w tej sprawie orzeczenia przez właściwy ze względu na siedzibę Szpitala Sąd Rodzinno - Opiekuńczy. Właściwy Sąd Rodzinno - Opiekuńczy zawiadamiany jest niezwłocznie o odmowie wypisania ze Szpitala i o przyczynach odmowy.
3. Pacjent występujący o wypisanie ze szpitala na własne żądanie składa pisemne oświadczenie o wypisaniu ze szpitala na własne żądanie, po uzyskaniu od lekarza informacji o możliwych następstwach i konsekwencjach zaprzestania leczenia w Szpitalu. W przypadku braku takiego oświadczenia – lekarz sporządza adnotację w dokumentacji medycznej pacjenta.
4. Jeżeli 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.
5. Wypisanie pacjenta z Oddziału Psychiatrycznego, gdy wiadomym jest, że odbywał poprzednio karę pozbawienia wolności za przestępstwo pedofilii albo gdy opinia psychiatryczna wskazuje na możliwość agresywnego zachowania po wypisie – wymaga powiadomienia Sądu Rodzinno – Opiekuńczego.

§ 116

Zakończoną historię choroby z pobytu pacjenta w Szpitalu i zatwierdzoną przez ordynatora oddziału należy przekazać nie później niż do 3 dni od daty wypisu pacjenta ze szpitala do Sekretariatu danego Oddziału, a następnie do Archiwum.

§ 117

W razie pogorszenia stanu zdrowia pacjenta powodującego zagrożenie życia lub w razie jego śmierci, lekarz prowadzący lub lekarz sprawujący opiekę nad pacjentem zobowiązany jest niezwłocznie zawiadomić osobę / instytucję wskazaną przez pacjenta, przedstawiciela ustawowego lub faktycznego.

Lecznictwo ambulatoryjne

§ 118

1. Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne obejmują swoim zakresem świadczenia: podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, rehabilitacji leczniczej, opieki psychiatrycznej, w tym dziennej, jak również badania diagnostyczne wykonywane w celu rozpoznania stanu zdrowia i ustalenia dalszego postępowania leczniczego.
2. Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne finansowane ze środków publicznych udzielane są na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego z wyjątkiem poradni onkologicznej, ginekologicznej i poradni zdrowia psychicznego.
3. Rejestracja do lekarza specjalisty odbywa się: telefonicznie, drogą elektroniczną, osobiście lub za pośrednictwem osób trzecich na zasadach określonych przepisami prawa.

§ 119

Lekarz specjalista udzielający porady ma obowiązek:

1) kompleksowej oceny stanu zdrowia pacjenta,
2) ustalenia diagnostyki, terapii i leczenia,
3) podjęcia procesu leczenia,
4) realizacji procedur diagnostycznych właściwych dla ambulatoryjnej świadczeń specjalistycznych wg potrzeb pacjenta,
5) wydania orzeczenia o aktualnym stanie zdrowia pacjenta,
6) orzekania o czasowej niezdolności do pracy,
7) wydania recept na leki i wyroby medyczne,
8) wydania zleceń na środki pomocnicze i ortopedyczne,
9) wydania zaleceń i istotnych informacji dotyczących stylu życia, odżywiania.

§ 120

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

§ 121

Udzielanie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych odbywa się zgodnie z harmonogramem pracy ustalonym dla poszczególnych komórek.

§ 122

W uzasadnionych przypadkach udzielanie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych może odbywać się w warunkach domowych, w miejscu pobytu pacjenta.

§ 123

Udzielanie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w pracowniach diagnostycznych odbywa się zgodnie z harmonogramem pracy danej komórki organizacyjnej.

§ 124

1. Świadczenia zdrowotne w zakresie Podstawowej Opieki Zdrowotnej udzielane są na podstawie deklaracji woli wyboru lekarza pierwszego kontaktu złożonej przez pacjenta.
2. Warunkiem niezbędnym do złożenia deklaracji jest posiadanie przez pacjenta uprawnienia do korzystania z bezpłatnych świadczeń zdrowotnych na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

§ 125

Lekarz POZ kierując pacjenta do lekarza specjalisty w celu konsultacji, leczenia lub objęcia opieką, a także kierując pacjenta do leczenia szpitalnego, zobowiązany jest wykonać odpowiednie badania diagnostyczne w celu potwierdzenia wstępnego rozpoznania i uzasadniające skierowanie.

§ 126

Celem zapobiegania korupcji zabrania się udzielania jakichkolwiek świadczeń, w tym badań diagnostycznych, osobom niezarejestrowanym w bazach danych przetwarzanych przez szpital. Obowiązek ten nakłada się na wszystkie osoby zatrudnione w komórkach organizacyjnych Szpitala. Powyższe nie ma zastosowania w stanach zagrożenia zdrowia i życia pacjenta oraz konieczności natychmiastowego udzielenia świadczenia zdrowotnego.

ZASADY PRZEBYWANIA NA TERENIE SZPITALA OSÓB TRZECICH

§ 127

Zasady przebywania na oddziałach szpitalnych osób odwiedzających pacjenta określa Regulamin dla odwiedzających stanowiący **Załącznik nr 6** do niniejszego Regulaminu.

§ 128

1. Przedstawiciele firm medycznych i farmaceutycznych wchodzący na teren Szpitala w celu przeprowadzania prezentacji produktów i wyrobów, są bezwzględnie zobowiązani zgłosić ten zamiar do Dyrekcji Szpitala i uzyskać pisemną zgodę Dyrektora lub wyznaczonego przez niego Zastępcy.
2. Prezentacja produktów i wyrobów medycznych lub farmaceutycznych może odbywać się poza godzinami pracy personelu.
3. Prezentacja produktów i wyrobów medycznych lub farmaceutycznych może odbywać się w wyznaczonym do tego miejscu spotkań, np. świetlicy, a nie w komórkach organizacyjnych udzielających świadczeń zdrowotnych.
4. Lekarze Szpitala oraz Kierownik Apteki Szpitalnej zobowiązani są poinformować osoby wymienione w punkcie 1 o niniejszych zasadach postępowania.

§ 129

1. Przedstawiciele mediów publicznych wchodzących na teren Szpitala w celu uzyskania informacji dotyczących Szpitala, zobowiązani są zgłosić ten zamiar Dyrektorowi lub wyznaczonemu przez niego Zastępcy.
2. Upoważnionymi do udzielania informacji o działalności Szpitala są Dyrektor Szpitala, jego Zastępcy lub inne osoby upoważnione w granicach obowiązków powierzonych im w tym zakresie i na zasadach określonych przez Dyrektora.
3. W przypadku zamiaru zbierania informacji lub opinii wśród pracowników Szpitala, przedstawiciel mediów publicznych zgłasza ten zamiar Dyrektorowi lub jego Zastępcy, który zapewnia im możliwość swobodnego dostępu do źródła informacji w sposób nie zakłócający działalności komórek organizacyjnych Szpitala.

ROZDZIAŁ VI - WARUNKI WSPÓŁDZIAŁANIA STRUKTUR WEWNĘTRZNYCH ORAZ SZPITALA Z INNYMI PODMIOTAMI LECZNICZYMI

§ 130

1. Szpital współdziała z innymi podmiotami w zakresie prawidłowości diagnostyki, leczenia, pielęgnowania, rehabilitacji pacjentów oraz ciągłości procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, w szczególności poprzez kierowanie do innych placówek w celu konsultacji specjalistycznych, zlecania badań diagnostycznych niewykonywanych, kierowanie na zabiegi specjalistyczne (w tym onkologiczne), o ile nie ma możliwości wykonania ich w Szpitalu.
2. Współpraca z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą odbywa się w ramach podpisanych umów i porozumień, w przedmiocie świadczeń zdrowotnych.
3. Współdziałanie z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą odbywa się z poszanowaniem powszechnie obowiązujących przepisów prawa oraz z poszanowaniem Praw Pacjenta.
4. Materiał biologiczny, wysyłany do innych zakładów diagnostycznych musi być odpowiednio zabezpieczony na czas transportu zaś wyniki badań archiwizowane wg zasad przyjętych w Szpitalu.
5. Korzystanie z bazy diagnostycznej innych placówek opieki zdrowotnej możliwe jest na zasadach zawartych w umowach z tymi placówkami.
6. Szpital na bieżąco informuje współpracujące z nim podmioty wykonujące działalność leczniczą o zakresie udzielania świadczeń medycznych oraz możliwościach diagnostycznych.
7. W przypadku konieczności wykonania badania diagnostycznego lub konsultacji specjalistycznej w innej jednostce w trakcie hospitalizacji, pacjent zostaje przewieziony środkiem transportu sanitarnego wraz z dokumentacją medyczną uzasadniającą skierowanie.
8. Przekazanie pacjenta do innej jednostki następuje po uzgodnieniu miejsca w innej placówce przez lekarza kierującego.
9. W przypadku braku możliwości przekazania pacjenta pomiędzy oddziałami szpitalnymi z powodu braku miejsc, przekazanie pacjenta do innego Szpitala następuje przez lekarza kierującego oraz lekarza z oddziału, który nie dysponował miejscem.
10. Szpital oraz osoby udzielające w jego imieniu świadczeń zdrowotnych, udzielają innym podmiotom wykonującym działalność leczniczą informacji związanych z pacjentem w przypadku gdy:
    1) pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraża zgodę na ujawnienie tajemnicy,
    2) zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób,
    3) zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych innym osobom wykonującym zawód medyczny, uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń,
    4) obowiązujące przepisy prawa tak stanowią.
11. Szpital udostępnia podmiotom wykonującym działalność leczniczą dokumentację medyczną pacjentów, jeżeli dokumentacja ta jest niezbędna do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych.
12. Transport sanitarny niezbędny do realizacji świadczeń zdrowotnych w zakresie współdziałania z innymi podmiotami leczniczymi dostępny jest całodobowo i zapewniony przez karetkę własną Szpitala lub podwykonawcy na podstawie umowy zawartej z podmiotem zewnętrznym.

13. Transport lotniczy odbywa się na zasadach określonych przepisami prawa.
14. Szpital przyjmuje pacjentów skierowanych z innych placówek opieki zdrowotnej w zależności od posiadania wolnych miejsc, po ustaleniu przez lekarza kierującego terminu i miejsca z ordynatorem oddziału lub lekarzem dyżurnym w oddziale.

§ 131

Szpital prowadzi szkolenia w zakresie specjalizacji i staży podyplomowych dla pracowników innych podmiotów na podstawie uzyskanych akredytacji i na zasadach określonych przez Ministra Zdrowia.

ROZDZIAŁ VII – ZAKRES I ZASADY WNOSZENIA OPŁAT

PROWADZENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ ORAZ WYSOKOŚĆ ODPŁATNOŚCI ZA UDZIELANIE INFORMACJI

§ 132

1. Pacjent ma prawo wglądu do swojej dokumentacji medycznej prowadzonej w Szpitalu.
2. Szpital prowadzi dokumentację medyczną osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych oraz zapewnia ochronę i poufność danych zawartych w tej dokumentacji, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
3. Zasady prowadzenia dokumentacji medycznej w Szpitalu zostają określone Zarządzeniem Dyrektora Szpitala.

§ 133

1. Udostępnienie dokumentacji medycznej pacjenta na zewnątrz Szpitala organom i podmiotom uprawnionym następuje na podstawie odrębnych przepisów, z zachowaniem poufności i ochrony danych .
2. Dokumentacja medyczna jest udostępniana:

1) do wglądu, w tym także do baz danych w zakresie ochrony zdrowia, w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych, z wyłączeniem medycznych czynności ratunkowych, albo w siedzibie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem pacjentowi lub innym uprawnionym organom lub podmiotom możliwości sporządzenia notatek lub zdjęć;
2) przez sporządzenie jej wyciągu, odpisu, kopii lub wydruku;
3) przez wydanie oryginału za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, na żądanie organów władzy publicznej albo sądów powszechnych, a także w przypadku gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta;
4) za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej;
5) na informatycznym nośniku danych.
6) Zdjęcia rentgenowskie wykonane na kliszy, przechowywane przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, są udostępniane za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu.
7) Dokumentacja medyczna prowadzona w postaci papierowej może być udostępniona przez sporządzenie kopii w formie odwzorowania cyfrowego (skanu) na żądanie pacjenta lub innych uprawnionych organów lub podmiotów.

3. Podstawą wyliczenia kwoty odpłatności za udostępnienie dokumentacji medycznej w formie jak w punkcie 2, jest wysokość przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale publikowana co trzy miesiące przez prezesa Głównego Urzędu Statystycznego. Nowe stawki obowiązują zawsze od następnego miesiąca po publikacji, tj. od trzeciego miesiąca kwartału.
4. Maksymalna wysokość opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej w sposób określony w ust. 2 wynosi:
   1) za jedną stronę wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej - nie może przekraczać 0,002 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale,
   2) za jedną stronę kopii lub wydruku dokumentacji medycznej - nie może przekraczać 0,00007 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale,

3) udostępnienie dokumentacji medycznej na informatycznym nośniku danych - nie może przekraczać 0,0004 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale.

5. Wysokość opłaty, o których mowa powyżej została określona w cenniku wprowadzonym przez Dyrektora Szpitala w drodze Zarządzenia. Cennik podany jest do publicznej wiadomości na stronie internetowej Szpitala oraz zamieszczony na tablicy ogłoszeń.
6. Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej składa się osobiście w rejestracji lub na Dzienniku Podawczym Szpitala oraz za pośrednictwem poczty tradycyjnej i elektronicznej.
7. Realizacja wniosku odbywa się niezwłocznie, z uwzględnieniem czasu na sporządzenie kopii, odpisu, wyciągu, wydruku, nośnika informatycznego żądanej dokumentacji medycznej.
8. Wysokość odpłatności za udzielanie informacji o stanie zdrowia firmom ubezpieczeniowym została określona odrębnym Zrządzeniem Dyrektora Szpitala.

WYSOKOŚĆ OPŁAT ORAZ ORGANIZACJA PROCESU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH ODPŁATNYCH

§ 134

1. Świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych (świadczenia zdrowotne nieodpłatne) udzielane są osobom ubezpieczonym w Narodowym Funduszu Zdrowia bądź innym osobom uprawnionym, w tym obywatelom UE oraz EFTA, na podstawie umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych zawartej między Szpitalem a Narodowym Funduszem Zdrowia.
2. Udzielanie świadczeń zdrowotnych odpłatnych odbywa się na podstawie zawartej umowy.
3. Za udzielone świadczenia zdrowotne inne niż finansowane ze środków publicznych osoby nieubezpieczone wnoszą opłaty zgodnie z ustalonym cennikiem opłat. Wysokość opłat ustalana jest na podstawie rzeczywistych kosztów udzielania świadczeń zdrowotnych. Zasady uiszczania odpłatności reguluje Zarządzenie Dyrektora Szpitala.

§ 135

1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych odpłatnych organizowane jest w taki sposób, aby nie ograniczać dostępności do świadczeń finansowanych ze środków publicznych, w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz zgodnie z kryteriami medycznymi.
2. Udzielanie świadczeń zdrowotnych odpłatnych pozostaje bez wpływu na kolejność pozycji na liście oczekujących na udzielenie świadczenia finansowanego ze środków publicznych, prowadzonej przez Szpital.
3. Udzielanie świadczeń spoza listy świadczeń gwarantowanych nie może naruszać praw ubezpieczonych odnośnie zasad i terminów udzielania świadczeń: tzn. iż w pierwszej kolejności udziela się świadczeń gwarantowanych, a pozostałych – w ramach możliwości podmiotu leczniczego (wolne pomieszczenia, aparatura, sprzęt oraz czas personelu).
4. Pacjent ma prawo do pełnej informacji dotyczącej jego prawa do uzyskania świadczenia finansowanego ze środków publicznych oraz warunkach uzyskania takiego świadczenia.
5. Szpital nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia niezależnie od statusu ubezpieczenia.

ROZDZIAŁ VIII - POSTĘPOWANIE W RAZIE ŚMIERCI PACJENTA

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 136

1. Personel medyczny oddziału lub innej komórki organizacyjnej medycznej, w której nastąpiła śmierć pacjenta zobowiązany jest:
   1) niezwłocznie powiadomić o śmierci pacjenta przebywającego w oddziale lekarza prowadzącego lub lekarza dyżurnego (pielęgniarka lub położna),
   2) stwierdzić zgon po przeprowadzeniu oględzin, ustalić przyczynę zgonu oraz wystawić kartę zgonu (lekarz),
   3) powiadomić o zgonie pacjenta osobę upoważnioną przy przyjęciu do szpitala do uzyskiwania informacji o jego stanie zdrowia – osobiście, telefonicznie lub poprzez nadanie telegramu na wskazany adres, a przypadku braku danych na historii choroby osobę uprawnioną na podstawie odrębnych przepisów,
   4) wypełnić po stwierdzeniu zgonu skierowanie zwłok do chłodni, założyć na przegub dłoni lub stopy zmarłego identyfikator wykonany z tworzywa sztucznego (po czym zwłoki wraz z tym skierowaniem i identyfikatorem są przewożone do chłodni).
2. Karta skierowania zwłok do chłodni zawiera:
   1) imię i nazwisko osoby zmarłej,
   2) PESEL osoby zmarłej, a w przypadku jego braku – serię i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość,
   3) datę i godzinę zgonu,
   4) godzinę przyjęcia zwłok osoby zmarłej do chłodni,
   5) imię, nazwisko i podpis pielęgniarki / położnej wypełniającej kartę.
3. Identyfikator osoby zmarłej zawiera:
   1) imię i nazwisko osoby zmarłej,
   2) PESEL osoby zmarłej, a w przypadku jego braku – serię i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość,
   3) datę i godzinę zgonu.
4. Jeżeli nie jest możliwe ustalenie tożsamości osoby zmarłej, w karcie skierowania zwłok do chłodni oraz na identyfikatorze dokonuje się oznaczenia "NN" z podaniem przyczyny i okoliczności umożliwiających ustalenie tożsamości.
5. Zwłoki osoby zmarłej przewożone są do chłodni nie wcześniej niż po upływie 2 godzin od czasu zgonu wskazanego w dokumentacji medycznej.
6. W okresie pomiędzy stwierdzeniem zgonu a przewiezieniem do chłodni zwłoki osoby zmarłej są przechowywane w specjalnie przeznaczonym do tego celu pomieszczeniu, a w razie jego braku – w innym chłodnym miejscu, z zachowaniem godności należnej zmarłemu.
7. Spis rzeczy osoby zmarłej sporządza się w obecności drugiej pielęgniarki, położnej lub innego pracownika Szpitala, a spis potwierdza się własnoręcznym podpisem.
8. Rzeczy osoby zmarłej przekazuje się za potwierdzeniem rodzinie lub osobie upoważnionej do ich odebrania lub przekazuje się do garderoby, a rzeczy wartościowe do depozytu szpitalnego.
9. Zwłoki osoby zmarłej po umyciu, ubraniu oraz identyfikacji, wydawane są przez pracownika prosektorium osobie lub instytucji uprawnionej do ich pochowania w stanie zapewniającym zachowanie godności należnej osobie zmarłej.
10. Postępowanie w przypadku zgonu pacjenta w oddziale szpitalnym oraz przechowywania zwłok reguluje odrębne Zarządzenie Dyrektora Szpitala Powiatowego w Chrzanowie.

§ 137

1. Zwłoki pacjenta, który zmarł w Szpitalu mogą być poddane sekcji, w szczególności gdy zgon tej osoby nastąpi przed upływem 12 godzin od przyjęcia, z zastrzeżeniem zapisów zawartych w punkcie 2.
2. Zwłoki pacjenta nie są poddawane sekcji, jeżeli przedstawiciel ustawowy tej osoby wyraził sprzeciw lub uczyniła to ta osoba za życia.
3. O zaniechaniu sekcji zwłok z przyczyny określonej w punkcie 2 sporządza się adnotację w dokumentacji medycznej i załącza sprzeciw, o którym mowa w punkcie 2.
4. Przepisów zawartych w punktach od 1 do 3 nie stosuje się w przypadkach:
   1) określonych w Kodeksie postępowania karnego i Kodeksie karnym wykonawczym oraz aktach wykonawczych wydanych na ich podstawie;
   2) gdy przyczyny zgonu nie można ustalić w sposób jednoznaczny;
   3) określonych w przepisach o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.
5. W dokumentacji medycznej pacjenta sporządza się adnotację o dokonaniu albo zaniechaniu sekcji zwłok, z odpowiednim uzasadnieniem.

§ 138

1. Sekcja zwłok wykonywana jest przez lekarza posiadającego wymagane w tej dziedzinie kwalifikacje, na podstawie skierowania na sekcję zwłok, wystawionego przez lekarza prowadzącego lub ordynatora lub na wniosek prokuratora.
2. Lekarz, po wykonaniu sekcji zwłok ma obowiązek udokumentowania jej przebiegu wystawiając protokół sekcyjny. Dokument sporządza się w dwóch egzemplarzach, z których jeden przekazany zostaje lekarzowi prowadzącemu, który stwierdził zgon pacjenta lub lekarzowi ordynatorowi oddziału, celem dołączenia do historii choroby.
3. Lekarz wykonujący sekcję, na podstawie historii choroby i sekcji zwłok, ma obowiązek ustalić przyczynę zgonu pacjenta.

§ 139

1. Zwłoki osoby zmarłej mogą być przechowywane w chłodni nie dłużej niż 72 godziny, licząc od godziny, w której nastąpiła śmierć pacjenta.
2. Przechowywanie zwłok pacjenta przez czas dłuższy niż 72 godz. liczone od godziny jego śmierci, jest dopuszczalne:
   1) gdy zwłoki nie mogą zostać wcześniej odebrane przez osoby lub instytucje uprawnione do ich pochowania,
   2) w związku ze zgonem zostało wszczęte dochodzenie albo śledztwo, a prokurator nie zezwolił na pochowanie zwłok,
   3) z innych ważnych przyczyn, za zgodą albo na wniosek osoby lub instytucji uprawnionej do pochowania zwłok pacjenta.

§ 140

1. Przechowywanie zwłok osób, których zgon nastąpił poza Szpitalem na zlecenie firm pogrzebowych odbywa się w miarę posiadania wolnych miejsc w chłodni, na podstawie podpisanych umów.
2. Przechowywanie zwłok osób, w związku z toczącym się postępowaniem karnym odbywa się

w ramach podpisanej umowy z Prokuraturą Okręgową w Krakowie.
3. Za przechowywanie zwłok pacjenta przez czas dłuższy niż 72 godz. liczone od godziny jego śmierci, osoby lub instytucje uprawnione do ich pochowania bądź podmioty, na zlecenie których przechowuje się zwłoki, w związku z toczącym się postępowaniem karnym, ponoszą opłatę w wysokości określonej w cenniku usług zatwierdzonym przez Dyrektora Szpitala. Cennik umieszczony jest w widocznym miejscu, na tablicy informacyjnej w Prosektorium.

§ 141

1. Wydawanie zwłok z Prosektorium odbywa się w dni powszednie, w godzinach od 7:00 – 14.35.
2. W sobotę, niedzielę i święta zwłoki nie są wydawane.
3. W przypadku konieczności wydania zwłok na życzenie rodziny w innych dniach i godzinach, po upływie 72 godzin od zgonu, rodzina zmarłego winna fakt ten uzgodnić dzień wcześniej z pracownikiem Prosektorium i uiścić należność z tego tytułu.
4. Wydawanie zwłok osobom uprawnionym do ich pochowania następuje po:
   1) ustaleniu tożsamości osoby odbierającej,
   2) okazaniu aktu zgonu wydanego przez Urząd Stanu Cywilnego,
   3) zidentyfikowaniu zwłok przez osobę uprawnionym do ich pochowania,
   4) ustaleniu zasad i terminu odbioru zwłok.

§ 142

Zabrania się pracownikom Szpitala i osobom udzielającym świadczeń zdrowotnych dla Szpitala udzielania informacji o zgonach zakładom pogrzebowym.

§ 143

1. Ze zwłok ludzkich mogą być pobierane komórki, tkanki, narządy w celach diagnostycznych, leczniczych, naukowych i dydaktycznych.
2. Powyższe działania Szpital może podjąć w przypadku braku sprzeciwu pacjenta za życia na wykorzystanie jego organów w Centralnym Rejestrze Sprzeciwu.
3. Pobranie komórek, tkanek i narządów do przeszczepiania od pacjenta hospitalizowanego w Szpitalu jest dopuszczalne po stwierdzeniu trwałego i nieodwracalnego ustania funkcji pnia mózgu (śmierci mózgowej).
4. W szpitalu powołana jest przez Dyrektora Komisja ds. śmierci mózgu.
5. Szpital zatrudnia Koordynatora ds. Transplantologii, który organizuje i nadzoruje procedurę pobrania narządów lub tkanki do przeszczepu z zachowaniem godności należnej zwłokom.
6. Szpital zatrudnia Koordynatora ds. Donacji, który organizuje i nadzoruje procedurę pobrania narządów lub tkanki do przeszczepu z zachowaniem godności należnej zwłokom.
7. Zadania Koordynatora ds. donacji:
   1) Zapewnienie działań donacyjnych całodobowo, przez 7 dni w tygodniu.
   2) Prowadzenie programu donacyjnego w szpitalu
   3) Opracowanie i nadzór nad bieżącą realizacją procedur Systemu Jakości w zakresie Dawstwa Narządów i Tkanek od Osób Zmarłych.
   4) Czynna pomoc przy realizacji procedur Systemu Jakości w zakresie Dawstwa Narządów i Tkanek od Osób Zmarłych.
   5) Identyfikacja potencjalnych dawców narządów, tkanek lub komórek - wyszukanie potencjalnych dawców oraz konsultacja z lekarzem mogącym wysunąć podejrzenie śmierci mózgu.
   6) Wstępne stwierdzenie czy zmarły nie ma bezwzględnych przeciwwskazań aby zostać dawcą.

7) Współdziałanie. z, lekarzami. w celu przeprowadzenia diagnostyki. śmierci mózgu .
8) Zgłoszenie potencjalnego dawcy do regionalnego Koordynatora
9) Zarejestrowanie potencjalnego dawcy w serwisie www.rejestry.net.
10) Autoryzacja pobrania – ustalenie czy zmarły za życia nie wyraził sprzeciwu na dawstwo narządów (wpis do Centralnego Rejestru Sprzeciwów na pobranie komórek, tkanek i narządów ze zwłok ludzkich, pisemne oświadczenie z własnoręcznym podpisem' lub ustne oświadczenie w obecności dwóch świadków' i pisemne przez nich potwierdzone).
11) W przypadku podejrzenia zgonu w wyniku czynu zabronionego 'kontakt z właściwą Prokuraturą lub sądem rodzinnym i uzyskanie akceptacji na pobranie.
12) Komunikacja z rodziną osoby zmarłej - nie tylko uzyskanie autoryzacji pobrania, także wsparcie, informowanie odnośnie dalszych etapów procedury, informacja odnośnie tego które narządy pobrano i czy podjęły swoje funkcje po przeszczepie.
13) Wsparcie dla personelu szpitala, udzielanie niezbędnych wyjaśnień, rozdział zadań, wyjaśnianie powstałych wątpliwości.
14) Koordynacja badań u potencjalnego dawcy w celu wykluczenia ryzyka przeniesienia chorób do organizmu dawcy.
15) Koordynacja .opieki nad .potencjalnym dawcą narządów, .tkanek lub. Komórek.
16) Przygotowanie Bloku Operacyjnego na czas pobrania, organizacja jego pracy w taki sposób, aby jak najmniej zburzyć jego codzienne funkcjonowanie - zorganizowanie .obsady lekarza anestezjologa, pielęgniarki anestezjologicznej instrumentariuszki, a także salowej na czas pobrania. Kontrola przygotowania' niezbędnych materiałów i sprzętu, do. wykonania procedury.
17) Skompletowanie i przygotowanie dokumentacji dawcy.
18) Ścisła współpraca z zespołem transplantacyjnym przybywającym do pobrania.
19) Dopilnowanie pozostawienia zwłok po pobraniu w stanie z należytym szacunkiem oraz uzupełnienie dokumentacji dawcy o Protokół pobrania narządów.
20) Ścisła współpraca z. zespołem zajmującym się. dawcą oraz. koordynatorem na szczeblu regionalnym i centralnym
21) Prowadzenie na rzecz Poltransplantu sprawozdań i zestawień statystycznych dotyczących dawstwa w szpitalu.
22) Współpraca z Poltransplantem.
23) Prowadzenie retrospektywnej oceny zgonów pod kątem wykorzystanych i niewykorzystanych możliwości pobrania oraz przyczyn, dla których nie doszło do pobrania.
24) Prowadzenie działań edukacyjnych i promujących donację oraz transplantologię tkanek i narządów przeprowadzając okresowo szkolenia dla personelu szpitala. Szkolenia powinny być zaplanowane i realizowane zgodnie z planem.
25) Uczestnictwo w przewidzianych prawem szkoleniach wstępnych, ustawicznych i na temat dawstwa narządów i tkanek.

8. Koordynator ds. Donacji podlega służbowo Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa.

§ 144

1. W przypadku zgonu pacjenta, którego tożsamość nie została ustalona, bądź zgonu, co do którego istnieje pewność lub uzasadnione przypuszczenie, iż jest efektem zabójstwa, samobójstwa, otrucia, nieszczęśliwego wypadku albo uszkodzeń urazowych, zatrucia, uduszenia mechanicznego, działania wysokich temperatur, elektryczności lub sztucznego poronienia Dyrekcja niezwłocznie zawiadamia Prokuratora Rejonowego i właściwą jednostkę Policji.
2. Jeżeli w trakcie sekcji nasuwa się podejrzenie, iż zgon nastąpił wskutek przestępstwa, Dyrekcja niezwłocznie zawiadamia organy wymienione w ust. 1.

POSTĘPOWANIE POGOTOWIA RATUNKOWEGO W PRZYPADKU ZGONU PACJENTA

§ 145

1. Lekarz zespołu wyjazdowego nie wystawia karty zgonu, tylko pisemne stwierdzenie zgonu.
2. Wystawienie karty zgonu jest obowiązkiem lekarza, który ostatni w okresie 30 dni przed dniem zgonu udzielał pacjentowi świadczeń lekarskich.
3. W przypadku zgonu w miejscu wypadku lekarz zespołu powiadamia Policję i przekazuje na piśmie stwierdzenie zgonu funkcjonariuszowi Policji.
4. Jeśli zgon nastąpił przed przyjazdem karetki pogotowia, a okoliczności śmierci sugerują znamiona przestępstwa, lekarz karetki pogotowia ma obowiązek wezwać Policję.
5. W przypadku zgonu w karetce pogotowia, Kierownik Zespołu zarządza przewiezienie zwłok na SOR najbliższego szpitala, gdzie zostają wdrożone stosowne procedury.
6. W przypadku zgonu pacjenta w miejscu zdarzenia, do którego został wezwany zespół składający się z ratowników medycznych, wzywany jest lekarz lub zespół ratownictwa medycznego z lekarzem.

POSTĘPOWANIE W STOSUNKU DO DZIECI MARTWO URODZONYCH I PŁODÓW MARTWO URODZONYCH

§ 146

1. W świetle obowiązujących przepisów prawnych w stosunku do dzieci martwo urodzonych mają zastosowanie wszystkie tryby postępowania przyjęte w stosunku do osób zmarłych w Szpitalu.
2. Za dzieci martwo urodzone uznaje się każdy płód niezależnie od czasu trwania ciąży.
3. Dla dzieci martwo urodzonych na wniosek osób uprawnionych do pochówku lekarz wypełnia i wydaje kartę zgonu niezależnie od czasu trwania ciąży. Osoba uprawniona składa oświadczenie, w którym zobowiązuje się do dokonania pochówku zgodnie z obowiązującymi przepisami prawnymi.
4. Dzieci martwo urodzone mogą być:
   - poddane pochówkowi przez osoby uprawnione,
   - poddane pochówkowi przez Gminę Chrzanów.
5. Pochowanie dzieci martwo urodzonych w zbiorowym grobie następuje na wniosek osoby uprawnionej tj. po złożeniu przez matkę oświadczenia zezwalającego na pochowanie dziecka martwo urodzonego i uprawniającego Szpital do przekazania zwłok celem dokonania pochówku.
6. Zasady dokonywania pochówku dzieci martwo urodzonych reguluje umowa cywilno - prawna zawarta pomiędzy Szpitalem, a Gminą Chrzanów.
7. Szpital prowadzi rejestr przekazywanych dzieci martwo urodzonych.

ROZDZIAŁ IX - TRYB ROZPATRYWANIA SKARG I WNIOSKÓW

§ 147

Rozpatrywanie oraz załatwianie skarg i wniosków w Szpitalu odbywa się zgodnie z postanowieniami Kodeksu Postępowania Administracyjnego, zarządzeniami wewnętrznymi Dyrektora Szpitala oraz procedurą Zintegrowanego Systemu Zarządzania.

§ 148

1. Skargi i wnioski mogą być składane w formie ustnej lub pisemnej.
2. W sprawie skarg i wniosków przyjmuje:
   1. Dyrektor Szpitala,
   2. Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa,
   3. Naczelna Pielęgniarka lub Przełożona Pielęgniarek,
   4. Pełnomocnik ds. Praw Pacjenta,
   5. Kierownik Działu Kontraktów Medycznych i Statystyki.
3. W formie pisemnej i ustnej skargi i wnioski przyjmowane są przez Pełnomocnika ds. Praw Pacjenta, w dni powszednie, w godzinach od 7.00 do 14.35 oraz przez Dyrektora i jego Zastępców, w wyznaczonych godzinach.
4. Skargi i wnioski można również składać w formie wpisu do książki skarg i wniosków znajdującej się w miejscu ogólnodostępnym w oddziałach szpitalnych, poradni lub ustnie w formie zgłoszenia skargi do Ordynatora oddziału lub kierownika danej komórki organizacyjnej.
5. W przypadku zgłoszenia skargi lub wniosku ustnie przyjmujący zgłoszenie sporządza notatkę, którą podpisują osoba wnosząca skargę lub wniosek i przyjmujący zgłoszenie. W notatce zamieszcza się datę przyjęcia skargi lub wniosku, imię, nazwisko i adres zgłaszającego oraz zwięzły opis sprawy.
6. Skargi i wnioski nie zawierające imienia i nazwiska oraz adresu wnoszącego można pozostawić bez rozpatrzenia.

§ 149

1. Przedmiotem skargi lub wniosku może być w szczególności: zaniedbanie, zaniechanie lub nienależyte wykonanie zadań przez pracowników Szpitala.
2. Skarga pacjenta złożona w formie pisemnej zawiera co najmniej:
   1) imię, nazwisko i dokładny adres zamieszkania bądź adres do korespondencji,
   2) datę i opis zdarzenia,
   3) nazwisko osoby, wobec której skierowane są zarzuty,
   4) uzasadnienie stawianych w skardze zarzutów.
3. Załatwienie sprawy wymagającej postępowania wyjaśniającego następuje bez zbędnej zwłoki, nie później jednak niż w ciągu 30 dni od daty wpływu.
4. Dla należytego sposobu rozpatrywania skarg i wniosków Dyrektor Szpitala może powołać doraźne komisje.
5. Zadaniem komisji jest rozpatrzenie skargi poprzez przeprowadzenie postępowania wyjaśniającego oraz formułowanie wniosków końcowych, przedmiotem których są w szczególności sprawy organizacji, usprawnienia pracy i zapobiegania nadużyciom oraz zaspokajania potrzeb osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych.
6. Po rozpatrzeniu skargi lub wniosku komisja może wskazywać podjęcie właściwych działań zmierzających do usunięcia przyczyn skargi lub przyjęcia uzasadnionego wniosku oraz wnioskować o ewentualne ukaranie pracowników.

7. Ustalenia końcowe z rozpatrzenia skargi lub wniosku przekazane są pisemnie osobie wnoszącej skargę.

§ 150

Roszczenia odszkodowawcze pacjentów są rozpatrywane i załatwiane zgodnie z przepisami Ustawy o działalności leczniczej, Kodeksu Cywilnego i innymi obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa. Na żądanie pacjenta Szpital ma obowiązek podać dane dotyczące zawartego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej.

§ 151

1. Dla należytego sposobu rozpatrywania wniosków pacjentów o odszkodowanie za spowodowanie szkody na zdrowiu Dyrektor powołuje komisję.
2. Celem działania komisji jest wyjaśnienie wszystkich okoliczności sprawy i zajęcie stanowiska co do zasadności roszczenia.
3. Komisja współpracuje z brokerem ubezpieczeniowym Szpitala.

ROZDZIAŁ X - POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 152

1. Postępowanie kancelaryjne w Szpitalu, w tym zasady podpisywania, obiegu i archiwizacji pism określają:
   1) Zarządzenie w sprawie wprowadzenia Instrukcji Kancelaryjnej,
   2) Zarządzenie w sprawie wprowadzenia Regulaminu działania archiwum zakładowego,
2. Sygnatury poszczególnych Komórek organizacyjnych ustala Dyrektor Szpitala w drodze Zarządzenia.

§ 153

1. Podpisywanie korespondencji wychodzącej na zewnątrz Szpitala jest zastrzeżone do wyłącznej właściwości Dyrektora Szpitala lub osoby przez niego upoważnionej.
2. Dyrektorzy, Główny Księgowy oraz Kierownicy komórek organizacyjnych uprawnieni są do podpisywania pism i dokumentów wewnętrznych, to jest kierowanych do innych komórek organizacyjnych, w sprawach objętych zakresem działania kierowanych przez siebie komórek organizacyjnych i nadzorowanych obszarów działania.
3. Pisma i zamówienia składane przez Szpital w formie papierowej i elektronicznej, a także informacje na stronie internetowej Szpitala, w szczególności powinny zawierać:
   1) firmę Szpitala,
   2) siedzibę i adres Szpitala,
   3) numer telefonu kontaktowego i faxu,
   4) numer konta bankowego Szpitala,
   5) oznaczenie sądu rejestrowego oraz numer, pod którym Szpital jest wpisany do Krajowego Rejestru Sądowego,
   6) numer identyfikacji podatkowej (NIP).

§ 154

1. Zabezpieczenie akt tajnych i poufnych regulują powszechnie obowiązujące przepisy prawa, odnoszące się do ochrony informacji niejawnych.
2. Kancelaria tajna prowadzona jest w ramach stanowiska Inspektora ds. Obronnych i Rezerw.

§ 154 a

1. Na terenie Szpitala Powiatowego w Chrzanowie wprowadzony został monitoring (urządzenia umożliwiające rejestrację obrazu) w celu zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów oraz pracowników.
2. Wprowadzony monitoring uwzględnia konieczność poszanowania intymności i godności pacjenta oraz konieczność ochrony danych osobowych.
3. Obszary monitorowane są oznaczane znakiem graficznym. Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych została zamieszczona na stronie internetowej szpitala oraz powieszona w ogólnodostępnych miejscach na terenie szpitala.
4. Nagrania obrazu uzyskane w wyniku monitoringu zawierające dane osobowe szpital przetwarza wyłącznie do celów, dla których zostały zebrane i przechowuje przez okres nie dłuższy niż 3 miesiące od dnia nagrania. Po upływie okresu tego okresu podlegają zniszczeniu, o ile przepisy odrębne nie stanowią inaczej.
5. Szczegółowe zasady dot. monitoringu wizyjnego zostały zapisane w Regulaminie Funkcjonowania Monitoringu Wizyjnego.

§ 155

1. Wewnętrzny porządek oraz czas pracy poszczególnych grup zawodowych określa Regulamin Pracy ustalony przez Dyrektora, po uzgodnieniu ze Związkami Zawodowymi działającymi w Szpitalu.
2. Rodzaje i liczbę stanowisk pracy w poszczególnych komórkach organizacyjnych Szpitala określa Dyrektor w drodze Zarządzenia.

§ 156

Osoby zatrudnione w Szpitalu zobowiązane są nosić w widocznym miejscu identyfikator zawierający imię, nazwisko oraz funkcję tej osoby.

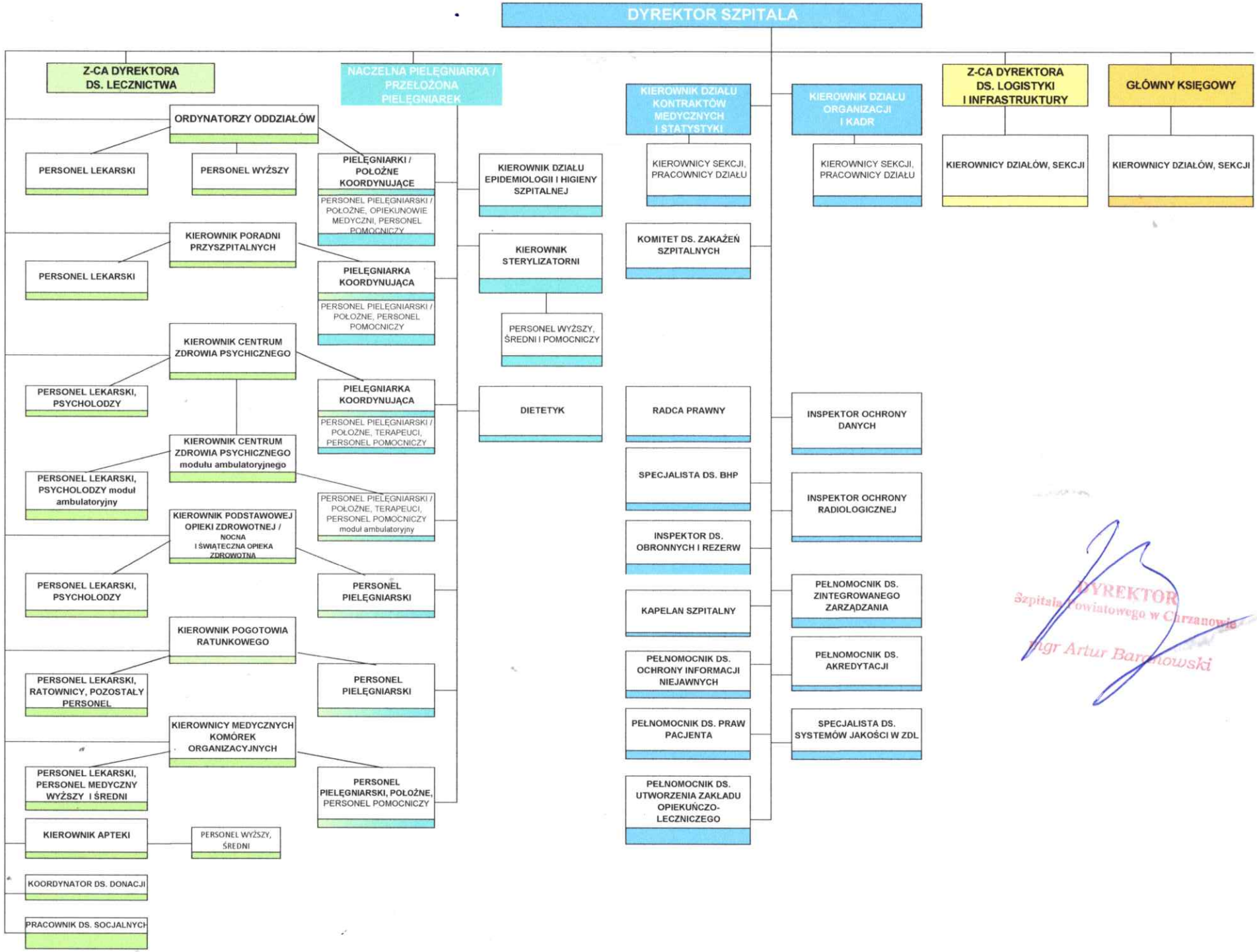
§ 157

Regulamin obowiązuje od dnia wskazanego w Zarządzeniu Dyrektora Szpitala Powiatowego w Chrzanowie, wprowadzającym go w życie.

Załączniki:

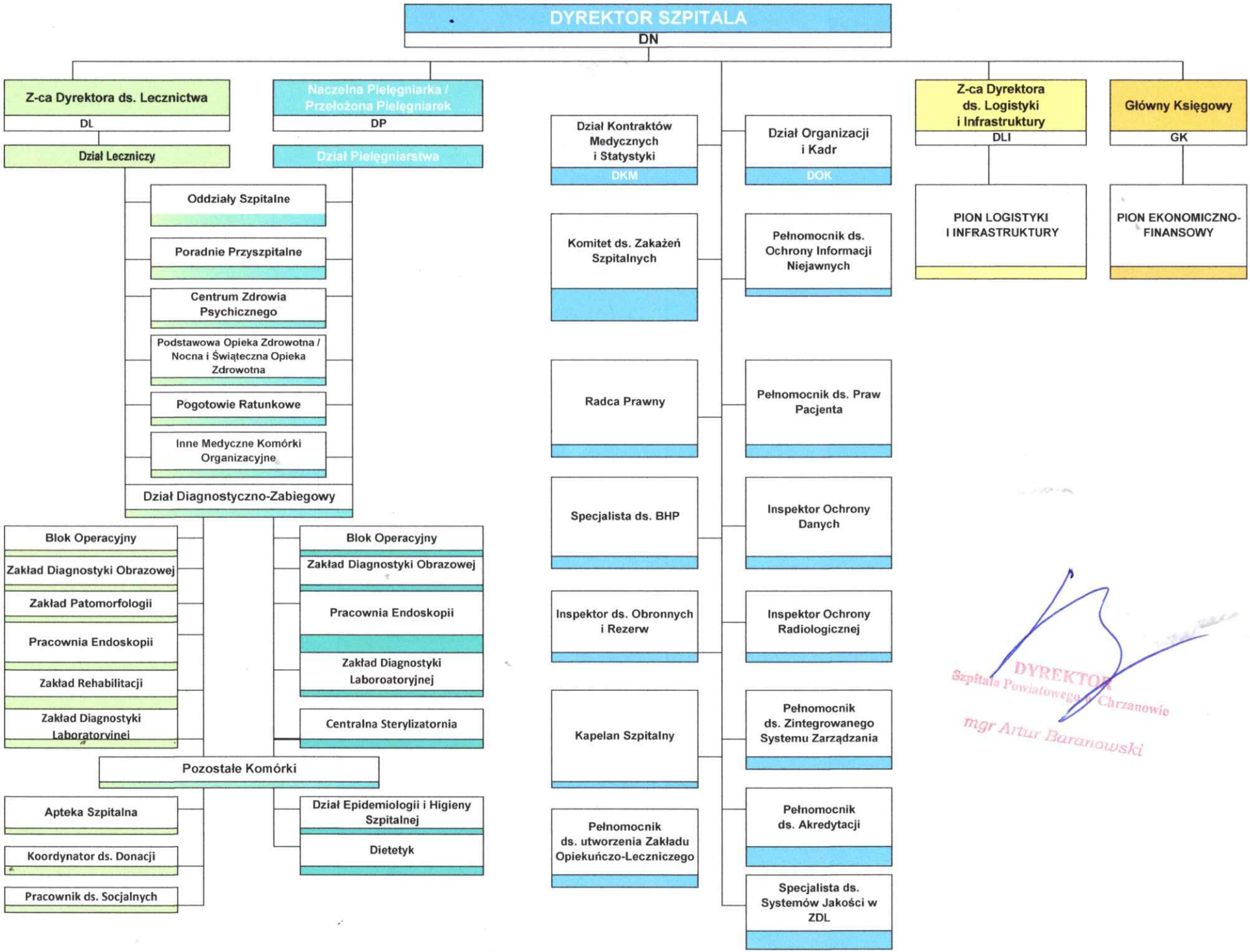
1. Sposób kierowania w Szpitalu i podległość służbowa.
2. Sposób kierowania jednostkami i komórkami organizacyjnymi w Szpitalu.
3. Schemat organizacyjny Szpitala Powiatowego w Chrzanowie.
4. Zasady postępowania w Oddziale Psychiatrycznym.
5. Zasady uczestnictwa pacjenta w zajęciach terapeutycznych w Oddziale Dziennym Psychiatrycznym.
6. Regulamin dla odwiedzających.
7. Regulamin dla pacjentów.
8. Regulamin dla rodziców /opiekunów towarzyszących dziecku w Oddziale Pediatrycznym.
9. Regulamin przebywania osób towarzyszących na Bloku Porodowym.



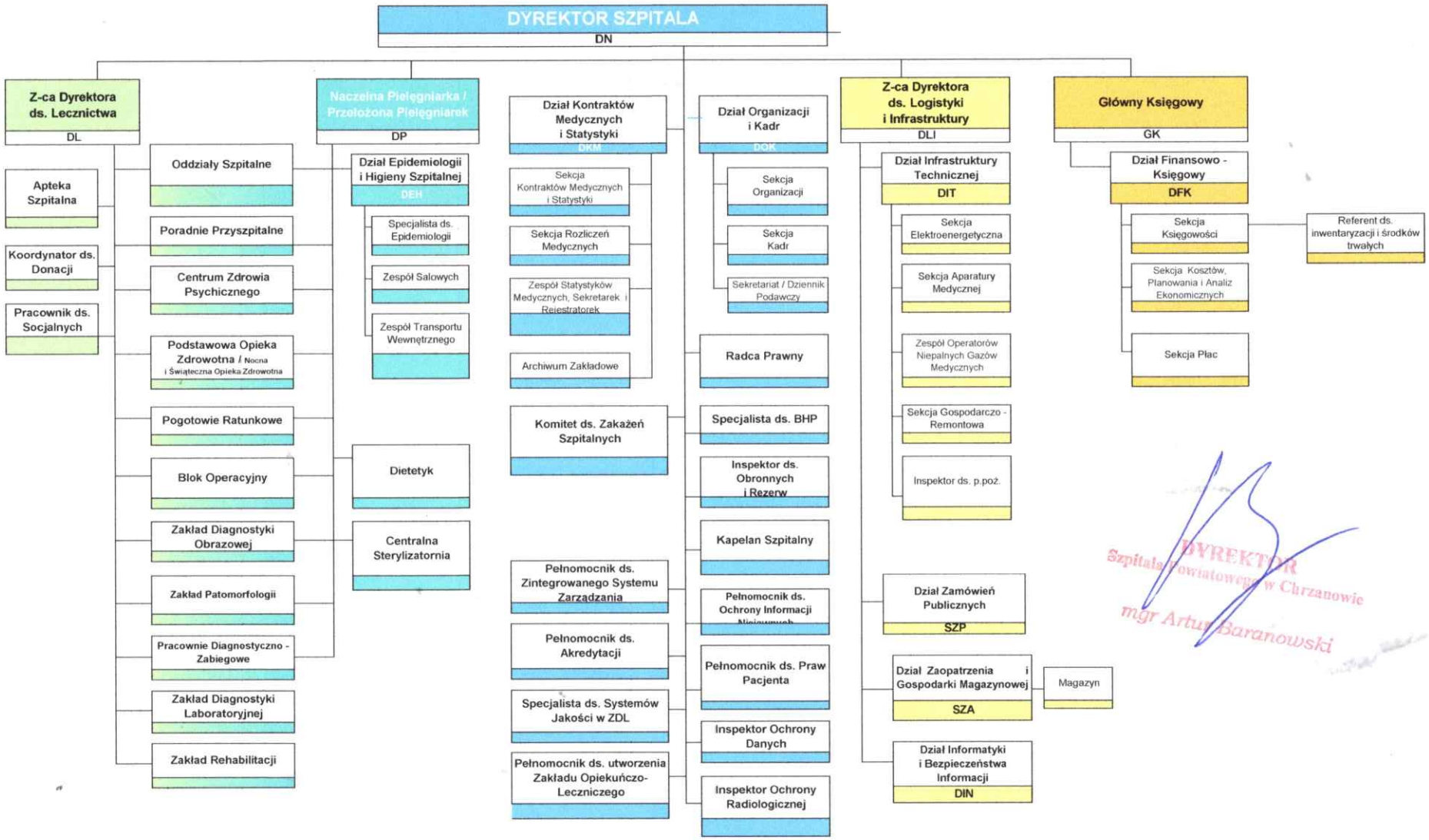


DYREKTOR
Szpitala Powiatowego w Chrzanowie
mgr Artur Barc[illegible]owski

SPOSÓB KIEROWANIA KOMÓRKAMI ORGANIZACYJNYMI SZPITALA POWIATOWEGO W CHRZANOWIE



DYREKTOR
Szpitala Powiatowego w Chrzanowie
mgr Artur Baranowski



DYREKTOR
Szpitala Powiatowego w Chrzanowie
mgr Artur Baranowski

Załącznik nr 4
do Regulaminu Organizacyjnego
Szpitala Powiatowego w Chrzanowie

ZASADY POSTĘPOWANIA W ODDZIALE PSYCHIATRYCZNYM

§ 1

1. W Oddziale Psychiatrycznym obowiązuje następujący plan dnia:

- Pobudka – godz. 6.30
- Toaleta poranna - godz. 6.30 – 7.30
- Śniadanie - godz. 8.00 – 8.30
- Wydawanie leków porannych - godz. 9.00
- Wizyta lekarska - godz. 7.45
- *Zajęcia terapeutyczne, wyjścia na teren Szpitala lub z rodziną – godz. 10.00 – 12.00*
- Obiad - godz. 12.30 – 13.00
- Wydawanie leków południowych - godz. 13.30
- Odwiedziny, wyjścia na teren Szpitala lub z rodziną, czas wolny – godz.13.00 – 17.00
- Kolacja - godz. 17.00 – 18.00
- Toaleta wieczorna - godz. 18.30 – 20.00
- Wieczorna wizyta lekarska - godz. 19.00
- Wydawanie leków wieczornych – godz. 19.30
- Leki nocne – godz. 21.30
- Cisza nocna - 22.00 – 6.00

§ 2

2. W Oddziale Psychiatrycznym obowiązuje następujący harmonogram zajęć terapeutycznych:

Poniedziałek	**7.45** Zebranie społeczności terapeutycznej	**9.30-11.30** Arteterapia/ Muzykoterapia (terapeuta zajęciowy)	**11.45-12.30** Psychorysunek/ kolaż (psycholog)	**13.30 – 14.30** Wyjścia z pacjentami (terapeuta zajęciowy)	
Wtorek		**9.30-10.15** Psychoterapia gr I **10.15-11.00** Psychoterapia gr II (psycholog + lekarza)	**11.00-12.00** Arteterapia/ Muzykoterapia (terapeuta zajęciowy	**13.30 – 17.00** Wyjścia z pacjentami. Arteterapia/ Zajęcia kulinarne (terapeuta zajęciowy)	
Środa	**7.30** Gimnastyka poranna (terapeuta zajęciowy)	**9.30-12.00** Arteterapia/ Muzykoterapia (terapeuta zajęciowy)		**13.30 – 14.30** Wyjścia z pacjentami (terapeuta zajęciowy)	
Czwartek	**7.30** Gimnastyka poranna (terapeuta zajęciowy)	**9.30-10.15** Psychoterapia gr I **10.15-11.00** Psychoterapia gr II (psycholog + lekarza)	**11.00-12.00** Arteterapia/ Muzykoterapia (terapeuta zajęciowy)	**13.30 – 14.30** Wyjścia z pacjentami (terapeuta zajęciowy)	**14.30 – 18.05** Rozmowy z rodzinami pacjentów/Relaksacja (psycholog)
Piątek	**7.30** Gimnastyka poranna (terapeuta zajęciowy)	**9.30-11.30** Arteterapia/ Muzykoterapia (terapeuta zajęciowy)	**11.00 – 12.00** Wyjścia z pacjentami (terapeuta zajęciowy)	**12.00 – 1230** Relaksacja (psycholog)	

§ 3

Pacjent Oddziału Psychiatrycznego nie może posiadać przy sobie:

1. noży, nożyczek, lusterek, itp.,
2. sprzętu elektrycznego (suszarka, ładowarka, grzałka, itp.),
3. pasków,
4. żadnych leków (zostawia je podpisane w gabinecie zabiegowym),
5. przyrządów do golenia (pozostawia je podpisane w gabinecie zabiegowym).

§ 4

1. Pacjent ma prawo do kontaktu osobistego, telefonicznego i korespondencyjnego z rodziną i innymi osobami z zewnątrz.
2. Pacjent ma prawo do przepustek w czasie leczenia szpitalnego.
3. Korespondencja pacjenta nie podlega kontroli.

§ 5

Personel ma prawo skontrolować pacjentów po powrocie z przepustki i po odwiedzinach tylko i wyłącznie w sytuacji, kiedy zachodzi obawa, że pacjent ma przy sobie jakieś niebezpieczne przedmioty, mogące stanowić zagrożenie dla niego bądź innych osób.
Pacjent jest proszony o okazanie torby, szafki - co zawsze odbywa się w obecności osoby z personelu, pacjenta, a także innego pacjenta.

§ 6

1. Pacjenci mają bezwzględny zakaz spożywania alkoholu oraz substancji psychoaktywnych (SPA) w Oddziale.
2. W przypadku podejrzenia, że pacjent jest pod wpływem alkoholu bądź substancji psychoaktywnych (SPA), to personel ma prawo wykonać u pacjenta badanie stwierdzające poziom alkoholu, bądź test na obecność substancji psychoaktywnych (SPA).
3. Pacjenci mają możliwość palenia papierosów w miejscu do tego wyznaczonym – świetlica dla palących.

§ 7

Obowiązuje zakaz wykonywania zdjęć na terenie Oddziału.

§ 8

Przestrzeganie zasad obowiązuje pacjentów i personel zatrudniony w Oddziale.

DYREKTOR
Szpitala Powiatowego w Chrzanowie
mgr Artur Baranowski

Załącznik nr 5
do Regulaminu Organizacyjnego
Szpitala Powiatowego w Chrzanowie

Zasady uczestnictwa pacjenta
w zajęciach terapeutycznych w Oddziale Dziennym Psychiatrycznym

§ 1

Pacjent uczestniczący w zajęciach terapeutycznych w Oddziale Dziennym Psychiatrycznym podejmuje zobowiązania według poniższego opisu:

Zobowiązuję się:

1. **uczestniczyć** codziennie w zajęciach terapeutycznych, które odbywają się w dni powszednie od poniedziałku do piątku w godzinach od 8.00 do 13.00,
2. **uczestniczyć** w terapii zgodnie z harmonogramem zajęć prowadzonych w Oddziale,
3. **usprawiedliwiać** wszystkie nieobecności wynikające ze zdarzeń losowych,
4. **informować** z wyprzedzeniem o wszelkich planowanych nieobecnościach,
5. **skontaktować się** niezwłocznie z sekretariatem Oddziału pod numerem telefonu 32 624 75 99 w sytuacji rezygnacji z terapii w Oddziale (niezależnie od przyczyny),
6. **sprawować** z należytą starannością powierzoną mi funkcję w ramach społeczności pacjentów (starosta, skarbnik, dyżurny),
7. **odnosić** się z należytym szacunkiem do pozostałych uczestników terapii, a sytuacje konfliktowe rozwiązywać w sposób konstruktywny i służący porozumieniu,
8. **służyć** pomocą w miarę swoich możliwości innym pacjentom,
9. **nie ujawniać** żadnych informacji na temat stanu zdrowia i sytuacji życiowej dotyczących innych uczestników terapii, o których dowiedziałem się w trakcie pobytu w Oddziale,
10. **nie pożyczać** od innych uczestników pieniędzy w czasie trwania terapii,
11. **bezwzględnie zakazuje się spożywania** alkoholu i narkotyków w czasie uczestniczenia w terapii w Oddziale Psychiatrycznym Dziennym (dotyczy również godzin popołudniowych i dni wolnych – weekendy); złamanie tej zasady skutkować będzie natychmiastowym, dyscyplinarnym wypisem z oddziału.

§ 2

Pacjent uczestniczący w zajęciach terapeutycznych w Oddziale Dziennym Psychiatrycznym przyjmuje do wiadomości informacje według poniższego opisu:

Przyjmuję do wiadomości, że:

1. więcej niż 6 (sześć) nieobecności w oddziale, może być podstawą do wypisu z oddziału przed zakończeniem cyklu terapii,
2. nieobecność na porannym zebraniu społeczności traktowana jest jak nieobecność w oddziale w danym dniu,
3. zabrania się utrzymywania kontaktów z innymi pacjentami, jednocześnie przebywającymi w oddziale, w godzinach popołudniowych i weekendy,
4. niestosowanie się do zaleceń lekarskich może być podstawą do wypisu z oddziału,
5. nieobecność na więcej niż 3 (trzech) sesjach psychoterapii grupowej powoduje automatyczne wykluczenie z grupy psychoterapeutycznej,
6. na Oddziale nie wolno wykonywać fotografii,
7. palenie tytoniu jest dozwolone wyłącznie w wyznaczonych do tego miejscach.

DYREKTOR
Szpitala Powiatowego w Chrzanowie
mgr Artur Barłanowski

Regulamin odwiedzin pacjentów w Szpitalu Powiatowym w Chrzanowie

Załącznik nr 6
do Regulaminu Organizacyjnego
Szpitala Powiatowego w Chrzanowie

Szpital jest miejscem udzielania świadczeń zdrowotnych — przebywają tu osoby chore, które potrzebują spokoju, ciszy oraz bezpiecznych warunków leczenia. Celem *Regulaminu* jest umożliwienie kontaktów rodzinnych i wsparcia psychicznego pacjentów przy jednoczesnym zapewnieniu ich bezpieczeństwa, zachowania prywatności oraz ciągłości opieki medycznej.

I. Zasady ogólne

1. Odwiedziny odbywają się za zgodą pacjenta. Pacjent może wyrazić zgodę ogólną lub wskazać osoby, którym zakazuje odwiedzin — personel medyczny zobowiązany jest przyjąć i odnotować takie życzenie.
2. Pacjenci mogą być odwiedzani we wszystkie dni tygodnia, w godzinach przedpołudniowych i popołudniowych. Godziny oraz czas trwania odwiedzin zależą od stanu pacjenta, warunków lokalowych i specyfiki oddziału, w którym przebywa pacjent. Odwiedziny są możliwe, o ile nie zakłócają pracy oddziału ani nie wpływają negatywnie na warunki pobytu innych pacjentów.

   Preferowane godziny odwiedzin na poszczególnych oddziałach zostaną przedstawione na stronie internetowej szpitala.
3. Szpital zapewnia pacjentom możliwość spotkań z osobami odwiedzającymi w warunkach sprzyjających zachowaniu prawa do prywatności, w szczególności poprzez korzystanie ze świetlic lub innych miejsc wyznaczonych poza salą chorych.

II. Odwiedziny w oddziałach o podwyższonym reżimie

1. Ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów na Sali Nadzoru Pozniecznuleniowego (w obrębie Bloku Operacyjnego), salach pooperacyjnych (w oddziałach szpitalnych), w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii, sali intensywnej opieki medycznej (w oddziałach szpitalnych) odwiedziny są możliwe, jednak ograniczone, i mogą odbywać się po uzyskaniu zgody ordynatora / kierownika oddziału lub lekarza dyżurnego. Personel może także wymagać spełnienia dodatkowych warunków (np. odzież ochronna, dezynfekcja).

III. Bezpieczeństwo i higiena

1. Osoby odwiedzające nie mogą wchodzić na teren Szpitala ani odwiedzać chorych, jeśli mają objawy chorób zakaźnych (gorączka, kaszel, katar, wymioty, biegunka).
2. Przy wejściu do oddziału i przed kontaktem z pacjentem należy zdezynfekować ręce — zgodnie z instrukcjami umieszczonymi przy wejściu. Zakaz odwiedzin przez osoby będące pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających.

IV. Ograniczenia liczby i wieku odwiedzających

1. W sali chorych jednego pacjenta mogą odwiedzać jednocześnie nie więcej niż 2 osoby, chyba że ordynator / kierownik oddziału zdecyduje inaczej.
2. Dzieci do ukończenia 13. roku życia mogą odwiedzać pacjentów wyłącznie pod opieką osoby dorosłej. Obecność dzieci w oddziałach o podwyższonym reżimie wymaga zgody ordynatora / kierownika oddziału i dodatkowego nadzoru.
3. Rodzice mają prawo do całodobowego pobytu w oddziale przy chorym dziecku oraz do zapewnienia mu opieki pielęgnacyjnej zgodnie z *Regulaminem dla rodziców / opiekunów towarzyszących dziecku w Oddziale Pediatrycznym*.

V. Obowiązki i zachowanie odwiedzających

1. Zapoznania się i przestrzegania niniejszego *Regulaminu*.
2. Pozostawienia okrycia wierzchniego w szatni (sezonowo), jeśli jest to wymagane przez Szpital.
3. Zachowania kultury, taktu i ciszy — szczególnie w godzinach odpoczynku i podczas zabiegów.
4. Opuszczenia sali chorych podczas obchodów lekarskich, badań, zabiegów oraz czynności pielęgnacyjnych.

5. Stosowania się do wskazówek personelu medycznego oraz przestrzegania zasad BHP i p.poż.
6. Nieużywania i niemanipulowania aparaturą medyczną, instalacjami i urządzeniami.
7. Zachowania porządku i czystości w pomieszczeniach szpitalnych.
8. Uzgodnienia z personelem zakresu i rodzaju produktów spożywczych oraz leków przynoszonych pacjentowi (w celu uniknięcia zakłóceń terapii).
9. Ze względu na ochronę danych osobowych oraz prawo do prywatności innych osób utrwalanie i rozpowszechnianie wizerunku pacjentów oraz personelu w formie zdjęć lub nagrań wideo wymaga ich wyraźnej pisemnej zgody. Bezprawne nagrywanie lub publiczne udostępnianie takich materiałów w sposób naruszający prawa personelu Szpitala lub pacjentów może skutkować odpowiedzialnością cywilną.

VI. Sytuacje nadzwyczajne i ograniczenia odwiedzin

1. Dyrektor Szpitala ma prawo ograniczyć lub czasowo wstrzymać odwiedziny w całości lub na wybranych oddziałach w sytuacjach zagrożenia epidemiologicznego, istotnych ryzyk klinicznych lub konieczności organizacyjnych. O ewentualnych ograniczeniach Szpital informuje pacjentów i odwiedzających – ogłoszeniem w budynku i na stronie internetowej.
2. W przypadku ograniczeń Szpital zapewnia możliwość kontaktu z bliskimi przy użyciu środków teleinformatycznych (telefon, wideorozmowa).
3. W przypadku ostatniego pożegnania w szpital stosuje się odrębną procedurę. Procedura ta uwzględnia aspekty medyczne, epidemiologiczne i psychologiczne oraz dopuszczalne liczby osób.

VII. Postępowanie w przypadku naruszania zasad

1. Osoby odwiedzające, które nie stosują się do postanowień *Regulaminu* lub poleceń personelu, mogą zostać upomniane, a w przypadku uporczywego naruszania zasad — poproszone o opuszczenie terenu Szpitala.
2. Wszelkie wnioski i skargi można zgłaszać w „Księdze skarg i wniosków" dostępnej w oddziałach, a także u Pełnomocnika ds. Praw Pacjenta.
3. Z Pełnomocnikiem ds. Praw Pacjenta można skontaktować się:
   - osobiście,
   - telefonicznie,
   - za pośrednictwem poczty elektronicznej (e-mail).
4. Uwagi i opinie dotyczące jakości świadczonych usług można również przekazywać poprzez ankietę satysfakcji pacjenta dostępną na stronie internetowej Szpitala.

VIII. Postanowienia końcowe

1. Regulamin wchodzi w życie z dniem jego publikacji na stronie internetowej Szpitala i w punktach informacyjnych w oddziałach.
2. Szpital zastrzega możliwość wprowadzania zmian w *Regulaminie* w uzasadnionych przypadkach, o czym pacjenci zostaną poinformowani.

UWAGA

Na terenie Szpitala obowiązuje całkowity zakaz palenia tytoniu oraz wyrobów tytoniowych, a także używanie papierosów elektronicznych, spożywania alkoholu i środków psychoaktywnych.



Wizyty w oddziałach **przedstawicieli mediów, fotoreporterów, przedstawicieli handlowych, osób publicznych** odbywają się tylko za zgodą Dyrektora Szpitala w terminie i miejscu ustalonym z ordynatorem / kierownikiem oddziału.

DYREKTOR
Szpitala Powiatowego w Chrzanowie
mgr Artur Baranowski

Załącznik nr 7
do Regulaminu Organizacyjnego Szpitala Powiatowego w Chrzanowie

REGULAMIN DLA PACJENTÓW
hospitalizowanych w Szpitalu Powiatowym w Chrzanowie

PRAWA PACJENTA

§ 1

1. Zgodnie z Ustawą o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta - Pacjent ma prawo:
1) Do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej, opartej na dostępnych metodach i środkach zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, wykonywanych przez lekarzy, pielęgniarki, położne, diagnostów laboratoryjnych z należytą starannością i zgodnie z zasadami etyki zawodowej, a w sytuacji ograniczonych możliwości udzielenia odpowiednich świadczeń - do korzystania z rzetelnej, opartej na kryteriach medycznych jawnej procedury ustalającej kolejność dostępu do świadczeń.
2) Prawo do natychmiastowej pomocy medycznej w podmiocie leczniczym ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia pacjenta.
3) Pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym. Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych osoby wykonujące zawód medyczny kierują się zasadami etyki zawodowej określonymi przez właściwe samorządy zawodów medycznych.
4) Pacjent ma prawo do informacji o swoim stanie zdrowia.
   a) Pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, lub jego ustawowy przedstawiciel mają prawo do uzyskania od lekarza przystępnej informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu.
   b) Pacjent lub jego ustawowy przedstawiciel mają prawo do wyrażenia zgody na udzielenie informacji wymienionych powyżej innym osobom.
   c) Pacjent ma prawo żądać, aby lekarz nie udzielił mu informacji, o której mowa powyżej.
   d) Po uzyskaniu informacji, o których mowa powyżej, pacjent ma prawo przedstawić lekarzowi swoje zdanie w tym zakresie.
5) Pacjent ma prawo do dostatecznie wczesnej informacji o zamiarze odstąpienia przez lekarza od leczenia pacjenta i wskazania przez tego lekarza możliwości uzyskania świadczenia zdrowotnego u innego lekarza lub podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych.
6) Pacjent ma prawo do informacji o prawach pacjenta określonych w niniejszej ustawie oraz w przepisach odrębnych, uwzględniającej ograniczenia tych praw określone w tych przepisach. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia tę informację w formie pisemnej, poprzez umieszczenie jej w swoim lokalu, w miejscu ogólnodostępnym
7) Pacjent ma prawo do informacji o rodzaju i zakresie świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, w tym o profilaktycznych programach zdrowotnych finansowanych e środków publicznych, realizowanych przez ten podmiot.
8) Pacjent ma Prawo do zgłaszania działań niepożądanych produktów leczniczych.
9) Pacjent ma prawo do zachowania w tajemnicy przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym udzielające mu świadczeń zdrowotnych, informacji z nim związanych, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu medycznego
10) Pacjent ma prawo do wyrażenia zgody na dzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody. W przypadku zabiegu operacyjnego albo zastosowania metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta, zgodę, wyraża się w formie pisemnej.
11) Pacjent ma prawo do poszanowania intymności i godności, w szczególności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych. Prawo do poszanowania godności obejmuje także prawo do umierania w spokoju i godności.
12) Pacjent znajdujący się w stanie terminalnym ma prawo do świadczeń zdrowotnych zapewniających łagodzenie bólu i innych cierpień.

13) Pacjent ma prawo do korzystania z opieki osoby bliskiej w sposób nie zakłócający harmonogramu pracy oddziału, po ustaleniu zasad opieki z personelem oddziału.
14) Pacjent ma prawo do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych.
15) Pacjent ma prawo do zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza.
16) Pacjent ma prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego.
17) Pacjent ma prawo do opieki duszpasterskiej.
18) Pacjent przebywający w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej ma prawo do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie.

OBOWIĄZKI PACJENTA

§ 2

Przy przyjęciu do Szpitala pacjent ma obowiązek:

1. Przedstawić skierowanie do Szpitala (nie dotyczy stanów nagłych).
2. Dokument tożsamości (dowód osobisty, paszport, prawo jazdy, a w przypadku dzieci do 18 r.ż.- aktualną legitymacją szkolną). Podstawą do uzyskania świadczeń opieki zdrowotnej jest przedstawienie przez pacjenta swojego numeru PESEL i potwierdzenie tożsamości dokumentem.
3. Jeżeli Pacjent jest ubezpieczony, a jego uprawnienia nie zostaną potwierdzone w systemie eWUŚ - Pacjent podpisuje stosowne oświadczenie.
4. W historii choroby Pacjent podpisuje wymagane zgody i oświadczenia oraz pisemnie wskazuje osoby upoważnione do uzyskiwania informacji o jego stanie zdrowia oraz udzielonych świadczeniach i dokumentacji lub pisemne oświadczenie o braku takiego upoważnienia. Podaje dane osobowe oraz adres osoby bliskiej do kontaktu, a w szczególności jej numer telefonu.
5. W sytuacji, gdy stan zdrowia pacjenta uniemożliwia podpisanie oświadczeń przy przyjęciu zostanie to odnotowane w dokumentacji medycznej i uzupełnione w późniejszym okresie.
6. Pacjent jeżeli nie pozostawia bliskim, to oddaje za pokwitowaniem odzież i obuwie do przechowania, a wartościowe przedmioty do depozytu.
7. Do szpitala Pacjent powinien zabrać: piżamę/koszulę nocną, szlafrok, obuwie domowe, środki higieniczne (szczoteczka, pasta do zębów, itp.), sztućce, kubek, itp.

§ 3

W trakcie hospitalizacji na oddziale Pacjent ma obowiązek:

1. Stosować się do wskazówek i zaleceń lekarzy, pielęgniarek i innego personelu medycznego zarówno w zakresie procesu diagnostyczno-terapeutycznego i rehabilitacyjnego, jak i w sprawach organizacyjno-administracyjnych.
2. Udzielać w trakcie wywiadu lekarskiego lub pielęgniarskiego pełnej i prawdziwej informacji o swoim stanie zdrowia. Szpital nie ponosi odpowiedzialności za szkody wynikłe z zatajenia bądź udzielenia nieprawdziwej informacji, co do istotnych spraw dotyczących zdrowia pacjenta.
3. Poinformować lekarza prowadzącego o lekach przyjmowanych na stałe nie związanych z jednostką chorobową, która jest przyczyną hospitalizacji. Używanie tych leków w czasie pobytu w Szpitalu wymaga zgody tego lekarza. Leki własne, których przyjmowanie związane jest z leczeniem chorób współistniejących, przewlekłych należy przekazać w oryginalnych opakowaniach personelowi.
4. Stosować się do zaleconej diety.
5. Odnosić się życzliwie i kulturalnie do innych pacjentów i personelu Szpitala.
6. Przebywać w wyznaczonych salach w porach obchodów lekarskich, zabiegów leczniczo-pielęgnacyjnych i w czasie wydawania posiłków.
7. Nie zmieniać sali, łóżka bez zgody pielęgniarki oraz nie przebywać na innych salach ze względów Sanitarno-epidemiologicznych.
8. Wchodzić do pomieszczeń przeznaczonych dla personelu szpitalnego tylko za zgodą personelu.
9. Przestrzegać ciszy nocnej w godzinach od 22.00 do 6.00 i w porze ciszy nocnej przebywać na oddziale.
10. Bez zgody Ordynatora lub lekarza dyżurnego i bez wiedzy pielęgniarki dyżurnej nie wychodzić poza teren Szpitala. Każdorazowo zgłaszać pielęgniarce zamiar opuszczenia oddziału (np. w celu dokonania zakupów w sklepiku szpitalnym).

11. Pacjent, jeżeli stan zdrowia na to pozwala zobligowany jest do utrzymywania higieny osobistej i najbliższego otoczenia.
12. Produkty żywnościowe będące w posiadaniu Pacjenta przechowywać zgodnie z obowiązującymi wytycznymi (np. producenta). W tym celu udostępniona zostaje pacjentom lodówka. Produkty żywnościowe powinny spełniać kryteria diety zalecanej przez lekarza. Produkty żywnościowe budzące jakiekolwiek wątpliwości pod względem walorów jakościowych (zmiana koloru, zapach) należy natychmiast usunąć.
13. Stosować się do przepisów o bezpieczeństwie, higienie i zagrożeniu pożarowym.
14. Przestrzegać zakazu manipulowania przy aparaturze i urządzeniach medycznych, elektrycznych, wentylacyjnych.
15. Nie korzystać z dźwigów szpitalnych przeznaczonych do użytku służbowego.
16. Szanować mienie Szpitala, a w przypadku jego zniszczenia zapłacić za straty.
17. Przestrzegać zakazu obrotu, posiadania i używania napojów alkoholowych, narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych i innych podobnie działających oraz palenia wyrobów tytoniowych.
18. Korzystać z telefonów komórkowych w sposób nie stwarzający uciążliwości dla innych pacjentów i poza godzinami ciszy nocnej. Ze względu na obecność aparatury medycznej i możliwość powstania zakłóceń w jej funkcjonowaniu Dyrektor Szpitala może określić strefy i pomieszczenia, w których obowiązuje całkowity zakaz korzystania z telefonów komórkowych.
19. Nie przynosić do Szpitala prywatnych odbiorników telewizyjnych. W salach chorych istnieje dostęp do płatnego systemu telewizji. W Szpitalu zostały wydzielone punkty bezpłatnego odbioru TV.
20. W czasie pobytu w szpitalu nie korzystać z opieki medycznej w jednostkach posiadających podpisany kontrakt z NFZ, w tym z poradni specjalistycznych przy Szpitalu, itp, z wyjątkiem sytuacji, kiedy Pacjent zostanie skierowany przez lekarza do innego podmiotu leczniczego, celem wykonania określonych procedur lub kiedy konieczna jest kontynuacja leczenia.

§ 4

Przy wypisie Pacjent ma obowiązek:

1. Odebrać karty informacyjne i potwierdzić odbiór podpisem w historii choroby.
2. Odebrać rzeczy z garderoby i depozytu.
3. Opuścić Szpital po dopełnieniu formalności związanych z wypisem.
4. Wypis ze Szpitala następuje:
   1) Gdy stan zdrowia Pacjenta nie wymaga dalszego leczenia w szpitalu.
   2) Na żądanie Pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego.
   3) Gdy pacjent w rażący sposób narusza porządek lub przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, a nie zachodzi obawa, że odmowa zaprzestanie udzielania świadczeń zdrowotnych może spowodować bezpośrednie niebezpieczeństwo dla jego życia lub zdrowia i życia innych osób.

§ 5

W zakresie nie uregulowanym niniejszym Regulaminem mają zastosowanie wewnętrzne uregulowania wynikające ze specyfiki danego oddziału szpitalnego (Regulamin dla pacjentów w Oddziale Psychiatrycznym, Oddziale Psychiatrycznym Dziennym oraz Pediatrycznym).

DYREKTOR
Szpitala Powiatowego w Chrzanowie
mgr Artur Baranowski

Regulamin dla rodziców/opiekunów towarzyszących dziecku w Oddziale Pediatrycznym

Pacjent naszego oddziału to dziecko, stąd potrzeba otoczenia go wszechstronną opieką, zarówno w aspekcie fizycznym, jak i psychicznym. W trosce o prawidłową realizację praw pacjenta- dziecka Szpital propaguje zasadę „otwartych drzwi", zgodnie z którą jedno z rodziców lub opiekunów ma prawo do przebywania całą dobę z dzieckiem na oddziale, celem zaspokojenia jego potrzeb miłości, bezpieczeństwa i pielęgnacji.

§ 1

Postanowienia ogólne

1. Każde dziecko hospitalizowane na Oddziale Pediatrycznym ma prawo do dodatkowej opieki i pielęgnacji sprawowanej przez bliską osobę.
2. Rodzic lub opiekun, którzy nie stanowią dodatkowego ryzyka infekcji dla dziecka mają prawo do całodobowego pobytu z chorym dzieckiem w oddziale, celem zaspokojenia jego potrzeb miłości, bezpieczeństwa i pielęgnacji.
3. Ze względów lokalowych i epidemiologicznych w procesie pielęgnacji dziecka może uczestniczyć jednoczasowo tylko jedna osoba.
4. Rodzice lub opiekunowie, mogą włączyć się czynnie w zabiegi higieniczne i pielęgnacyjne oraz karmienie w porozumieniu z personelem medycznym oddziału i po odbyciu odpowiedniego instruktażu w tych zakresach.
5. W razie naruszenia Regulaminu, lekarz ma prawo żądać opuszczenia oddziału.

§ 2

Organizacja pracy oraz zasady przebywania w Oddziale Pediatrycznym rodziców/opiekunów

Rozdział I

1. Rytm dnia:
    1) poranne zabiegi diagnostyczno-medyczne i pielęgnacyjne (toaleta pacjenta, zabiegi higieniczne, realizacja zleceń lekarskich),
    2) śniadanie,
    3) porządkowanie sal chorych,
    4) zabiegi terapeutyczne i diagnostyczne,
    5) wizyta lekarska,
    6) obiad,
    7) wydawanie wypisu dziecka z oddziału od 13:00-14:00,
    8) wieczorna wizyta lekarska,
    9) kolacja,
    10) toaleta wieczorna,
    11) cisza nocna: od 21:00 do 6:00,
    12) całodobowo są wykonywane zabiegi terapeutyczno - pielęgnacyjne oraz realizacja zleceń lekarskich, zgodnie z kartą zleceń.

2. Telefony:
    - Centrala: (32) 624 77 77,
    - Ordynator: (32) 624 70 86,
    - Pielęgniarka Oddziałowa: (32) 624 70 89,
    - Gabinet lekarski: (32) 624 70 87,
    - Dyżurka pielęgniarska: (32) 624 70 90,
    - Telefon dla rodziców do dziecka: (32) 624 70 92.
3. Rodzice/opiekunowie powinni:
    a) Przestrzegać zasad określonych przez fachowy personel w sytuacji towarzyszenia dziecku podczas zabiegów.
    b) W porze obchodów lekarskich wraz z dzieckiem przebywać w oddziale na sali chorych.
    c) Ograniczyć bagaż dziecka do niezbędnych, bezpiecznych przedmiotów.
    d) Przestrzegać zasad sanitarno-epidemiologicznych, a przez to ograniczyć ryzyko infekcji poprzez:
        - stosowanie zasad koniecznej izolacji (zapobieganie przemieszczaniu się przedmiotów, rzeczy, pościeli między dziećmi w oddziale),
        - przebywanie w odrębnej, własnej sali, gdy konieczna jest izolacja dziecka, zgodnie z zaleceniami lekarza,
        - w sytuacji samodzielnego przewijania dziecka zgłosić zabrudzenie pościeli lub przewijaka,
        - dbanie o higienę rąk dziecka i własną,
        - utrzymywanie na bieżąco w czystości wszystkich przyniesionych przedmiotów.
    e) W uzgodnieniu z personelem medycznym podawać dziecku dodatkowy posiłek, który odnotuje tą informację w dokumentacji medycznej oraz każdorazowo przechowywać posiłki w bezpiecznych pojemnikach zgodnie z obowiązującymi przepisami (w lodówce *produkty żywnościowe należy opisać: imię i nazwisko pacjenta, nr sali, data) w* celu ograniczenia ryzyka zatrucia.
    f) Zadbać o organizację czasu wolnego dziecka przy zachowaniu wszelkich zasad bezpieczeństwa.
    g) Niezwłocznie zgłosić personelowi medycznemu wszystkie zaobserwowane niepokojące objawy u dziecka.
    h) Zgłosić każdorazowo pielęgniarce wyjście poza oddział, opuszczenie oddziału.
    i) Zachowywać spokój i ciszę, nie trzaskać drzwiami, chodzić po oddziale w zamiennym obuwiu i bezwzględnie przestrzegać ciszy nocnej.
4. Rodzice/opiekunowie nie powinni zakłócać procesu diagnostyczno-zabiegowego poprzez samodzielnie stosowanie zabiegów leczniczych, pielęgnacyjnych, dokonywanie zmian diety, niezgodnie z zaleceniami lekarza oraz:
    a) Wnosić na sale chorych zbędnych przedmiotów ograniczających możliwość utrzymania pomieszczeń w czystości.
    b) Stosować praktyk zwiększających zagrożenie sanitarno-epidemiologiczne poprzez nieprzestrzeganie zasad sanitarno-higienicznych.
    c) Naruszać praw pozostałych pacjentów.
    d) Swoim zachowaniem stwarzać zagrożenia dla dziecka m.in. poprzez:
        - pozostawienie dziecka w niezamkniętych, niezabezpieczonych łóżeczkach,
        - spożywanie gorących płynów w obecności dziecka,
        - przynoszenie niebezpiecznych przedmiotów (nóż, nożyczki),
        - dokarmianie dziecka nie zgodnie z zaleceniami lekarza,

- organizowanie niebezpiecznych zabaw.

e) Manipulować aparaturą medyczną, urządzeniami i instalacjami elektrycznymi.

5. Rodziców/opiekunów przebywających w oddziale zobowiązuje się do:
   a) Przestrzegania całkowitego zakazu palenia oraz spożywania alkoholu na terenie Szpitala.
   b) Nie używania urządzeń elektrycznych, mogących stwarzać zagrożenie dla bezpieczeństwa dzieci przebywających w oddziale (grzałek, żelazek itp.).
   c) Przestrzegania zakazu przemieszczania się z gorącymi napojami i potrawami, z uwagi na bezpieczeństwo dzieci.
6. W przypadku wyjścia z dzieckiem poza teren Oddziału wymagana jest pisemna zgoda Ordynatora / lekarza sprawującego opiekę nad dzieckiem, ponieważ w takiej sytuacji rodzice ponoszą pełną odpowiedzialność za dziecko.
7. W trakcie przebywania z dzieckiem w Oddziale rodzice / opiekunowie zobowiązani są czynnie uczestniczyć w procesie pielęgnacji dziecka i wypełnianiu jego wolnego czasu.

Rozdział II

1. Rodzice/opiekunowie są zobowiązani do stosowania się do zasad niniejszego regulaminu oraz ustalonego porządku pracy w oddziale.
2. Jeśli rodzice/opiekunowie będą przebywać przy dziecku, zobowiązani są posiadać przy sobie :
   - odzież zamienną i obuwie zamienne,
   - środki higieny osobistej,
   - ulubione zabawki, książki dziecka, które powinny być czyste i bezpieczne.

§ 3
Postanowienie końcowe

1. Rodzicom i opiekunom przypomina się:
   a) Każdy pacjent ma obowiązek noszenia znaków tożsamości założonych przy przyjęciu.
   b) Nadmiar sprzętu audio-vide, telefonów komórkowych może zakłócić pracę aparatury ratującej życie. Jeżeli zdaniem personelu istnieje możliwość, że posiadany sprzęt może zakłócić pracę urządzeń ratujących życie lub diagnostycznych, rodzic (opiekun) może być zobowiązany do usunięcia sprzętu z oddziału.
   c) Szpital nie ponosi odpowiedzialności za rzeczy pozostawione w oddziale.

DYREKTOR
Szpitala Powiatowego w Chrzanowie
mgr Artur Baranowski

Załącznik nr 9
do Regulaminu Organizacyjnego Szpitala Powiatowego w Chrzanowie

REGULAMIN
przebywania osób towarzyszących na Bloku Porodowym

1. Obecność osoby towarzyszącej przy porodzie jest bezpłatna
2. Osoba towarzysząca musi być pełnoletnia.
3. Nie może być pod wpływem alkoholu lub innych środków odurzających.
4. Do porodu rodzinnego osoba towarzysząca powinna posiadać ubranie na zmianę. Jeżeli nie posiada udostępniamy odzież jednorazową.
5. Na Bloku porodowym zagospodarowano pomieszczenie, w którym osoba towarzysząca zostawia swoje ubranie.
6. Przy rodzącej przebywa tylko jedna osoba towarzysząca – wskazana przez rodzącą.
7. Po wejściu na Blok Porodowy należy wysłuchać instruktażu położnej dotyczącego zasad obowiązujących na Bloku Porodowym.
8. W celu zapewnienia bezpieczeństwa i jak najlepszej atmosfery rodzącym oraz noworodkom osoba towarzysząca przy porodzie zobowiązana jest do:
   - przestrzegania zaleceń personelu medycznego,
   - poszanowania spokoju i prywatności innych pacjentów oraz uszanowania mienia Szpitala,
   - zgłoszenia swojego wejścia i wyjścia z Bloku Porodowego personelowi medycznemu,
   - zmiany lub zabezpieczenia odzieży (odzież ochronna jednorazowa),
   - umycie rąk,
   - decyzja dotycząca obecności podczas porodu zabiegowego i szycia krocza należy do lekarza,
   - zgłaszanie personelowi medycznemu swojego złego samopoczucia mogącego doprowadzić do omdlenia,
9. Lekarz dyżurny jest uprawniony do wyproszenia osoby towarzyszącej w przypadku, gdy:
   - nie przestrzega zaleceń,
   - jej zachowanie zagraża bezpieczeństwu i możliwości właściwie wykonywania pracy na Bloku Porodowym,
10. Osoba towarzysząca aktywnie wspiera rodzącą i mobilizuje pacjentkę w każdym okresie porodu, poprzez wspomaganie rodzącej w ćwiczeniach oddechowych oraz zmianach pozycji.
11. Za zgodą lekarza, po porodzie dziecka może osobiście przeciąć pępowinę.
12. Przez cały czas trwania porodu może liczyć na kontakt z położną i lekarzem.

Pozostałe zasady osób przebywających na Bloku Porodowym znajdują się w regulaminie dla osób odwiedzających.

DYREKTOR
Szpitala Powiatowego w Chrzanowie
mgr Artur Baranowski