Zarządzenie Nr 113/2022
Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego we Wrocławiu
z dnia 1 lipca 2022 r.
w sprawie wprowadzenia Regulaminu Organizacyjnego
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego we Wrocławiu.

Na podstawie §10 ust. 2 Statutu Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego we Wrocławiu nadanego Uchwałą Nr XXX/838/12 Sejmiku Województwa Dolnośląskiego z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie nadania Statutu Wojewódzkiemu Szpitalowi Specjalistycznemu we Wrocławiu zarządzam, co następuje:

§1

1. Wprowadzam Regulamin Organizacyjny Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego we Wrocławiu stanowiący załącznik nr 1 do Zarządzenia.
2. Schemat struktury organizacyjnej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego we Wrocławiu stanowi załącznik nr 2 do Zarządzenia.

§2

Regulamin Organizacyjny Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego we Wrocławiu obowiązuje wszystkich pracowników Szpitala i jest dostępny na portalu wewnętrznym Szpitala.

§3

Zobowiązuję Kierownika Działu Zatrudnienia i Wynagrodzeń do dostosowania zakresów ramowych komórek organizacyjnych i zakresów czynności pracowników do struktury organizacyjnej Szpitala określonej w Regulaminie Organizacyjnym Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego we Wrocławiu.

§4

Zobowiązuję Ordynatorów (lekarzy kierujących oddziałami), Pielęgniarki Oddziałowe i innych Kierowników komórek organizacyjnych do:

1) zapoznania pracowników z Regulaminem Organizacyjnym Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego we Wrocławiu i uzyskania pisemnego potwierdzenia przez każdego pracownika przyjęcia go do wiadomości i stosowania (załącznik nr 3 do zarządzenia),
2) przekazania pisemnego potwierdzenia, o którym mowa w pkt. 1 do Działu Organizacji i Nadzoru.

§5

Nadzór nad wykonaniem Zarządzenia powierzam Z-cy Dyrektora ds. Medycznych, Z-cy Dyrektora ds. Pielęgniarstwa, Z-cy Dyrektora ds. Finansów i Administracji, Z-cy Dyrektora ds. Eksploatacji, Pełnomocnikowi Dyrektora ds. Sprzedaży Usług Medycznych i Marketingu.

§6

Traci moc Zarządzenie Nr 1/2022 Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego we Wrocławiu z dnia 3 stycznia 2022 r. w sprawie wprowadzenia Regulaminu Organizacyjnego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego we Wrocławiu.

§7

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

DYREKTOR SZPITALA
Prof. dr hab. Wojciech Witkiewicz
(5)

Załącznik Nr 1
do Zarządzenia Nr 113/2022
z dnia 01.07.2022 r.

REGULAMIN ORGANIZACYJNY

WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO WE WROCŁAWIU

	Opracował	Weryfikował	Zatwierdził
Stanowisko	Kierownik Działu Organizacji i Nadzoru	Radca Prawny	**Dyrektor Szpitala**
Imię i nazwisko	mgr Patrycja Jędrzejczak	mgr Krystyna Michalska	**Prof. dr hab. Wojciech Witkiewicz**
Data i podpis 01.07.2022 r.	KIEROWNIK Działu Organizacji i Nadzoru mgr Patrycja Jędrzejczak	RADCA PRAWNY Krystyna Michalska	DYREKTOR SZPITALA Prof. dr hab. Wojciech Witkiewicz

Uzgodniono z:

Z-cą Dyrektora ds. Medycznych – prof. dr hab. Tomaszem Rolederem

Z-cą Dyrektora ds. Pielęgniarstwa – mgr Wioletta Dalidowicz

Z-cą Dyrektora ds. Finansów i Administracji – mgr Mariolą Dwornikowską – Dąbrowską

Z-cą Dyrektora ds. Eksploatacji – mgr Ewą Czerniak

ZASTĘPCA DYREKTORA ds. Medycznych Prof. dr hab. n. med. Tomasz Roleder

Z-CA DYREKTORA ds. Pielęgniarstwa mgr Wioletta Dalidowicz

Z-ca DYREKTORA ds. Eksploatacji mgr Ewa Czerniak

Z-ca DYREKTORA ds. Finansów i Administracji mgr Mariola Dwornikowska-Dąbrowska

Zmiany: Uchylono Zarządzenie Nr 1/2022 z dnia 03.01.2022 r.

SPIS TREŚCI

DZIAŁ I.

ROZDZIAŁ I.

Postanowienia ogólne

ROZDZIAŁ II.

Cel działania i zadania Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego we Wrocławiu.

ROZDZIAŁ III.

Rodzaj działalności leczniczej oraz zakres i miejsce udzielanych świadczeń zdrowotnych.

ROZDZIAŁ IV.

Struktura organizacyjna Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego we Wrocławiu.

ROZDZIAŁ V.

Organizacja i zadania poszczególnych komórek organizacyjnych Szpitala oraz warunki współdziałania tych komórek organizacyjnych.

ROZDZIAŁ VI.

Zakres działania, odpowiedzialności i uprawnień kierownictwa Szpitala.

ROZDZIAŁ VII.

Ramowe zakresy działania komórek organizacyjnych oraz samodzielnych stanowisk pracy podległych bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.

ROZDZIAŁ VIII.

Ramowe zakresy działania medycznych komórek organizacyjnych Szpitala i samodzielnych stanowisk.

ROZDZIAŁ IX.

Ramowe zakresy działania komórek organizacyjnych Szpitala i samodzielnych stanowisk pracy podległych Zastępcy Dyrektora do spraw Pielęgniarstwa.

ROZDZIAŁ X.

Ramowe zakresy działania komórek organizacyjnych administracji Szpitala.

I. Ramowe zakresy komórek organizacyjnych podlegających Zastępcy Dyrektora do spraw Finansów i Administracji.

II. Ramowe zakresy komórek organizacyjnych podlegających Zastępcy Dyrektora do spraw Eksploatacji.

DZIAŁ II

ROZDZIAŁ I.

Przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych.

I. Zasady ogólne procesu udzielania świadczeń zdrowotnych.

II. Zapewnienie dostępności i jakości świadczeń zdrowotnych.

III. Przyjęcia nagłe.

IV. Przyjęcia planowe.

V. Przebieg procesu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. Stacjonarna opieka zdrowotna.

VI. Przekazywanie pacjentów kolejnym zmianom.

VII. Wypisanie pacjenta.

VIII. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

IX. Odstąpienie od leczenia i odmowa przyjęcia.

ROZDZIAŁ II.

Warunki współdziałania między komórkami organizacyjnymi Szpitala.

ROZDZIAŁ III.

Warunki współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą.

ROZDZIAŁ IV.

Prawa i obowiązki pacjenta.

I. Prawa pacjenta.

II. Obowiązki pacjenta.

III. Zasady odwiedzin pacjentów.

ROZDZIAŁ V.

Obowiązki Szpitala w razie śmierci pacjenta.

ROZDZIAŁ VI.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

DZIAŁ I.

ROZDZIAŁ I.

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§1

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu zwany dalej „Szpitalem" jest podmiotem leczniczym w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej prowadzonym w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.

§2

Szpital działa na podstawie:

1. Zarządzenia Nr 6 Wojewody Wrocławskiego z dnia 09 lutego 1982 r. w sprawie utworzenia jednostki organizacyjnej pn. „Szpital przy ul. Kamieńskiego 73 we Wrocławiu – w budowie" ze zmianami wprowadzonymi Zarządzeniami Wojewody Wrocławskiego Nr 65 z dnia 19 grudnia 1984 r. i Nr 21 z dnia 12.02.1991 r.
2. Zarządzenia Nr 158 Wojewody Wrocławskiego z dnia 18.08.1998 r. w sprawie przekształcenia Publicznego ZOZ pod nazwą Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu w samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej ze zm. wprowadzoną Zarządzeniem Nr 282 Wojewody Wrocławskiego z dn. 30.12.1998 r.
3. Uchwały Nr XLV/759/09 Sejmiku Województwa Dolnośląskiego z dnia 29 października 2009 r. w sprawie likwidacji Specjalistycznego Rehabilitacyjno – Ortopedycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej oraz przekształcenia Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego.
4. Uchwały Nr XXV/759/16 Sejmiku Województwa Dolnośląskiego z dnia 29 września 2016 r. w sprawie połączenia Zakładów Sprzętu Ortopedycznego z Wojewódzkim Szpitalem Specjalistycznym we Wrocławiu.

§3

Podmiotem tworzącym Szpital jest Województwo Dolnośląskie.

§4

Podstawowy obszar działania Szpitala obejmuje miasto Wrocław i województwo dolnośląskie. Szerszy obszar działania Szpitala może wynikać z zawartych umów.

§5

Szpital działa na podstawie powszechnie obowiązujących przepisów prawa oraz przepisów wewnętrznych, a w szczególności:

1) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2022 r. poz. 633 ze zm.)
2) ustawy z dnia z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2020 r. poz. 849 ze zm.)
3) ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1129 ze zm.),

4) ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285 ze zm.) oraz przepisów wykonawczych do tej ustawy,
5) ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2021 r. poz. 790 ze zm.)
6) ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2022 r. poz. 551)
7) ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (Dz. U. z 2022 r., poz. 1360 ze zm.),
8) ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (Dz. U. z 2020 r., poz. 1320 ze zm.),
9) ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 305 ze zm.),
10) ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2020r. poz. 1947)
11) ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2021 r. poz. 2069 ze zm.)
12) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 kwietnia 2012 r. w sprawie sposobu postępowania podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne ze zwłokami pacjenta w przypadku śmierci pacjenta (Dz. U. poz. 420),
13) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2022 r. poz. 1304),
14) rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. z 2021 r. poz. 2048 ze zm.),
15) Statutu Szpitala,
16) niniejszego Regulaminu,
17) zarządzeń wewnętrznych Dyrektora Szpitala.

§5A

1. Szpital realizuje swoje zadania w ramach Systemu Zarządzania Jakością zgodnego z wymaganiami normy PN-EN ISO 9001:2015 oraz zgodnie z wymaganiami standardów akredytacyjnych dla lecznictwa szpitalnego w zakresie działalności zakładu leczniczego.
2. Szpital jest pracodawcą w rozumieniu art. 3 Kodeksu pracy.
3. Szpital prowadzi gospodarkę finansową z zachowaniem zasad określonych w ustawie o finansach publicznych oraz zarządzeniach Dyrektora.

§6

1. Regulamin Organizacyjny Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego we Wrocławiu określa:
   1) nazwę Szpitala
   2) cele i zadania Szpitala;
   3) strukturę organizacyjną Szpitala;
   4) rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych;
   5) miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych;
   6) przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości tych świadczeń w jednostkach lub komórkach organizacyjnych Szpitala;

7) organizację i zadania poszczególnych jednostek lub komórek organizacyjnych Szpitala oraz warunki współdziałania tych jednostek i komórek dla zapewnienia sprawnego i efektywnego funkcjonowania Szpitala pod względem diagnostyczno leczniczym, pielęgnacyjnym, rehabilitacyjnym i administracyjno - gospodarczym;

8) warunki współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji pacjentów oraz ciągłości przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych;

9) wysokość opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej ustalonej w sposób określony w art. 28 ust. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;

10) wysokość opłat za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny od osób lub instytucji uprawnionych do pochowania zwłok na podstawie ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych oraz od podmiotów na zlecenie, których przechowuje się zwłoki w związku z toczącym się postępowaniem karnym;

11) wysokość opłat za świadczenia zdrowotne, które mogą być, zgodnie z przepisami ustawy lub przepisami odrębnymi, udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością;

12) sposób kierowania jednostkami lub komórkami organizacyjnymi Szpitala;

13) prawa i obowiązki pacjenta;

14) obowiązki Szpitala w razie śmierci pacjenta.

2. Aktualne informacje, o których mowa w ust. 1 pkt 4,9,10,11, podane są do wiadomości pacjentów przez ich wywieszenie w widoczny sposób w miejscu udzielania świadczeń oraz na stronie internetowej Szpitala i w Biuletynie Informacji Publicznej.
3. Zakresy czynności pracowników uczestniczących w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz opisy stanowisk pracy stanowią zestaw dokumentów, wchodzących w skład akt osobowych, przechowywanych w Dziale Zatrudnienia i Wynagrodzeń.
4. Opisy procedur obowiązujących w Szpitalu oraz szczegółowe regulacje normujące skład i zadania komórek organizacyjnych Szpitala znajdują się w dokumentach organizacyjnych i kadrowych Szpitala a także zarządzeniach Dyrektora, których aktualny zbiór zawarty jest w Wykazie Zarządzeń Dyrektora sporządzanym w Dziale Organizacji i Nadzoru.
5. Regulamin Organizacyjny obowiązuje pracowników Szpitala bez względu na rodzaj pracy i zajmowane stanowisko oraz wszystkich pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych świadczonych przez Szpital.

§6A

1. Zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu przy ul. Kamieńskiego 73a, 51-124 Wrocław jest Administratorem Danych Osobowych.
2. We wszystkich sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych oraz wykonywaniem praw przysługujących na mocy przepisów RODO osobom, których dane są przetwarzane, można się kontaktować z Inspektorem Ochrony Danych za pośrednictwem poczty elektronicznej: iodo@wssk.wroc.pl;

§6B

1. W celu zapewnienia porządku i bezpieczeństwa na terenie Szpitala oraz wokół niego, a także w celu zapewnienia ochrony mienia, zgodnie z art. 5 i art. 6 ust. 1 pkt c i f Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE.L.2016.119.1) oraz na podstawie art. 22^2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks Pracy wprowadzono monitoring wizyjny w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym we Wrocławiu polegający na rejestracji obrazu w czasie rzeczywistym.
2. System monitoringu wizyjnego składa się z kamer zainstalowanych na zewnątrz i wewnątrz budynku.
3. Materiały pozyskane z monitoringu będą wykorzystane wyłącznie w celu określonym w ust. 1.
4. Materiały pozyskane z monitoringu będą przechowywane przez okres 14 dni od rejestracji, po upływie którego będą niszczone w sposób uniemożliwiający ich odtworzenie.
5. Pracownik, którego dane znajdują się w materiałach pozyskanych z monitoringu, ma prawo dostępu do tych danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, a także przysługuje mu prawo do przenoszenia danych i prawo do wniesienia sprzeciwu.

§7

Użyte w Regulaminie Organizacyjnym Szpitala określenia oznaczają:

1) **ambulatoryjna opieka specjalistyczna** – należy przez to rozumieć udzielanie świadczeń zdrowotnych pacjentom niewymagającym hospitalizacji (leczenia szpitalnego);
2) **dokumentacja medyczna** - należy przez to rozumieć dokumentację medyczną, o której mowa w przepisach ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;
3) **Dyrektor Szpitala** – należy przez to rozumieć Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego we Wrocławiu;
4) **dyżur medyczny** – wykonywanie, poza normalnymi godzinami pracy, czynności zawodowych przez lekarza lub innego posiadającego wyższe wykształcenie pracownika wykonującego zawód medyczny, w podmiocie wykonującym działalność leczniczą przeznaczonym dla osób, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych świadczeń zdrowotnych;
5) **medyczna komórka organizacyjna** - należy przez to rozumieć komórkę organizacyjną udzielającą świadczeń zdrowotnych, w szczególności: Oddział, Pododdział, Poradnię, Pracownię, Ośrodek oraz inną komórkę określoną w niniejszym Regulaminie;
6) **osoba wykonująca 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;
7) **Regulamin** – należy przez to rozumieć Regulamin Organizacyjny Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego we Wrocławiu;
8) **Statut** – należy przez to rozumieć Statut Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego we Wrocławiu;

9) **Szpital** – należy przez to rozumieć Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu;

10) **świadczeniodawca** – należy przez to rozumieć podmiot działalności leczniczej wykonujący zadania określone w jego statucie oraz grupową praktykę lekarską, grupową praktykę pielęgniarek, położnych, osobę wykonującą zawód medyczny w ramach indywidualnej lub specjalistycznej praktyki albo osobę, która uzyskała fachowe kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych i udziela ich w ramach prowadzonej działalności gospodarczej;

11) **świadczenia zdrowotne** – 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) **świadczenia szpitalne** – wykonywane przez cała 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 nie przekraczającym 24 godzin;

13) **stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż świadczenie szpitalne** – świadczenia opiekuńcze, pielęgnacyjne, paliatywne, hospicyjne, świadczenia z zakresu opieki długoterminowej, rehabilitacji leczniczej, leczenia uzależnień, psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz lecznictwa uzdrowiskowego, udzielane pacjentom, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych w odpowiednio urządzonych, stałych pomieszczeniach;

14) **pacjent** – pacjent w rozumieniu ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;

15) **ustawa** – ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

ROZDZIAŁ II.

CEL DZIAŁANIA I ZADANIA WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO WE WROCŁAWIU.

§8

Szpital utworzony jest i utrzymywany w celu:

1) udzielania szpitalnych stacjonarnych i całodobowych oraz ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych,
2) prowadzenia profilaktyki powstawania chorób i urazów,
3) wykonywania zadań dydaktycznych i naukowo - badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia w tym wdrażaniem nowych technologii medycznych oraz metod leczenia,
4) sprawowania nadzoru specjalistycznego w zakresie ustalonym odrębnymi przepisami.

§9

1. Do zadań Szpitala należy:
   1) sprawowanie opieki stacjonarnej na rzecz osób wymagających całodobowej opieki lekarskiej i pielęgnacyjnej w zakresie: anestezjologii i intensywnej terapii, audiologii i foniatrii, alergologii, angiologii, chirurgii ogólnej, chirurgii naczyniowej, chirurgii onkologicznej, chorób wewnętrznych, chorób płuc, dermatologii i wenerologii, diagnostyki laboratoryjnej, diabetologii, endokrynologii, farmakologii klinicznej, gastroenterologii, ginekologii onkologicznej, kardiochirurgii, kardiochirurgii dziecięcej, kardiologii, kardiologii dziecięcej, medycyny pracy, neonatologii, neurologii, nefrologii, okulistyki, onkologii klinicznej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, otolaryngologii, pediatrii, położnictwa i ginekologii, psychiatrii, radiologii i diagnostyki obrazowej, radioterapii onkologicznej, rehabilitacji medycznej, transplantologii klinicznej, urologii, reumatologii, rehabilitacji kardiologicznej, rehabilitacji neurologicznej, urologii onkologicznej, medycyny ratunkowej, chemioterapii, geriatrii, dermatologii dziecięcej, nocnej i świątecznej pomocy medycznej.
   2) udzielanie specjalistycznych świadczeń w trybie ambulatoryjnym w zakresie: audiologii i foniatrii, alergologii, andrologii, angiologii, chemioterapii, chirurgii ogólnej, chirurgii naczyniowej, chirurgii onkologicznej, chorób wewnętrznych, chorób metabolicznych, chorób płuc, dermatologii i wenerologii, diagnostyki laboratoryjnej, diabetologii, endokrynologii, farmakologii klinicznej, gastroenterologii, ginekologii onkologicznej, hematologii, kardiochirurgii, kardiologii, kardiologii dziecięcej, medycyny pracy, neonatologii, neurologii, nefrologii, okulistyki, onkologii klinicznej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, otolaryngologii, pediatrii, położnictwa i ginekologii, psychiatrii, radiologii i diagnostyki obrazowej, radioterapii onkologicznej, rehabilitacji medycznej, transplantologii klinicznej, urologii, neurochirurgii, reumatologii, urologii onkologicznej, stomatologii, geriatrii, genetyki klinicznej, anestezjologii i intensywnej terapii, dermatologii dziecięcej, podstawowej opieki zdrowotnej.
   3) udzielanie świadczeń diagnostycznych,
   4) udzielanie świadczeń w zakresie pomocy doraźnej,

5) współudział w organizowaniu pomocy społecznej dla osób leczonych w trybie stacjonarnym w Szpitalu,
6) prowadzenie rehabilitacji leczniczej,
7) prowadzenie samodzielnej działalności naukowo-badawczej w tym we współpracy z uczelniami medycznymi i instytutami naukowo – badawczymi,
8) realizacja zleconych przez właściwy organ określonych zadań związanych z obroną cywilną, sprawami obronnymi i ochroną ludności.
9) udzielanie świadczeń w ramach hospitalizacji domowej,
10) wytwarzanie przedmiotów ortopedycznych, środków pomocniczych i rehabilitacyjnych.

2. Szpital udziela świadczeń zdrowotnych w formie:
   1) całodobowych świadczeń zdrowotnych,
   2) ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych i pomocy doraźnej.
3. Szpital prowadzi działalność wyodrębnioną organizacyjnie, inną niż działalność lecznicza, w zakresie:
   1) gospodarki zasobami mieszkaniowymi,
   2) podstawowego i praktycznego kształcenia zawodowego.

ROZDZIAŁ III.

RODZAJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ ORAZ ZAKRES I MIEJSCE UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH.

I. RODZAJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ ORAZ ZAKRES UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH.

§10

1. Rodzajami działalności leczniczej Szpitala są:
   1) stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne szpitalne;
   2) stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne;
   3) ambulatoryjne świadczenia zdrowotne.
2. Zakres udzielanych świadczeń wynika ze Statutu oraz wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Dolnośląskiego.

§11

Szpital realizuje świadczenia zdrowotne poprzez działania służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich udzielania.

§12

1. Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne obejmują świadczenia podstawowej lub specjalistycznej opieki zdrowotnej oraz świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej, udzielane w warunkach niewymagających ich udzielania w trybie stacjonarnym i całodobowym w odpowiednio urządzonym, stałym pomieszczeniu. Udzielanie tych świadczeń może odbywać się w pomieszczeniach Szpitala, w tym w pojeździe przeznaczonym do udzielania tych świadczeń, lub w miejscu pobytu pacjenta.
2. Działalność lecznicza w rodzaju ambulatoryjne świadczenia zdrowotne może obejmować także udzielanie świadczeń zdrowotnych, które obejmują swoim zakresem badania diagnostyczne wykonywane w celu rozpoznania stanu zdrowia i ustalenia dalszego postępowania leczniczego.

§13

1. Szpital udziela świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych ubezpieczonym oraz innym osobom uprawnionym do tych świadczeń na podstawie odrębnych przepisów nieodpłatnie, za częściową odpłatnością lub całkowitą odpłatnością.
2. Za świadczenia zdrowotne udzielone odpłatnie, w sytuacjach, w których ustawa oraz przepisy odrębne dopuszczają taką odpłatność, Szpital wystawia rachunek, w którym na wniosek pacjenta, wyszczególnia zrealizowane procedury diagnostyczne i terapeutyczne.
3. Rachunek, o którym mowa w ust. 2 powinien być zgodny z aktualną wysokością opłat podaną do wiadomości pacjentów w miejscu udzielania świadczeń oraz na stronie internetowej Szpitala. Szpital nie może różnicować opłat za udzielane świadczenia zdrowotne w zależności od obywatelstwa lub państwa zamieszkania pacjenta.

§14

Dyrektor Szpitala określi, w drodze zarządzenia wysokość opłat za świadczenia zdrowotne, które mogą być, zgodnie z przepisami ustawy o działalności leczniczej lub przepisami odrębnymi, udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością.

II. MIEJSCE UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

§15

1. Siedzibą Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego we Wrocławiu jest Wrocław.
2. Szpital udziela świadczeń w dwóch lokalizacjach we Wrocławiu:
   1) ul. H. Kamieńskiego 73A,
   2) ul. Poświęckiej 8.
3. Podstawowy obszar działania Szpitala obejmuje miasto Wrocław i Województwo Dolnośląskie.
4. Szerszy obszar działania Szpitala może wynikać z zawartych umów.

ROZDZIAŁ IV.

STRUKTURA ORGANIZACYJNA WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO WE WROCŁAWIU.

§16

1. Strukturę organizacyjną Szpitala tworzą:
   1) zakład leczniczy o nazwie: „Ośrodek Szpitalnych Świadczeń Zdrowotnych", udzielające świadczeń szpitalnych w zakresie, o którym mowa w §9 ust. 1 pkt 1 Regulaminu;
   2) zakład leczniczy o nazwie: „Ośrodek Ambulatoryjnych Świadczeń Zdrowotnych", udzielające świadczeń ambulatoryjnych w zakresie, o którym mowa w §9 ust.1 pkt 2 Regulaminu;
   3) zakład leczniczy o nazwie: „Ośrodek Badawczo - Rozwojowy";
   4) zakład leczniczy o nazwie: „Zakład Sprzętu Ortopedycznego".
2. Działalność medyczną komórek i jednostek organizacyjnych udzielających świadczeń, o których mowa w ust. 1, wspomagają pracownie diagnostyczne, działy oraz komórki działalności niemedycznej – administracyjnej, samodzielne stanowiska pracy, których skład osobowy, przyporządkowanie i zadania określa Dyrektor Szpitala."

§17

Schemat organizacyjny Szpitala stanowi Załącznik Nr 1 do niniejszego Regulaminu Organizacyjnego.

§18

Strukturę organizacyjną Szpitala tworzą następujące piony:

I. Pion Dyrektora Szpitala – symbol literowy: **DN**
II. Pion Z-cy Dyrektora do spraw Medycznych – symbol literowy: **DM**
III. Pion Z-cy Dyrektora do spraw Pielęgniarstwa – symbol literowy: **DP**
IV. Pion Z-cy Dyrektora do spraw Finansów i Administracji – symbol literowy: **DF**
V. Pion Z-cy Dyrektora do spraw Eksploatacji – symbol literowy: **DE**

I Pion Dyrektora Szpitala tworzą następujące komórki organizacyjne oraz samodzielne stanowiska pracy:

1. Ośrodek Badawczo – Rozwojowy – symbol literowy: **NB**
   1) Ośrodek Badań Klinicznych – symbol literowy: **BK**
   2) Ośrodek Programów Badawczych – symbol literowy: **BP**
   3) Ośrodek Chirurgii Robotowej – symbol literowy: **BR**
   4) Ośrodek Medycyny Spersonalizowanej – symbol literowy: **BS**
   5) Laboratorium Naukowe – symbol literowy: **BL**
2. Zakład Sprzętu Ortopedycznego – symbol literowy: **NT**
3. Sekretariat – symbol literowy: **NS**
4. Dział Organizacji i Nadzoru – symbol literowy: **NO**

1) Sekcja Korespondencji – symbol literowy: **OK**

2) Sekcja Zarządzania Jakością – symbol literowy: **OJ**

5. Radca Prawny – symbol literowy: **NR**
6. Pełnomocnik Dyrektora do spraw Sprzedaży Usług Medycznych i Marketingu – symbol literowy: **NM**
   1) Dział Sprzedaży Usług Medycznych – symbol literowy: **MS**
   2) Dział Rejestracji, Statystyki i Dokumentacji Medycznej – symbol literowy: **MD**
   3) Sekcja Marketingu – symbol literowy: **MM**
7. Pełnomocnik Dyrektora do spraw Systemów Zarządzania – symbol literowy: **NZ**
8. Pełnomocnik Dyrektora do spraw Systemów Informatycznych – symbol literowy: **NI**
9. Pełnomocnik Dyrektora do spraw Praw Pacjenta – symbol literowy: **NP**
10. Audytor Wewnętrzny – symbol literowy: **NA**
11. Inspektor Ochrony Danych – symbol literowy: **ND**
12. Pełnomocnik Dyrektora do spraw Ochrony Informacji Niejawnych – symbol literowy: **NN**
13. Pełnomocnik Dyrektora do spraw Uczenia Maszynowego – symbol literowy: **NUM**
14. Pełnomocnik Dyrektora do spraw Transplantacji – symbol literowy: **NTR**

II **Pion Z-cy Dyrektora do spraw Medycznych tworzą następujące komórki organizacyjne oraz samodzielne stanowiska pracy:**

1. **Ośrodek Szpitalnych Świadczeń Zdrowotnych** – symbol literowy: **MOS**
   1) Oddziały Szpitalne – symbol literowy: **OSZ**
   a) Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii – symbol literowy: **OAIT**
   b) Oddział Chirurgii Ogólnej i Małoinwazyjnej z Pododdziałem Chirurgii Metabolicznej i Pododdziałem Chirurgii Endokrynologicznej – symbol literowy: **OCHO**
   c) Oddział Chirurgii Naczyniowej – symbol literowy: **OCHN**
   d) Oddział Chirurgii Onkologicznej – symbol literowy: **OCHK**
   e) Oddział Dermatologiczny z Pododdziałem Dermatologii Dziecięcej – symbol literowy: **ODER**
   f) Oddział Położniczo – Ginekologiczny z Pododdziałem Ginekologii Onkologicznej – symbol literowy: **OGPN**
   g) Oddział Chemioterapii z Pododdziałem Chemioterapii Dziennej – symbol literowy: **OCHE**
   h) Oddział Kardiologiczny z Pododdziałem Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego, Pododdziałem Leczenia Zaburzeń Rytmu Serca – symbol literowy: **OKAR**
   i) Oddział Kardiologii Dziecięcej z Pododdziałem Kardiochirurgii Dziecięcej z Pododdziałem Kardiochirurgii Dziecięcej i Pododdziałem Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego – symbol literowy: **OKDZ**
   j) Oddział Neonatologiczny z Pododdziałem Patologii Noworodka – symbol literowy: **ONOE**

k) Oddział Pediatryczny z Pododdziałem Gastroenterologii i Pododdziałem Alergologii – symbol literowy: **OPED**

l) Oddział Okulistyczny – symbol literowy: **OOKO**

m) Oddział Nefrologiczny z Pododdziałem Diabetologicznym, Pododdziałem Transplantacyjnym i Pododdziałem Chorób Wewnętrznych – symbol literowy: **ONEF**

n) Oddział Transplantologiczny – symbol literowy: **OTRA**

o) Oddział Otolaryngologiczny z Pododdziałem Otolaryngologii Dziecięcej – symbol literowy: **OLAR**

p) Oddział Urologii i Urologii Onkologicznej – symbol literowy: **OURO**

q) Zamiejscowy Oddział Rehabilitacji Ogólnoustrojowej I – symbol literowy: **OZRI**

r) Zamiejscowy Oddział Rehabilitacji Ogólnoustrojowej II – symbol literowy: **OZII**

s) Zamiejscowy Oddział Rehabilitacji Neurologicznej – symbol literowy: **OZNE**

t) Oddział Ortopedii, Traumatologii i Onkologii Narządu Ruchu – symbol literowy: **OCHU**

u) Oddział Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Angiologicznym – symbol literowy: **OCHW**

2) Szpitalny Oddział Ratunkowy – symbol literowy: **SOR**

3) Stacja Dializ – symbol literowy: **SDI**

4) Blok Operacyjny – symbol literowy: **BOP**

5) Pracownie – symbol literowy: **PRA**

a) Pracownia Badań Przesiewowych – symbol literowy: **PRBP**

b) Pracownia hemodynamiki – symbol literowy: **PRPH**

c) Pracownia elektrofizjologii – symbol literowy: **PRPE**

d) Pracownia endoskopii – symbol literowy: **PREN**

e) Pracownia EKG – symbol literowy: **PRKG**

f) Pracownia Echokardiograficzna – symbol literowy: **PREC**

g) Pracownia Rentgenodiagnostyki Ogólnej i Zabiegowej – symbol literowy: **PRZN**

h) Pracownia przeznaczyniowa diagnostyki i terapii wrodzonych wad serca u dzieci – symbol literowy: **PRSD**

2. **Ośrodek Ambulatoryjnych Świadczeń Zdrowotnych** – symbol literowy: **MOA**

1) Poradnie Specjalistyczne – symbol literowy: **POS**

a. poradnia anestezjologiczna – symbol literowy: **POAN**

b. poradnia angiologiczna – symbol literowy: **PONG**

c. poradnia chirurgii ogólnej – symbol literowy: **POOG**

d. poradnia chirurgii naczyniowej – symbol literowy: **PONA**

e. poradnia chirurgii onkologicznej; jelita grubego – symbol literowy: **PONK**
f. poradnia chirurgii urazowo – ortopedycznej – symbol literowy: **POUR**
g. poradnia chorób wewnętrznych – symbol literowy: **POWA**
h. poradnia dermatologiczna – symbol literowy: **PODE**
i. poradnia diabetologiczna – symbol literowy: **PODI**
j. poradnia gastroenterologiczna dla dzieci – symbol literowy: **POGD**
k. poradnia ginekologiczno-położnicza – symbol literowy: **POGP**
l. gabinet diagnostyczno – zabiegowy – symbol literowy: **PODZ**
m. poradnia ginekologii onkologicznej – symbol literowy: **POGO**
n. poradnia kardiologiczna – symbol literowy: **POKA**
o. poradnia kardiologiczna dla dzieci – symbol literowy: **POKD**
p. poradnia metaboliczna – symbol literowy: **POME**
q. poradnia nefrologiczna – symbol literowy: **PONF**
r. poradnia neurochirurgiczna – symbol literowy: **PONE**
s. poradnia okulistyczna – symbol literowy: **POKO**
t. poradnia onkologiczna – symbol literowy: **POON**
u. poradnia otolaryngologiczna – symbol literowy: **POTO**
v. poradnia profilaktyki chorób piersi – symbol literowy: **POPI**
w. poradnia genetyczna – symbol literowy: **POGE**
x. poradnia patologii noworodka – symbol literowy: **POPN**
y. pielęgnacyjny punkt konsultacyjny dla pacjentów ze stomią – symbol literowy: **POST**
z. przyszpitalna poradnia ginekologiczno – położnicza – symbol literowy: **POGN**
aa. poradnia transplantacyjna – symbol literowy: **POTR**
bb. poradnia urologiczna – symbol literowy: **POUL**
cc. zamiejscowa poradnia chirurgii urazowo – ortopedycznej – symbol literowy: **POZU**
dd. zamiejscowa poradnia rehabilitacji narządu ruchu – symbol literowy: **POZR**
ee. poradnia (gabinet) nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej – symbol literowy: **PONŚ**

2) Dolnośląski Ośrodek Diagnostyki Obrazowej – symbol literowy: **DODO**

3. Sekcja Kontroli Zakażeń Szpitalnych – symbol literowy: **MZ**
4. Apteka Szpitalna – symbol literowy: **MA**
5. Farmakolog Kliniczny – symbol literowy: **MF**
6. Koordynator Diagnostyki – symbol literowy: **MK**
7. Punkt Przyjęć Planowych – symbol literowy: **MP**

III Pion Z-cy Dyrektora do spraw Pielęgniarstwa tworzą następujące komórki organizacyjne oraz samodzielne stanowiska pracy:

1) Przełożona Pielęgniarek – symbol literowy: **PP**
2) Pielęgniarka/Położna Oddziałowa – symbol literowy: **PO**
3) Technicy Medyczni – symbol literowy: **PT**
4) Sekcja Żywienia – symbol literowy: **PŻ**
5) Zamiejscowy Dział Rehabilitacji Leczniczej – Dział (Pracownia) Fizjoterapii – symbol literowy: **PF**
6) Pracownik Socjalny – symbol literowy: **PS**
7) Kapelan Szpitalny – symbol literowy: **PK**

IV Pion Z-cy Dyrektora do spraw Finansów i Administracji tworzą następujące komórki organizacyjne oraz samodzielne stanowiska pracy:

1. Główny Księgowy
   1) Dział Księgowości i Finansów – symbol literowy: **FK**
   2) Sekcja Ewidencji i Rozliczeń Kosztów – symbol literowy: **KE**
2. Dział Zatrudnienia i Wynagrodzeń – symbol literowy: **FW**
   1) Sekcja Rozwoju Kadr – symbol literowy: **WR**
3. Dział Projektów – symbol literowy: **FP**
4. Dział Kontrolingu – symbol literowy: **FC**
5. Dział Zaopatrzenia i Zamówień Publicznych: – symbol literowy: **FZ**
   1) Sekcja Zamówień Publicznych – symbol literowy: **ZP**
   2) Sekcja Zaopatrzenia – symbol literowy: **ZZ**
   3) Sekcja Transportu – symbol literowy: **ZT**
6. Dział Informatyki – symbol literowy: **FI**
7. Dział Zarządzania Dokumentacją/Archiwum Zakładowe – symbol literowy: **FA**

V Pion Z-cy Dyrektora do spraw Eksploatacji tworzą następujące komórki organizacyjne oraz samodzielne stanowiska pracy:

1. Dział Gospodarki Nieruchomościami i Utrzymania Ruchu – symbol literowy: **EG**
   1) Sekcja Inwestycji i Remontów – symbol literowy: **GI**
   2) Sekcja Zarządzania Nieruchomościami – symbol literowy: **GZ**
   3) Sekcja Utrzymania Ruchu – symbol literowy: **GU**
   4) Sekcja Aparatury Medycznej – symbol literowy: **GA**
   5) Sekcja Koordynacji Wsparcia Oddziałów – symbol literowy: **GK**
2. Dział Centralnej Sterylizatorni – symbol literowy: **EC**
3. Biblioteka
4. Sekcja Bezpieczeństwa Obiektu – symbol literowy: **EB**
   1) Inspektor ds. Bezpieczeństwa i Higieny Pracy – symbol literowy: **BA**
   2) Inspektor Ochrony Przeciwpożarowej – symbol literowy: **BŻ**
   3) Inspektor ds. Obronnych i Rezerw – symbol literowy: **BC**
   4) Inspektor Ochrony Radiologicznej – symbol literowy: **BR**

ROZDZIAŁ V.

ORGANIZACJA I ZADANIA POSZCZEGÓLNYCH KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH SZPITALA ORAZ WARUNKI WSPÓŁDZIAŁANIA TYCH KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH

§19

1. Szpitalem zarządza Dyrektor Szpitala przy pomocy Zastępców.
2. Zasady powoływania i odwoływania Dyrektora Szpitala określa ustawa.
3. Dyrektor ponosi odpowiedzialność za zarządzanie Szpitalem, kieruje jego działalnością i reprezentuje na zewnątrz.
4. Dyrektor Szpitala jest przełożonym wszystkich pracowników Szpitala.
5. W uzasadnionych przypadkach Dyrektor Szpitala może korzystać z opinii specjalistów (doradców, ekspertów) z danej dziedziny.

§20

1. Rada Społeczna jest organem inicjującym i opiniodawczym podmiotu tworzącego oraz organem doradczym Dyrektora Szpitala.
2. Radę Społeczną powołuje i odwołuje oraz zwołuje jej pierwsze posiedzenie podmiot tworzący.
3. Rada Społeczna działa na podstawie Uchwały Nr IX/220/19 Sejmiku Województwa Dolnośląskiego z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie powołania Rady Społecznej w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym we Wrocławiu, w oparciu o przepisy ustawy, Statutu oraz Regulaminu Pracy Rady Społecznej.
4. Skład i strukturę Rady Społecznej określa Statut Szpitala.

§21

1. W zarządzaniu Szpitalem obowiązuje zasada jednoosobowego kierownictwa, co oznacza, że każdy pracownik posiada tylko jednego bezpośredniego przełożonego, od którego otrzymuje polecenia i przed którym jest odpowiedzialny za ich wykonanie.
2. Kierownicy komórek organizacyjnych z tytułu załatwiania powierzonych im spraw ponoszą odpowiedzialność służbową za:
   1) zgodność załatwienia spraw z obowiązującymi przepisami,
   2) merytoryczną właściwość załatwienia sprawy,
   3) właściwą formę i terminowość załatwienia sprawy.

§22

W czasie nieobecności kierownika komórki organizacyjnej w przypadku braku zastępcy jego funkcję pełni osoba wyznaczona przez bezpośredniego przełożonego kierownika komórki organizacyjnej.

§23

1. Poszczególne komórki organizacyjne realizują zadania określone w swoich zakresach działania.

2. W wypadku, gdy zachowanie drogi służbowej mogłoby narazić Szpital na szkodę, każdy pracownik obowiązany jest przedsięwziąć działania konieczne dla załatwienia sprawy.
3. O decyzji podjętej z pominięciem drogi służbowej należy zawiadomić bezzwłocznie kierownika właściwej komórki organizacyjnej.
4. Jeżeli dla załatwienia sprawy konieczny jest udział kilku komórek organizacyjnych, Dyrektor Szpitala wskazuje komórkę organizacyjną lub osobę odpowiedzialną za koordynację działań i przygotowanie kompleksowej informacji.

§24

1. W Szpitalu wydawane są następujące wewnętrzne akty normatywne:
   1) zarządzenia Dyrektora Szpitala – akty o charakterze ogólnym, wprowadzające przepisy ustalające obowiązki i uprawnienia poszczególnych jednostek organizacyjnych, bądź regulujące sprawy o istotnym znaczeniu dla Szpitala,
   2) pisma okólne Dyrektora Szpitala – akty stanowiące wykładnię ogólnie obowiązujących przepisów i zarządzeń; ustalające tryb i harmonogram okresowych prac bądź uprawnień; zawierające wytyczne w sprawie roboczego trybu załatwiania prac,
   3) polecenia służbowe Dyrektora Szpitala – akty o charakterze indywidualnym, dotyczące poszczególnych pracowników bądź komórek organizacyjnych,
   4) pisma okólne Zastępców Dyrektora Szpitala – akty wydawane w sprawach należących do zakresu działania danego zastępcy dyrektora dotyczące działalności Szpitala,
   5) polecenia służbowe Zastępców Dyrektora - akty wydawane w sprawach należących do zakresu działania danego zastępcy dyrektora dotyczące bezpośrednio podległych pracowników,
   6) instrukcje – akty wydawane w formie zarządzenia stanowiące wytyczne w ściśle określonym zakresie np. obsługi aparatury medycznej, obiegu dokumentacji, dla właściwej merytorycznie komórki organizacyjnej.
   7) komunikaty Dyrektora Szpitala – kierowane do pracowników Szpitala.
2. Dyrektor Szpitala określi, w drodze zarządzenia zasady opracowywania i wydawania wewnętrznych aktów normatywnych w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym we Wrocławiu.

§25

1. Uprawnienia do podpisywania pism wychodzących na zewnątrz, poza Dyrektorem Szpitala posiadają Zastępcy Dyrektora w granicach ustalonych kompetencjami.
2. Pismo przed podpisaniem przez osoby wymienione w ust. 1 parafuje każdorazowo kierownik komórki organizacyjnej będący autorem korespondencji.
3. Ważność dokumentów odnoszących się do obrotu środkami finansowymi jest uwarunkowana podpisem Dyrektora Szpitala lub jednego z jego Zastępców
4. Dokumenty finansowe bez podpisów osób, o których mowa w ustępie 3 są nieważne.

§26

1. Umowa, jako źródło zobowiązania stanowi zgodne oświadczenie woli dwóch stron dążących do ustanowienia stosunku zobowiązaniowego.
2. Każda umowa i jej załączniki winny być parafowane przez kierownika właściwej merytorycznie komórki organizacyjnej przygotowującej projekt umowy.

3. Umowy zawierane przez Szpital za wyjątkiem umów o pracę wymagają parafowania przez radcę prawnego.
4. Umowy podpisywane są wyłącznie przez osoby upoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu Szpitala tj. jednoosobowo przez Dyrektora Szpitala. Dyrektor Szpitala może upoważnić do składania oświadczeń woli w imieniu Szpitala inną osobę.
5. Umowy po podpisaniu są skanowane i rejestrowane w Centralnym Rejestrze Umów prowadzonym w Dziale Organizacji i Nadzoru.
6. Kopie umowy przechowują: Główny Księgowy, kierownik komórki organizacyjnej.

§27

Opinii prawnej, parafowania radcy prawnego wymagają:

1) projekty zarządzeń,
2) sprawy indywidualne skomplikowane pod względem prawnym,
3) umowy zawierane przez Szpital za wyjątkiem umów o pracę,
4) sprawy, które w ocenie wnioskującej komórki organizacyjnej wymagają opinii prawnej,
5) rozwiązanie z pracownikiem umowy o pracę bez wypowiedzenia,
6) odmowa uznania zgłoszonych roszczeń,
7) spisywanie w straty,
8) sprawy związane z postępowaniem przed organami orzekającymi,
9) zawarcie ugody w sprawach majątkowych,
10) umorzenia wierzytelności,
11) zawiadomienia organu powołanego do ścigania przestępstw o stwierdzeniu popełnienia przestępstwa ściganego z urzędu.

§28

1. Dyrektor zarządza Szpitalem przy pomocy Zastępców:
   1) Zastępcy Dyrektora do spraw Medycznych,
   2) Zastępcy Dyrektora do spraw Pielęgniarstwa,
   3) Zastępcy Dyrektora do spraw Finansów i Administracji.
   4) Zastępcy Dyrektora do spraw Eksploatacji,
2. Podczas nieobecności Dyrektora Szpitala w pracy zastępuje go wyznaczony Zastępca.

§29

1. Oddziałami Szpitalnymi i ich pododdziałami, a także podległymi im poradniami specjalistycznymi i innymi komórkami organizacyjnymi wchodzącymi w strukturę organizacyjną oddziału kieruje Ordynator (lekarz kierujący oddziałem).
2. Poradniami specjalistycznymi, które nie wchodzą w strukturę organizacyjną Oddziałów Szpitalnych kieruje Zastępca Dyrektora do spraw Medycznych.
3. Ośrodkiem Badawczo – Rozwojowym, Dolnośląskim Ośrodkiem Diagnostyki Obrazowej, Blokiem Operacyjnym, Centralną Sterylizatornią, Sekcją Kontroli Zakażeń Szpitalnych, Apteką Szpitalną oraz działami administracyjnymi, kierują kierownicy tych komórek organizacyjnych.

4. Komórkami organizacyjnymi niewymienionymi w ust. 1-3 kierują kierownicy tych komórek organizacyjnych, którzy podlegają Ordynatorowi (lekarzowi kierującemu oddziałem), kierownikom działów w zakresie ich właściwości lub bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala lub jego Zastępcom.
5. Pielęgniarki/Położne Oddziałowe organizują i sprawują nadzór nad pracą średniego personelu medycznego w podległych komórkach organizacyjnych.

§30

Za sprawne, należyte i zgodne z powierzonymi zadaniami działanie komórek organizacyjnych Szpitala odpowiedzialne są osoby wymienione w paragrafie poprzedzającym.

§31

1. Kierownik komórki organizacyjnej, na czas swojej nieobecności, wyznacza osobę do pełnienia funkcji zastępcy (zastępującego) kierownika, której deleguje swoje obowiązki i kompetencje.
2. Wyznaczenie zastępcy wymaga akceptacji Dyrektora Szpitala lub jego właściwego zastępcy.

ROZDZIAŁ VI.

ZAKRES DZIAŁANIA, ODPOWIEDZIALNOŚCI I UPRAWNIEŃ KIEROWNICTWA SZPITALA

§32

Do uprawnień Zastępców Dyrektorów (kierowników) pionów należy:

1) zarządzanie podległym pionem w obszarze działania wynikającym ze struktury organizacyjnej Szpitala,
2) podejmowanie i wydawanie decyzji dla zapewnienia prawidłowej działalności podporządkowanych komórek organizacyjnych,
3) przedkładanie projektów planów z obszaru działania podległego pionu do planu działalności Szpitala,
4) podpisywanie korespondencji wysyłanej na zewnątrz Szpitala zgodnie z postanowieniami Statutu i Regulaminu Organizacyjnego,
5) akceptowanie i przedkładanie wniosków o awansowanie pracowników podległego pionu na stanowiska kierownicze,
6) akceptowanie i przedkładanie wniosków w sprawie wynagradzania, przeszeregowań, awansów, premii, nagród i kar dla pracowników podległych komórek organizacyjnych,
7) udzielanie urlopów wypoczynkowych i okolicznościowych kierownikom podległych komórek organizacyjnych,
8) wyznaczanie zastępcy na czas swojej nieobecności w pracy.

§33

ZASTĘPCA DYREKTORA DO SPRAW MEDYCZNYCH

1. Zastępca Dyrektora do spraw Medycznych odpowiada za działalność z zakresu opieki medycznej.
2. Zastępca Dyrektora do spraw Medycznych zarządza podległym pionem w zakresie działalności medycznej w tym w zakresie:
   1) organizowania, zabezpieczenia i nadzoru nad działalnością medyczną Szpitala,
   2) przygotowywania przy współpracy Ordynatorów (lekarzy kierujących oddziałami) i kierowników komórek organizacyjnych wniosków do planów rocznych i wieloletnich w zakresie zapewnienia ciągłości świadczeń medycznych, podnoszenia jakości opieki zdrowotnej, zapotrzebowania na pracowników medycznych oraz wyposażenia komórek organizacyjnych w odpowiedni sprzęt i urządzenia medyczne,
   3) opracowywania planu pracy pionu,
   4) organizowania i nadzorowania pracy personelu medycznego,
   5) zapewnienia właściwej gospodarki kadrami w podległym pionie,
   6) wyrażania zgody na wystawianie zleceń na świadczenia medyczne poza Szpital,
   7) wnioskowania i organizowania nowych jednostek medycznych,
   8) podziału etatów na poszczególne komórki organizacyjne w ramach pionu,
   9) nadzoru nad zespołami, komitetami oraz komisjami medycznymi powołanymi przez Dyrektora Szpitala,
   10) zorganizowania opieki nad seniorami,
   11) nadzorowania medycznych usług zewnętrznych Szpitala,
   12) reprezentowania Szpitala w zakresie pełnomocnictw udzielonych przez Dyrektora Szpitala,
   13) utrzymania w Szpitalu systemu jakości zgodnego z wymaganiami normy PN/EN 9001:2015 i jego aktualizacji oraz wymaganiami standardów akredytacyjnych dla Szpitali,
   14) określania i opracowywania zakresów działania podporządkowanych komórek organizacyjnych oraz zakresów obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności pracowników zajmujących stanowiska kierownicze i materialnie odpowiedzialne.
3. Szczegółowe zadania Z-cy Dyrektora do spraw Medycznych określa ramowy zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności znajdujący się w aktach osobowych.

§34

ZASTĘPCA DYREKTORA DO SPRAW PIELĘGNIARSTWA

1. Zastępca Dyrektora do spraw Pielęgniarstwa odpowiada za merytoryczny nadzór nad opieką pielęgniarską Szpitala oraz za zapewnienie właściwej gospodarki kadrami.
2. Z-ca Dyrektora do spraw Pielęgniarstwa zarządza podległym pionem w zakresie:
   1) nadzoru nad opieką pielęgniarską w oddziałach szpitalnych, jednostkach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, pracowniach diagnostycznych przy pomocy pielęgniarek oddziałowych i pielęgniarek koordynujących,

2) nadzoru nad pracą przełożonej pielęgniarek, pielęgniarek oddziałowych i koordynujących,
3) ustalania oczekiwań pacjentów w zakresie opieki pielęgniarskiej w Szpitalu oraz ocenianie dotychczasowego stopnia ich zaspokajania,
4) dokonywania okresowych kontroli stanu i poziomu opieki pielęgniarskiej oraz ustalanie kierunków poprawy,
5) udzielanie podległemu personelowi rad i wskazówek dotyczących jego pracy w zakresie sprawowania opieki pielęgniarskiej,
6) planowania właściwego rozmieszczenia kadr pielęgniarskich oraz prowadzenia ewidencji podległego personelu,
7) organizowania odpraw dla podległego personelu w celu omówienia spraw związanych z jego pracą, z udziałem zainteresowanych kierowników komórek organizacyjnych,
8) zatwierdzania planów wykorzystania urlopów wypoczynkowych podległego personelu oraz ustalanie zastępstwa na okres urlopów i innych nieobecności podległego personelu,
9) nadzoru nad zapewnieniem właściwego wyposażenia pielęgniarskich stanowisk pracy w sprzęt, aparaturę oraz materiały niezbędne do działalności zawodowej oraz nadzór nad ich prawidłowym wykorzystaniem, w tym wnioskowanie w sprawie wyposażenia,
10) nadzoru nad planowaniem przez pielęgniarki oddziałowe i koordynujące potrzeb szkoleniowych pracowników w zakresie doskonalenia kwalifikacji, opracowywania kierunków i form szkolenia wewnątrz zakładowego oraz kierowanie podległego personelu na szkolenia i kursy,
11) przedstawiania Dyrektorowi Szpitala sprawozdań z przebiegu prac podległego personelu,
12) nadzoru nad zapewnieniem właściwego stanu sanitarno – epidemiologicznego Szpitala,
13) zapewnienia właściwej gospodarki kadrami,
14) zapewnienia właściwego poziomu opieki pielęgniarskiej oraz wysokiej jakości i efektywności podległego personelu,
15) opracowywania planu pracy pionu,
16) podziału etatów na poszczególne komórki organizacyjne w ramach pionu,
17) nadzorowania polityki socjalnej Szpitala,
18) zorganizowania opieki nad seniorami,
19) reprezentowania Szpitala w zakresie pełnomocnictw udzielonych przez Dyrektora,
20) utrzymania w Szpitalu systemu jakości zgodnego z wymaganiami normy PN/EN 9001:2015 i jego aktualizacji oraz wymaganiami standardów akredytacyjnych dla Szpitali,
21) określania i opracowywania zakresów działania podporządkowanych jednostek organizacyjnych oraz zakresów obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności pracowników zajmujących stanowiska kierownicze i materialnie odpowiedzialne.

2. Szczegółowe zadania Z-cy Dyrektora do spraw Pielęgniarstwa określa ramowy zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności znajdujący się w aktach osobowych.

§35

ZASTĘPCA DYREKTORA DO SPRAW FINANSÓW I ADMINISTRACJI

1. Zastępca Dyrektora do spraw Finansów i Administracji odpowiada za całość gospodarki finansowej, w tym za wykonywanie określonych ustawą obowiązków w zakresie kontroli finansowej.
2. Zastępca Dyrektora do spraw Finansów i Administracji zarządza podległym pionem w zakresie:
   1) gospodarowania majątkiem Szpitala i prowadzenia gospodarki finansowej Szpitala,
   2) przygotowania planów Szpitala oraz nadzoru nad ich realizacją,
   3) organizacji księgowości, sprawozdawczości finansowej oraz sporządzania bilansu Szpitala,
   4) określania i pozyskiwania niezbędnych środków finansowych do realizacji zadań Szpitala,
   5) zapewnienia odpowiedniej efektywności ekonomicznej przedsięwzięć podejmowanych w Szpitalu,
   6) zapewnienia zgodności planowania i gospodarowania z ogólnymi zasadami racjonalnej gospodarki i rachunku ekonomicznego,
   7) organizowania obiegu i kontroli dokumentów w sposób zapewniający właściwy przebieg operacji gospodarczych,
   8) nadzoru nad realizacją polityki kadrowej Szpitala,
   9) nadzoru nad realizacją procesów szkolenia i dokształcania pracowników,
   10) nadzoru nad wykonaniem funduszu płac i zatrudnienia,
   11) nadzoru nad prowadzeniem obsługi administracyjnej Szpitala,
   12) nadzoru nad procesem zamówień publicznych w szpitalu,
   13) nadzoru nad procesem gromadzenia, przechowywania i archiwizacji oraz przekazywania dokumentacji ze wszystkich komórek organizacyjnych, samodzielnych stanowisk oraz komórek medycznych do archiwum zakładowego oraz udostępnianiem zasobu archiwalnego,
   14) organizowania i obiegu dokumentacji elektronicznej w ramach EZD,
   15) realizacji gospodarki zaopatrzeniowej,
   16) koordynacji niemedycznego transportu zewnętrznego Szpitala,
   17) zapewnienia właściwej gospodarki kadrami w podległym pionie,
   18) prowadzenia całokształtu spraw związanych z obsługą teleinformatyczną Szpitala,
   19) reprezentowania Szpitala w zakresie pełnomocnictw udzielonych przez Dyrektora,
   20) utrzymania w Szpitalu systemu jakości zgodnego z wymaganiami normy PN/EN 9001:2015 i jego aktualizacji oraz wymaganiami standardów akredytacyjnych dla Szpitali,
   21) określania i opracowywania zakresów działania podporządkowanych jednostek organizacyjnych oraz zakresów obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności pracowników zajmujących stanowiska kierownicze i materialnie odpowiedzialne.
3. Szczegółowe zadania Z-cy Dyrektora do spraw Finansów i Administracji określa ramowy zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności znajdujący się w aktach osobowych.

§36

ZASTĘPCA DYREKTORA DO SPRAW EKSPLOATACJI

1. Zastępca Dyrektora do spraw Eksploatacji odpowiada za całość gospodarki nieruchomościami, utrzymanie ruchu, w tym za wykonywanie określonych ustawą wymogów dla zapewnienia niezbędnych warunków technicznych i sanitarnych do prawidłowego funkcjonowania Szpitala.
2. Zastępca Dyrektora do spraw Eksploatacji zarządza podległym pionem w zakresie:
   1) utrzymania pełnej sprawności użytkowej obiektów i majątku trwałego Szpitala,
   2) zabezpieczenia dostawy mediów dla prawidłowego funkcjonowania Szpitala,
   3) planowania i organizowania robót remontowo - budowlanych oraz odbioru technicznego wyremontowanych obiektów,
   4) zapewnienia niezbędnych warunków technicznych i sanitarnych do prawidłowego funkcjonowania Szpitala,
   5) prowadzenia właściwej eksploatacji i konserwacji urządzeń technicznych,
   6) prowadzenia całokształtu spraw dotyczących aparatury medycznej,
   7) planowania i realizacji inwestycji w Szpitalu w tym wykonawstwa inwestycyjnego i rozliczania inwestycji,
   8) prowadzenia całokształtu spraw związanych z działalnością pomocniczą Szpitala,
   9) zapewnienia właściwego stanu BHP,
   10) organizacji ochrony obiektów i majątku Szpitala, bezpieczeństwa pożarowego i realizacji zadań obrony cywilnej, ochrony radiologicznej,
   11) utrzymania czystości terenu i obiektów Szpitala,
   12) nadzorowania pracy firm zabezpieczających sprzątanie i żywienie,
   13) zapewnienia właściwej gospodarki kadrami w podległym pionie,
   14) reprezentowania Szpitala w zakresie pełnomocnictw udzielonych przez Dyrektora,
   15) utrzymania w Szpitalu systemu jakości zgodnego z wymaganiami normy PN/EN 9001:2015 i jego aktualizacji oraz wymaganiami standardów akredytacyjnych dla Szpitali,
   16) określania i opracowywania zakresów działania podporządkowanych jednostek organizacyjnych oraz zakresów obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności pracowników zajmujących stanowiska kierownicze i materialnie odpowiedzialne.
3. Szczegółowe zadania Z-cy Dyrektora do spraw Eksploatacji określa ramowy zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności znajdujący się w aktach osobowych.

ROZDZIAŁ VII.

RAMOWE ZAKRESY DZIAŁANIA KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH ORAZ SAMODZIELNYCH STANOWISK PRACY PODLEGŁYCH BEZPOŚREDNIO DYREKTOROWI SZPITALA

§37

OŚRODEK BADAWCZO - ROZWOJOWY

1. Dyrektorowi Szpitala podlega bezpośrednio Ośrodek Badawczo – Rozwojowy z:
   1) Ośrodkiem Badań Klinicznych,

2) Ośrodkiem Programów Badawczych,
3) Ośrodkiem Chirurgii Robotowej,
4) Ośrodkiem Medycyny Spersonalizowanej,
5) Laboratorium Naukowym.

2. Do zadań Ośrodka Badawczo – Rozwojowego należy:
   1) inicjowanie i koordynacja działań naukowo-badawczych i wdrożeniowych komórek organizacyjnych Szpitala,
   2) prowadzenie działalności popularyzatorskiej, informacyjnej, promocyjnej i upowszechniającej w ramach realizowanych zadań i projektów,
   3) wspieranie organizacyjne przedsięwzięć promujących dorobek i innowacyjne rozwiązania z zakresu nauk medycznych i o zdrowiu,
   4) wyszukiwanie dostępnych źródeł finansowania projektów ze środków Unii Europejskiej, publicznych środków krajowych oraz środków podmiotów zewnętrznych,
   5) przygotowanie i składanie wniosków o finansowanie projektów ze środków Unii Europejskiej, publicznych środków krajowych oraz środków podmiotów zewnętrznych,
   6) planowanie projektów badawczych i wdrożeniowych w obrębie jednostki badawczej,
   7) zarządzanie projektami naukowo-badawczymi oraz wdrożeniowymi finansowanych wewnętrznie oraz zewnętrznie,
   8) prowadzenie działalności w zakresie transferu technik i technologii,
   9) pozyskiwanie projektów badań klinicznych od firm farmaceutycznych i organizacji prowadzących badania kliniczne,
   10) prowadzenie szkoleń personelu uczestniczącego w projektach badawczych,
   11) analiza budżetu projektu oraz umów finansowych,
   12) koordynowanie badań klinicznych pomiędzy poszczególnymi jednostkami na terenie Szpitala (Apteka Szpitalna, Oddziały Szpitalne, Poradnie Specjalistyczne, Dział Informatyki, Dział Księgowości i Finansów, Laboratorium),
   13) współpracę z instytucjami państwowymi i samorządowymi, podmiotami działalności leczniczej, organizacjami pozarządowymi oraz osobami fizycznymi, prawnymi i innymi podmiotami działającymi w zakresie objętym niniejszymi zadaniami.
3. Ośrodkiem Badań Klinicznych kieruje Kierownik Ośrodka. W przypadku realizacji projektów o charakterze kluczowym dla strategii Szpitala Kierownik Ośrodka podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala na podstawie udzielonego pełnomocnictwa. Do zadań Ośrodka Badań Klinicznych należy:
   1) prowadzenie działalności klinicznej związanej z pozyskiwaniem i realizacją projektów badań klinicznych Szpitala, finansowanych ze środków zewnętrznych,
   2) planowanie projektów badawczych, w tym między innymi określanie wykonalności projektów w Szpitalu - ocena możliwości rekrutacyjnych oraz kwalifikacji zespołu, ocena wymaganych:
      a) zasobów Szpitala (środki, urządzenia/sprzęt),
      b) planowanie i bieżąca analiza realizacji budżetów projektów z podziałem na budżet Szpitala i zespołu badaczy, w tym 35% dla Szpitala oraz pozostałych środków dla badaczy po uwzględnieniu kosztów dodatkowych,

c) konstruowanie zespołów projektowych (wybór głównych badaczy oraz doradztwo w delegowaniu obowiązków zespołowi projektowemu).

3) uczestnictwo w realizacji projektów badawczych poprzez:

a) przygotowywanie dokumentacji potrzebnej do rozpoczęcia badania,

b) pomoc w realizacji celów rekrutacyjnych w badaniach,

c) pomoc w przygotowaniu do audytów badań,

d) analizę i pomoc w wykonaniu zadań w ramach realizacji projektów oraz w rozwiązaniu problemów i trudności związanych z badaniem.

4) reprezentowanie Dyrektora Szpitala w kontaktach i w prowadzeniu negocjacji z firmami farmaceutycznymi i organizacjami prowadzącymi badania kliniczne;

5) pozyskiwanie badań klinicznych.

4. Ośrodkiem Programów Badawczych kieruje Kierownik Ośrodka. W przypadku realizacji projektów o charakterze kluczowym dla strategii Szpitala Kierownik Ośrodka podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala na podstawie udzielonego pełnomocnictwa. Do zadań Ośrodka Programów Badawczych należy:

1) prowadzenie działalności związanej z pozyskaniem i realizacją projektów badań badawczych i rozwojowych, finansowanych ze środków zewnętrznych, zgodnie z wymaganiami dotyczącymi realizacji danego projektu

2) współpraca z jednostkami naukowymi, jednostkami administracji centralnej i lokalnej, przedsiębiorcami oraz organizacjami pozarządowymi w zakresie efektywnego wdrażania rozwiązań wynikających z realizacji projektów

3) nadzór nad działalnością Biura Projektu,

4) zarządzanie zależnościami pomiędzy projektami,

5) reprezentowanie Dyrektora Szpitala w kontaktach i w prowadzeniu negocjacji z jednostkami naukowymi, jednostkami administracji centralnej i lokalnej, przedsiębiorcami oraz organizacjami pozarządowymi.

5. Do zadań Ośrodka Chirurgii Robotowej należy:

1) współpraca z Polskim Towarzystwem Chirurgii Robotowej i wszystkimi Towarzystwami skupiającymi lekarzy zabiegowych,

2) poprawa jakości leczenia operacyjnego na Dolnym Śląsku,

3) wdrażanie nowych procedur z zakresu chirurgii minimalnie inwazyjnej (robotowej);

4) upowszechnianie wiedzy o możliwości wykonywania zabiegów chirurgicznych przy wykorzystaniu robotów chirurgicznych,

5) podnoszeniu kwalifikacji zawodowych zespołu chirurgicznego poprzez kształcenie i współpracę w kraju i zagranicą,

6) prowadzenie szkoleń w zakresie chirurgii robotowej,

7) współpraca z Ministerstwem Zdrowia, Agencją Oceny Technologii Medycznych oraz innymi organami, w celu wprowadzenia procedur z zastosowaniem robota chirurgicznego do katalogu świadczeń refundowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

6. Do zadań Ośrodka Medycyny Spersonalizowanej należy:

1) koordynacja badań naukowych w zakresie medycyny spersonalizowanej,
2) wdrażanie rezultatów prac badawczych w zakresie medycyny spersonalizowanej,
3) współpraca z innymi, krajowymi i zagranicznymi ośrodkami specjalizującymi się w zakresie medycyny spersonalizowanej,

4) upowszechnianie wiedzy o medycynie spersonalizowanej oraz możliwościach jej wykorzystania w działalności Szpitala.

Strukturę wewnętrzną Ośrodka Medycyny Spersonalizowanej stanowi **Pracownia Medycyny Regeneracyjnej** do zadań, której należy wdrażanie innowacyjnych metod terapii z zastosowaniem nowoczesnych procedur medycznych, w których wykorzystywane będą głównie mezenchymalne komórki macierzyste pochodzące z tkanki tłuszczowej (ASCs – adipose-derived stem/stromal cells) i ich produkty oraz osocze bogato-płytkowe (PRP -Platelet-rich Plasma).

7. Laboratorium Naukowe stanowi techniczne zaplecze dla realizacji strategicznych programów naukowych Szpitala na poziomie eksperymentalnym. Laboratorium Naukowym kieruje Kierownik.
   1) Do zadań Laboratorium Naukowego należy:
      a) wykonywanie specjalistycznych badań;
      b) inicjowanie i opracowywanie projektów badawczych;
      c) koordynowanie prac laboratoryjnych realizowanych w ramach Ośrodka
      d) wsparcie merytoryczne i techniczne wykonywanych badań naukowych;
      e) zabezpieczanie pobieranego materiału biologicznego od pacjentów do badań laboratoryjnych (tkanki, płyny, wymazy);
      f) zabezpieczanie materiału przeznaczonego do oznaczeń w innych ośrodkach udział w badaniach klinicznych w zakresie zabezpieczania materiału do dalszych badań w laboratoriach referencyjnych;
      g) prowadzenie praktyk dla studentów uczelni wyższych (biotechnologii, farmacji, analityki medycznej)
   2) Strukturę wewnętrzną Laboratorium Naukowego stanowią:
      a) **Pracownia Genetyki Molekularnej**, w której prowadzone są badania z zakresu genetyki medycznej z zastosowaniem najnowszych technik biologii molekularnej. Zakres działalności pracowni dotyczy analizy wpływu czynników genetycznych na podatność na zachorowanie oraz przebieg chorób.
      b) **Pracownia Hodowli Komórkowych**, w której prowadzone są badania nad biologią komórki oraz zastosowaniem technik terapii komórkowych użytecznych w terapii klinicznej.
      c) **Pracownia Biochemii Klinicznej**, w której prowadzone są badania nad specyficznymi biomarkerami, użytecznymi w diagnostyce i monitorowaniu przebiegu chorób,
      d) **Zakład Inżynierii Genetycznej** do zadań, którego należy:
         - diagnostyka genetyczna w zakresie predyspozycji do wystąpienia chorób nowotworowych,
         - diagnostyka molekularna w ramach medycyny personalizowanej,
         - hodowla modyfikowanych genetycznie bakterii,
         - uzyskiwanie modyfikowanych genetycznie bakterii (transformacja plazmidami, sztucznymi chromosomami bakteryjnymi),
         - izolacja materiału z modyfikowanych genetycznie bakterii (izolacja DNA, RNA, nadprodukcja białek rekombinowanych),
         - przechowywanie genetycznie modyfikowanych bakterii,
         - hodowla modyfikowanych genetycznie komórek eukariotycznych,
         - uzyskiwanie modyfikowanych genetycznie komórek eukariotycznych (np. transfekcje wektorami ekspresyjnymi, reporterowymi),

- izolacja materiału z modyfikowanych komórek eukariotycznych (izolacja RNA, DNA, nadprodukcja białek rekombinowanych),
- przechowywanie genetycznie modyfikowanych komórek eukariotycznych,
- fuzja komórek eukariotycznych (uzyskiwanie hybrydom produkujących przeciwciała monoklonalne)
- wyciszanie ekspresji genów eukariotycznych z użyciem siRNA.

e) **Pracownia Diagnostyki Molekularnej COVID-19** do zadań, której należy

- przyjmowanie materiału biologicznego do badań w kierunku wirusa SARS-CoV-2,
- rejestracja, kodowanie, archiwizacja próbek oraz dokumentacji w Pracowni Diagnostyki Molekularnej COVID-19,
- wdrażanie i stosowanie procedur związanych z badaniami w kierunku wirusa SARS-CoV-2, w tym: przeprowadzanie izolacji RNA z materiału biologicznego pobranego od pacjentów, przeprowadzanie badanie RT-PCR z izolatów RNA, analiza i interpretacja otrzymanych wyników, przygotowanie raportu z badania i autoryzacja wyników badań diagnostycznych,
- udział we wdrażaniu systemu jakości pracy oraz dbanie o ekonomię pracy w Laboratorium Naukowym.

f) **Pracownia Patomorfologii** do zadań, której należy:

- wykonywanie badań patomorfologicznych oraz genetycznych,
- konsultacje w zakresie histopatologii.

8. Ośrodek Badawczo – Rozwojowy realizuje zadania zgodnie wymaganiami standardów akredytacyjnych dla Szpitali oraz zgodnie z normą jakości ISO 9001:2015.
9. Szczegółowe zadania Ośrodka Badawczo – Rozwojowego określa ramowy zakres działania.

§37A

ZAKŁAD SPRZĘTU ORTOPEDYCZNEGO

1. Dyrektorowi Szpitala podlega bezpośrednio Zakład Sprzętu Ortopedycznego z:
   1) Pracownią zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne;
   2) Pracownią zaopatrzenia w środki pomocnicze.
2. Zakładem Sprzętu Ortopedycznego kieruje Kierownik Zakładu.
3. Do zadań Zakładu Sprzętu Ortopedycznego należy zaopatrzenie w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi i środkami pomocniczymi wraz z korektą i naprawą tych przedmiotów w tym w szczególności:
   1) pobieranie miar, wykonywanie przymiarek i odbiorów przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych;
   2) wykonywanie napraw przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych;
   3) wytwarzanie sprzętu rehabilitacyjnego do użytku osobistego oraz podmiotów wykonujących działalność leczniczą.
4. Strukturę wewnętrzną Zakładu Sprzętu Ortopedycznego stanowią:
   1) **Pracownia zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne**, której zadaniem jest odpowiednie wykonanie lub dobranie przedmiotu ortopedycznego.

2) **Pracownia zaopatrzenia w środki pomocnicze,** której zadaniem jest odpowiednie wykonanie lub dobranie środka pomocniczego.

5. Zakład Sprzętu Ortopedycznego realizuje zadania zgodnie wymaganiami standardów akredytacyjnych dla Szpitali oraz zgodnie z normą jakości ISO 9001:2015
6. Szczegółowe zadania Zakładu Sprzętu Ortopedycznego określa ramowy zakres działania.

§38
SEKRETARIAT

1. Do zadań Sekretariatu należy:
   1) organizowanie codziennej pracy Dyrektora Szpitala i jego zastępców według przyjętych zasad współpracy oraz obsługa biurowa,
   2) przyjmowanie korespondencji zewnętrznej z Sekcji Korespondencji do dekretacji przez Dyrektora Szpitala,
   3) przekazanie zadekretowanej przez Dyrektora Szpitala korespondencji zewnętrznej do Sekcji Korespondencji celem dostarczenia do komórek organizacyjnych i referentów spraw,
   4) przyjmowanie korespondencji zewnętrznej wpływającej bezpośrednio do Sekretariatu,
   5) przekazanie przyjętej w Sekretariacie korespondencji zewnętrznej, o której mowa w pkt 4 do Sekcji Korespondencji w celu rejestracji w elektronicznym rejestrze pism przychodzących,
   6) przyjmowanie korespondencji wewnętrznej wpływającej do Sekretariatu i jej rejestracja w elektronicznym rejestrze pism wewnętrznych,
   7) przesyłanie korespondencji wewnętrznej do komórek organizacyjnych i referentów spraw,
   8) nadawanie, przyjmowanie i rejestrowanie faksów e-mail oraz obsługa poczty elektronicznej .
   9) sporządzanie czystopisów i przekazywanie ich do podpisu Dyrekcji Szpitala,
   10) nadzór nad sprawnym obiegiem korespondencji zewnętrznej i wewnętrznej Szpitala sygnowanej przez Dyrektora Szpitala i jego zastępców,
   11) przygotowywanie z udziałem komórek merytorycznych informacji dla przedstawicieli mediów, instytucji publicznych .
   12) przekazywanie Dyrektorowi Szpitala codziennych informacji zamieszczonych w mediach, dotyczących działalności Szpitala i ochrony zdrowia (tzw. prasówka),
   13) organizowanie spotkań (przyjęcia interesantów i pracowników Szpitala) oraz wyjazdów służbowych Dyrektora Szpitala i jego zastępców,
   14) inne czynności, zlecone w zakresie obsługi biurowej.
2. Sekretariat realizuje zadania zgodnie wymaganiami standardów akredytacyjnych dla Szpitali oraz zgodnie z normą jakości ISO 9001:2015
3. Szczegółowe zadania Sekretariatu określa ramowy zakres działania.

§39

DZIAŁ ORGANIZACJI i NADZORU

1. Dyrektorowi Szpitala podlega bezpośrednio Dział Organizacji i Nadzoru z:
   1) Sekcją Korespondencji;
   2) Sekcją Zarządzania Jakością.
2. Działem Organizacji i Nadzoru kieruje Kierownik działu.
3. Do zadań Działu Organizacji i Nadzoru należy w szczególności:
   1) prowadzenie i aktualizacja zbioru podstawowego wewnętrznych aktów normatywnych Szpitala w tym Statutu i Regulaminu Organizacyjnego Szpitala,
   2) opracowywanie projektów wewnętrznych aktów normatywnych, ich emisji, rozpowszechniania i archiwizowania,
   3) prowadzenie dokumentacji formalno - prawnej Szpitala w tym:
      a) rejestru zarządzeń, pism okólnych i poleceń służbowych Dyrektora Szpitala,
      b) centralnego rejestru umów,
      c) centralnego rejestru pełnomocnictw i upoważnień,
      d) rejestru uchwał Rady Społecznej.
      e) prowadzenie centralnego zbioru protokołów pokontrolnych z kontroli zewnętrznych,
      f) obsługa kontroli zewnętrznych oraz prowadzenie z udziałem komórek merytorycznych korespondencji w tym zakresie,
      g) weryfikowanie i zatwierdzanie pod względem treści merytorycznej zamówień na pieczątki,
      h) organizacja i obsługa posiedzeń Rady Społecznej,
4. Do zadań Sekcji Korespondencji należy w szczególności:
   1) przyjmowanie korespondencji przychodzącej z zewnątrz, sprawdzanie oraz umieszczenie na niej pieczątki wpływu, segregowanie,
   2) przyjmowanie korespondencji wychodzącej na zewnątrz i jej ekspedycja,
   3) prowadzenie rejestru kancelaryjnego obejmującego korespondencję przychodzącą i wychodzącą,
   4) przedstawianie przyjętej korespondencji Dyrektorowi Szpitala do dekretacji,
   5) przekazywanie korespondencji, zgodnie z dekretacją do kierowników komórek organizacyjnych lub referentów spraw,
   6) prowadzenie ewidencji wpływów specjalnych i wartościowych,
   7) dostarczanie poczty do urzędów pocztowych.
5. Do zadań Sekcji Zarządzania Jakością należy w szczególności:
   1) kontrola/audytowanie komórek organizacyjnych w zakresie przestrzegania zasad systemu zarządzania jakością oraz wymagań standardów akredytacyjnych,
   2) organizacja i nadzór nad całokształtem działań związanych z realizacją wdrożonego Systemu Zarządzania Jakością w Szpitalu oraz akredytacji,
   3) organizowanie i zarządzanie programami auditów wewnętrznych,
   4) koordynacja i planowanie działań związanych z obszarem Systemu Zarządzania Jakością oraz procesem akredytacji Szpitala,

5) zarządzanie, nadzorowanie i zatwierdzanie propozycji zmian procedur systemowych i dokumentacji operacyjnej,
6) współpraca ze stronami zewnętrznymi w sprawach dotyczących Systemu Zarządzania Jakością i akredytacji,
7) koordynowanie procesu akredytacyjnego,
8) koordynowanie procesu certyfikacji,
9) kontrola funkcjonowania Systemu Zarządzania Jakością oraz znajomości i przestrzegania misji, polityki, standardów akredytacyjnych, procedur i instrukcji na wszystkich stanowiskach pracy,
10) promowanie współudziału wszystkich pracowników w działaniu na rzecz poprawy jakości,
11) nadzór nad pracami poszczególnych liderów procesów, koordynatorów obszarów akredytacyjnych i audytorów wewnętrznych,
12) inicjowanie i nadzorowaniem działań korygujących po przeglądach, auditach i wynikach kontroli jakości,
13) prowadzenie szkoleń dla pracowników w zakresie wprowadzanych procedur i instrukcji systemowych.

6. Dział Organizacji i Nadzoru realizuje zadania zgodnie z wymaganiami standardów akredytacyjnych dla Szpitali oraz normą jakości ISO 9001:2015.
7. Szczegółowe zadania Działu Organizacji i Nadzoru określa ramowy zakres działania.

§40
RADCA PRAWNY

1. Zakres działania Radcy Prawnego regulują przepisy ustawy z dnia 6 lipca 1982 r. o radcach prawnych.
2. Do zadań Radcy Prawnego należy w szczególności:
   1) sporządzanie opinii prawnych,
   2) udzielanie porad i konsultacji prawnych,
   3) występowanie przed sądami i urzędami,
   4) prowadzenie postępowań egzekucyjnych,
   5) opiniowanie Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia.
3. Szczegółowe zadania Radcy Prawnego określa ramowy zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności znajdujący się w aktach osobowych.

§41
PEŁNOMOCNIK DYREKTORA DO SPRAW SPRZEDAŻY USŁUG MEDYCZNYCH I MARKETINGU

1. Do zadań Pełnomocnika Dyrektora do spraw Sprzedaży Usług Medycznych i Marketingu należy prowadzenie działalności marketingowej i sprzedaży.
2. Pełnomocnik Dyrektora do spraw Sprzedaży Usług Medycznych i Marketingu zarządza podległym pionem w zakresie:
   1) kontraktowania sprzedaży i zakupów usług medycznych w tym nadzoru merytorycznego nad zawieraniem umów z płatnikami usług medycznych, firmami ubezpieczeniowymi i komercyjnymi oraz innymi podmiotami medycznymi,

2) opracowywania i realizacji strategii marketingowej oraz badania rynku usług medycznych,
3) opracowywania założeń do budżetu marketingowego Szpitala,
4) opracowywania systemu informacyjnego dla usługobiorców,
5) opracowywania planu sprzedaży usług medycznych Szpitala i nadzór nad jego realizacją,
6) współpracy z instytucjami państwowymi i samorządowymi w zakresie opieki zdrowotnej,
7) nadzoru nad całością działań marketingowych prowadzonych przez Szpital.
8) prowadzenia całokształtu spraw związanych z ewidencją ruchu chorych i statystyką, archiwizacją dokumentacji medycznej oraz sprawozdawczością medyczną,
9) sporządzania i przygotowywania sprawozdań wymaganych przez poszczególnych płatników oraz rozliczeń z realizacji zawartych umów,
10) organizowania akcji informacyjno-edukacyjnej dla pracowników Szpitala w zakresie zawieranych umów i zasad rozliczania usług,
11) opracowywania i przygotowywanie analiz przychodowych, opiniowanie planów przychodowych, przedkładanie Dyrektorowi Szpitala wniosków i projektów związanych z pozyskiwaniem środków finansowych z tytułu sprzedaży usług medycznych,
12) monitorowania jakości świadczonych usług,
13) udział w procesie wdrażania i nadzorowania prawidłowości funkcjonowania elementów controllingu,
14) nadzoru nad prawidłowością obiegu i przechowywania dokumentacji medycznej,
15) nadzoru nad poprawnością dokumentacji sprzedażowej i rozliczeniowej z płatnikami usług,
16) nadzoru nad prawidłowością, przetwarzaniem i bezpieczeństwem danych w podległych komórkach organizacyjnych,
17) prowadzenia całokształtu spraw związanych z rejestrem podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonym przez Wojewodę Dolnośląskiego,
18) reprezentowania Szpitala w zakresie pełnomocnictw udzielonych przez Dyrektora Szpitala,
19) utrzymania w Szpitalu systemu jakości zgodnego z wymaganiami normy PN/EN 9001:2015 i jego aktualizacji oraz wymaganiami standardów akredytacyjnych dla Szpitali,
20) określania i opracowywania zakresów działania podporządkowanych komórek organizacyjnych oraz zakresów obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności pracowników zajmujących stanowiska kierownicze i materialnie odpowiedzialne.

3. Pełnomocnikowi Dyrektora do spraw Sprzedaży Usług Medycznych i Marketingu podlega bezpośrednio:
   1) Dział Sprzedaży Usług Medycznych,
   2) Dział Rejestracji, Statystyki i Dokumentacji Medycznej,
   3) Sekcja Marketingu.
4. Działem Sprzedaży Usług Medycznych kieruje Kierownik działu podległy bezpośrednio Pełnomocnikowi Dyrektora do spraw Sprzedaży Usług Medycznych i Marketingu.

   Kierownik Działu Sprzedaży Usług Medycznych jest zobowiązany m.in. do:

1) nadzoru nad przekazywaniem materiałów publikowanych przez NFZ w formie elektronicznej ordynatorowi (lekarzowi kierującemu oddziałem) oraz sekretarce medycznej oddziału;
2) współpracy z oddziałami w zakresie najbardziej optymalnego rozliczenia wykonanych świadczeń;
3) nadzoru nad codzienną (w każdy dzień roboczy) komunikacją świadczeń z płatnikiem (eksport świadczeń do NFZ, import przeglądu wyników weryfikacji świadczeń);
4) nadzoru nad przygotowaniem i przekazaniem w formie elektronicznej do ordynatorów (lekarzy kierujących oddziałami) oraz sekretarek medycznych jeden raz w tygodniu raportu „niekompletne dane rozliczeniowe";
5) nadzoru nad przekazaniem w celu weryfikacji rozliczenia raportu „zestawienia krwi jej produktów";
6) nadzoru nad przekazywaniem istotnych informacji dotyczących rozliczenia w formie pisemnej.

5. Do zadań Działu Sprzedaży Usług Medycznych należy:
   1) prowadzenie rozliczeń umów na realizację świadczeń medycznych z płatnikami systemowymi oraz kontrahentami Szpitala,
   2) prowadzenie dodatkowych zestawień niezbędnych do rozliczania świadczeń z płatnikami,
   3) przygotowywanie analiz opartych na danych z wykonania świadczeń, wykonania kontraktu zawartego z płatnikiem systemowym, monitorowanie zawartych umów.
   4) monitorowanie stanu sprzedaży usług na podstawie umów z kontrahentami poza NFZ oraz MZ,
   5) przygotowanie danych na spotkania sprzedażowe dla komórek organizacyjnych Szpitala oraz przygotowanie informacji dotyczącej wykonania umów z NFZ dla tych komórek,
   6) przygotowanie i przekazywanie informacji sprzedażowych dotyczących zasad rozliczeń zawartych umów,
   7) przygotowanie zestawień z wykonania świadczeń dla lekarzy kontraktowych,
   8) weryfikacja faktur kosztowych dotyczących świadczeń medycznych,
   9) wystawianie faktur sprzedażowych związanych z udzielonymi usługami medycznymi,
   10) monitorowanie sprzedaży wykonanych w Szpitalu usług medycznych, ze szczególnym uwzględnieniem skutecznej sprzedaży każdego wykonanego świadczenia (sprzedaż NFZ lub faktura dla pacjenta, bądź instytucji),
   11) przygotowanie ofert Szpitala związanych z konkursami na świadczenia zdrowotne,
   12) prowadzenie bieżącej informacji o Szpitalu związanej z procesem kontraktowania i rozliczania świadczeń zdrowotnych, udostępnianych do wglądu płatnika - portal świadczeniodawcy,
   13) współpraca z Narodowym Funduszem Zdrowia oraz Ministerstwem Zdrowia w zakresie zawartych umów,
   14) opracowywanie i przygotowywanie analiz przychodowych, opiniowanie planów przychodowych, przedkładanie Dyrektorowi Szpitala wniosków i projektów związanych z pozyskiwaniem środków finansowych z tytułu sprzedaży usług medycznych,
   15) przedkładanie Dyrektorowi Szpitala projektów procedur oraz projektów zarządzeń związanych z organizacją sprzedaży usług medycznych,

16) prowadzenie korespondencji oraz przygotowywanie pism w zakresie sprzedaży usług oraz rozliczeń,

17) współpraca z komórkami organizacyjnymi Szpitala przy opracowaniu informacji dla usługobiorców,

18) prowadzenie rejestrów dokumentów będących w obiegu działu.

19) realizacja zadań zgodnie wymaganiami standardów akredytacyjnych dla Szpitali oraz zgodnie z normą jakości ISO 9001:2015.

6. Działem Rejestracji, Statystyki i Dokumentacji Medycznej kieruje Kierownik działu podległy bezpośrednio Pełnomocnikowi Dyrektora do spraw Sprzedaży Usług Medycznych i Marketingu.

1) Kierownikowi Działu Rejestracji Statystyki i Dokumentacji Medycznej podlega bezpośrednio Depozyt.

2) Do zadań Działu Rejestracji Statystyki i Dokumentacji Medycznej należy:

a) sporządzanie raportu dziennego ruchu chorych w uzgodnieniu z pielęgniarkami oddziałowymi,

b) podawanie w codziennym raporcie imiennego wykazu pacjentów nowoprzyjętych, wypisanych, zmarłych i przeniesionych w dniu poprzednim,

c) prowadzenie dodatkowych zestawień niezbędnych do prowadzenia statystyki medycznej,

d) przygotowywanie analiz statystycznych na potrzeby komórek organizacyjnych szpitala,

e) czuwanie nad obiegiem dokumentów pomiędzy poszczególnymi komórkami organizacyjnymi Szpitala,

f) prowadzenie rejestracji pacjentów do poszczególnych komórek organizacyjnych wg wyznaczonych procedur przyjęcia pacjentów,

g) dbałość o kompletność danych identyfikujących, teleadresowych oraz ubezpieczeniowych rejestrowanych pacjentów,

h) prowadzenie rejestru zgonów wg ustalonego wzoru,

i) udostępnianie dokumentacji medycznej na zewnątrz szpitala,

j) nadzór nad właściwym agregowaniem danych statystycznych: tworzenie zestawień, obliczanie wskaźników statystycznych,

k) przygotowanie sprawozdań statystycznych zgodnie z wytycznymi instytucji publicznych,

l) przekazywanie informacji statystycznych do Centrum Zarządzania Kryzysowego,

m) współpraca z Urzędem Statystycznym i Dolnośląskim Rejestrem Nowotworów oraz innymi instytucjami w zakresie danych statystycznych,

n) przedkładanie Dyrektorowi Szpitala projektów procedur oraz projektów zarządzeń związanych z obiegiem dokumentacji medycznej oraz informacji statystycznych,

o) prowadzenie korespondencji oraz przygotowywanie pism w zakresie pobytu pacjenta w Szpitalu, leczenia pacjenta w poradni,

p) współpraca z komórkami organizacyjnymi Szpitala przy opracowaniu informacji dla usługobiorców,

q) prowadzenie rejestrów dokumentów będących w obiegu działu,

r) realizacja zadań zgodnie wymaganiami standardów akredytacyjnych dla Szpitali oraz zgodnie z normą jakości ISO 9001:2015.

7. Do zadań Sekcji Marketingu należy:
   1) przygotowywanie projektu strategii marketingowej Szpitala, z uwzględnieniem budżetu przygotowanej strategii,
   2) realizacja zatwierdzonego projektu strategii marketingowej Szpitala,
   3) współpraca z komórkami organizacyjnymi szpitala przy opracowaniu informacji dla usługobiorców, dbałość o dostęp pacjentów do przygotowanych informacji,
   4) współpraca z organizacjami rządowymi i pozarządowymi związana z przygotowaniem prowadzonych przez te instytucje akcji zdrowotnych i profilaktycznych,
   5) współpraca z komórkami organizacyjnymi szpitala w zakresie informacji o Szpitalu umieszczanych na stronie internetowej szpitala,
   6) redagowanie i opracowanie materiałów informacyjnych do publikacji o Szpitalu,
   7) przygotowanie ogłoszeń, protokołowanie oraz organizacja postępowań konkursowych na świadczenia zdrowotne udzielane na rzecz Szpitala (umowy podwykonawcze)
   8) współpraca przy przygotowaniu ofert Szpitala związanych z konkursami na świadczenia zdrowotne,
   9) przedkładanie Dyrektorowi Szpitala projektów procedur oraz projektów zarządzeń związanych z marketingiem wewnętrznym,
   10) prowadzenie korespondencji oraz przygotowywanie pism w zakresie prowadzonych projektów marketingowych,
   11) prowadzenie rejestrów dokumentów będących w obiegu sekcji,
   12) realizacja zadań zgodnie wymaganiami standardów akredytacyjnych dla Szpitali oraz zgodnie z normą jakości ISO 9001:2015.
8. Szczegółowe zadania Pełnomocnika Dyrektora do spraw Sprzedaży Usług Medycznych i Marketingu określa ramowy zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności znajdujący się w aktach osobowych.

§42
PEŁNOMOCNIK DYREKTORA DO SPRAW SYSTEMÓW ZARZĄDZANIA

1. Do zadań Pełnomocnika Dyrektora do spraw Systemów Zarządzania należy:
   1) zarządzanie opracowaniem, wdrożeniem i utrzymaniem systemów zarządzania w Szpitalu,
   2) inicjowanie i przeprowadzanie działań mających na celu ciągłe doskonalenie systemów zarządzania,
   3) zarządzanie auditami wewnętrznymi,
   4) przegląd i aktualizowanie dokumentów dotyczących systemów zarządzania,
   5) utrzymanie świadomości wymagań systemów zarządzania, w tym informowanie i szkolenia wewnętrzne,
   6) reprezentowanie Szpitala na zewnątrz w sprawach systemów zarządzania w granicach umocowania,
   7) przedstawianie kierownictwu sprawozdań wyników dotyczących funkcjonowania systemów zarządzania oraz potrzeb doskonalenia,
   8) monitorowanie funkcjonowania systemów zarządzania,

9) angażowanie, kierowanie i wspieranie pracowników do doskonalenia skuteczności systemów zarządzania.

2. Szczegółowe zadania Pełnomocnika Dyrektora do spraw Systemów Zarządzania określa ramowy zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności znajdujący się w aktach osobowych.

§43

PEŁNOMOCNIK DYREKTORA DO SPRAW SYSTEMÓW INFORMATYCZNYCH

1. Do zadań Pełnomocnika Dyrektora do spraw Systemów Informatycznych należy:
   1) opracowywanie i realizacja strategii rozwoju systemów informatycznych Szpitala,
   2) planowanie rozwoju systemów gromadzenia, przetwarzania, przechowywania i dystrybucji informacji,
   3) prowadzenie polityki w zakresie systemów informatycznych Szpitala,
   4) tworzenie procedur obowiązujących w pracy szpitalnych systemów informatycznych.
2. Szczegółowe zadania Pełnomocnika Dyrektora do spraw Systemów Informatycznych określa ramowy zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności znajdujący się w aktach osobowych.

§44

PEŁNOMOCNIK DYREKTORA DO SPRAW PRAW PACJENTA

1. Do zadań Pełnomocnika Dyrektora do spraw Praw Pacjenta należy:
   1) nadzór nad przestrzeganiem praw pacjenta na terenie Szpitala,
   2) pomoc pacjentom w przypadku naruszania ich praw,
   3) pomoc rodzinom pacjentów w realizacji praw im przysługujących,
   4) podejmowanie działań wyjaśniających w przypadku skarg pacjentów na jakość usług medycznych,
   5) analiza skarg i wniosków pacjentów.
2. Dyrektor Szpitala określi w drodze zarządzenia sposób przyjmowania i rozpatrywania skarg składanych do Pełnomocnika Dyrektora do spraw Praw Pacjenta.
3. Szczegółowe zadania Pełnomocnika Dyrektora do spraw Praw Pacjenta określa ramowy zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności znajdujący się w aktach osobowych.

§45

AUDYTOR WEWNĘTRZNY

1. Do zadań Audytora Wewnętrznego należy:
   1) przeprowadzanie analiz obszarów ryzyka z zakresu działania;
   2) opracowywanie rocznych planów audytu wewnętrznego;
   3) zbieranie informacji umożliwiających przygotowanie zadania audytowego;
   4) opracowywanie programów zadań audytowych;
   5) przeprowadzanie zadań audytu wewnętrznego;
   6) sporządzanie sprawozdań z przeprowadzanych audytów;

7) przeprowadzanie czynności sprawdzających ze zrealizowanych zadań audytowych;
8) opracowywanie rocznego sprawozdania z wykonania planu audytu za poprzedni rok;
9) niezależne badanie systemów zarządzania w Szpitalu, w tym procedur kontroli finansowej;
10) wykonywanie czynności doradczych, w tym składanie wniosków, mających na celu usprawnienia funkcjonowania jednostki;
11) dokonywanie analizy i oceny systemu zarządzania;
12) dokonywanie systematycznej oceny adekwatności, skuteczności i efektywności kontroli zarządczej w Szpitalu.

2. Szczegółowe zadania Audytora Wewnętrznego określa ramowy zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności znajdujący się w aktach osobowych.

§46
INSPEKTOR OCHRONY DANYCH

1. Do zadań Inspektora Ochrony Danych należy:

1) informowanie Dyrektora Szpitala oraz pracowników, którzy przetwarzają dane osobowe, o obowiązkach spoczywających na nich na mocy RODO oraz innych przepisów o ochronie danych osobowych i doradzania im w tym zakresie;
2) monitorowanie przestrzegania RODO, innych przepisów o ochronie danych osobowych oraz Polityki administratora poprzez wykonywanie audytów zgodności;
3) opracowywanie, po każdorazowym przeprowadzeniu audytu zgodności, raportu dla administratora;
4) nadzorowanie wdrażania poleceń będących wynikiem audytu zgodności oraz analizy ryzyka;
5) podejmowanie działań zwiększających świadomość z zakresu ochrony danych osobowych, w tym informowanie o zagrożeniach związanych z dostępem do danych osobowych;
6) szkolenie personelu uczestniczącego w operacjach przetwarzania;
7) uczestniczenie w szkoleniach z zakresu systemu informacyjnego i przepisów dotyczących ochrony danych;
8) udzielanie na żądanie Dyrektora Szpitala lub personelu, zaleceń co do oceny skutków dla ochrony danych oraz monitorowanie jej wykonania zgodnie z art. 35 RODO;
9) współpraca z Urzędem Ochrony Danych, który jest organem nadzorczym;
10) pełnienie roli punktu kontaktowego dla organu nadzorczego w kwestiach związanych z przetwarzaniem, w tym z uprzednimi konsultacjami, o których mowa w art. 36 RODO, oraz w stosownych przypadkach prowadzenie konsultacji we wszelkich innych sprawach;
11) pełnienie roli punktu kontaktowego dla osób, których dane dotyczą;
12) reagowanie na zgłaszane incydenty związane z naruszeniem ochrony danych osobowych, analizowanie ich przyczyn oraz kierowanie wniosków dotyczących usprawnienia ochrony danych osobowych i ukarania winnych naruszeń;
13) aktualizowanie Polityki ochrony danych osobowych administratora;
14) prowadzenie wykazu podmiotów przetwarzających dane;

15) prowadzenie rejestru czynności przetwarzania danych osobowych;

16) prowadzenie rejestru wszystkich kategorii czynności przetwarzania dokonywanych w imieniu podmiotu powierzającego;

17) przygotowanie i bieżąca aktualizacja treści informacji podawanych w przypadku zbierania danych od osoby, której dane dotyczą;

18) przygotowanie i bieżąca aktualizacja treści informacji podawanych w przypadku zbierania danych osobowych w sposób inny niż od osoby, której dane dotyczą;

19) przedkładanie Dyrektorowi Szpitala sprawozdań z funkcjonowania systemu informacyjnego oraz potrzeb związanych z zapewnieniem bezpieczeństwa informacji;

20) monitorowanie skuteczności funkcjonowania systemu informacyjnego pod kątem:

a. skuteczności stosowanych zabezpieczeń danych, w tym danych osobowych,

b. podatności odporności na nadużycia dotyczące informacji.

2. Inspektor ochrony danych ponosi odpowiedzialność za właściwą i terminową realizację zadań merytorycznych z zakresu obowiązków oraz prawidłowe, formalne ich dokumentowanie.

3. Szczegółowe zadania Inspektora ochrony danych określa ramowy zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności znajdujący się w aktach osobowych.

§46A

PEŁNOMOCNIK DYREKTORA DO SPRAW OCHRONY INFORMACJI NIEJAWNYCH

1. Do zadań Pełnomocnika Dyrektora do ochrony informacji niejawnych należy:

1) zapewnienie ochrony informacji niejawnych, w tym stosowanie środków bezpieczeństwa fizycznego;

2) zapewnienie ochrony systemów teleinformatycznych, w których są przetwarzane informacje niejawne;

3) zarządzanie ryzykiem bezpieczeństwa informacji niejawnych, w szczególności szacowanie ryzyka;

4) kontrola ochrony informacji niejawnych oraz przestrzegania przepisów o ochronie tych informacji, w szczególności okresowa (co najmniej raz na trzy lata) kontrola ewidencji, materiałów i obiegu dokumentów;

5) prowadzenie szkoleń w zakresie ochrony informacji niejawnych,

6) opracowywanie i aktualizowanie, wymagającego akceptacji dyrektora szpitala planu ochrony informacji niejawnych w Szpitalu, w tym w razie wprowadzenia stanu nadzwyczajnego nadzorowanie jego realizacji;

7) prowadzenie zwykłych postępowań sprawdzających oraz kontrolnych postępowań sprawdzających;

8) prowadzenie aktualnego wykazu osób zatrudnionych albo wykonujących czynności zlecone, które posiadają uprawnienia do dostępu do informacji niejawnych, oraz osób, którym odmówiono wydania poświadczenia bezpieczeństwa lub je cofnięto, obejmujące wyłącznie:

a) imię i nazwisko,

b) numer PESEL,

c) imię ojca,

d) data i miejsce urodzenia,

e) adres zamieszkania lub pobytu,

f) określenie dokumentu kończącego procedurę, datę jego wydania oraz numer;

9) przekazywanie odpowiednio ABW lub SKW do ewidencji, o której mowa w art. 73 ust. 1 ustawy z dnia 5 sierpnia 2010 r. o ochronie informacji niejawnych danych, o których mowa w art. 73 ust. 2 niniejszej ustawy, osób uprawnionych do dostępu do informacji niejawnych, a także osób, którym odmówiono wydania poświadczenia bezpieczeństwa lub wobec, których podjęto decyzję o cofnięciu poświadczenia bezpieczeństwa, na podstawie wykazu o których mowa w art. 15. ust. 1 pkt 8 ustawy.

2. Szczegółowe zadania Pełnomocnika Dyrektora do spraw Ochrony Informacji Niejawnych Szpitala określa ramowy zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności znajdujący się w aktach osobowych.

§46B

PEŁNOMOCNIK DYREKTORA DO SPRAW UCZENIA MASZYNOWEGO

4. Do zadań Pełnomocnika Dyrektora do spraw Uczenia Maszynowego należy wdrażanie metod uczenia maszynowego jako narzędzia do procesu diagnostycznego i leczniczego prowadzonego w szpitalu w tym w szczególności:

1) współpraca z Dyrektorem Szpitala w zakresie kształtowania rozwoju naukowego, informacji medialnej, współpracy międzyośrodkowej dotyczącej rozwoju technologii uczenia maszynowego i sztucznej inteligencji;

2) współpraca z działem IT w celu ustalenia procedur wymiany danych spełniających wymogi ochrony danych;

3) ocena możliwości rozwoju systemów opartych na uczeniu maszynowym w procesie diagnostycznym i terapeutycznym w Szpitalu;

4) prowadzenie działalności naukowej w celu rozwoju w/w systemów;

5) pełnienie roli pośredniczącej w komunikacji dotyczącej uczenia maszynowego, między dyrekcją, organami naukowymi szpitala i osobami/podmiotami zainteresowanymi współpracą w tym zakresie.

5. Szczegółowe zadania Pełnomocnika Dyrektora do spraw Uczenia Maszynowego określa ramowy zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności znajdujący się w aktach osobowych.

§46C

PEŁNOMOCNIK DYREKTORA DO SPRAW TRANSPLANTACJI

1. Do zadań Pełnomocnika Dyrektora do spraw transplantacji należy:

1) wdrożenie w Szpitalu zgodnych z zasadami merytorycznymi i obowiązującym prawem procedur postępowania z komórkami, tkankami oraz narządami w zakresie pobierania, przechowywania narządów pobranych i ich przeszczepiania

2) nadzór nad realizacją procedur transplantacyjnych przez personel, w tym lekarzy, posiadający odpowiednie kwalifikacje zawodowe,

3) nadzór nad spełnieniem przez Szpital warunków określonych dla podmiotów w których podejmowane jest postępowanie polegające na pobieraniu, przechowywaniu lub przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów,

4) opracowanie i wdrożenie szczegółowych zasad współdziałania jednostek organizacyjnych wewnątrzszpitalnych i z zewnętrznymi podmiotami, w zakresie pobierania, transportu i przechowywania komórek, tkanek i narządów, w celu ich wykorzystania do przeszczepienia,

5) opracowanie i wdrożenie zgodnej z obowiązującymi wymaganiami dokumentacji medycznej dotyczącej pobierania komórek, tkanek i narządów, ich przechowywania i przeszczepiania, i nadzoru nad jej stosowaniem,
6) reprezentowania Dyrektora Szpitala i zapewnienia warunków dla funkcji kontrolnych Ministerstwa Zdrowia,
7) działania szkoleniowo - edukacyjne w obszarze zagadnień związanych z transplantologią wobec personelu medycznego Szpitala,
8) nadzór nad właściwym wypełnianiem zadań bieżących przez osoby odpowiedzialne za procedury przeszczepowe,
9) okresowa analiza stanu systemu transplantacyjnego w Szpitalu, bilansu ekonomicznego oraz przedstawianie ich wyników i wniosków Dyrektorowi Szpitala

2. Szczegółowe zadania Pełnomocnika Dyrektora do spraw Transplantacji określa ramowy zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności znajdujący się w aktach osobowych.

ROZDZIAŁ VIII.
RAMOWE ZAKRESY DZIAŁANIA MEDYCZNYCH KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH SZPITALA I SAMODZIELNYCH STANOWISK.

§47
I. OŚRODEK SZPITALNYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

1. Ośrodek Szpitalnych Świadczeń Zdrowotnych udziela świadczeń szpitalnych w zakresie, o którym mowa w §9 ust. 1 pkt 1 Regulaminu.
2. Ośrodek Szpitalnych Świadczeń Zdrowotnych podlega bezpośrednio Z-cy Dyrektora do spraw Medycznych.
3. W skład Ośrodka Szpitalnych Świadczeń Zdrowotnych wchodzą:

1) ODDZIAŁY SZPITALNE

1. Oddział Szpitalny jest podstawową komórką organizacyjną diagnostyczno – leczniczej działalności Szpitala.
2. W ramach Oddziału Szpitalnego może być wyodrębniony Pododdział, Ośrodek.
3. Liczba łóżek na Oddziale Szpitalnym uzależniona jest od jego potrzeb i nie może ulec zmianie bez zgody Z-cy Dyrektora do spraw Medycznych.
4. Oddziałem Szpitalnym kieruje i za jego działalność jest odpowiedzialny Ordynator (lekarz kierujący oddziałem), a w razie jego nieobecności Zastępca Ordynatora (lekarza kierującego oddziałem) podległy bezpośrednio Z-cy Dyrektora do spraw Medycznych.
5. Podczas nieobecności Ordynatora (lekarza kierującego oddziałem) i jego Zastępców nadzór nad organizacją pracy Oddziału Szpitalnego sprawuje wyznaczony lekarz dyżurny.
6. W skład pomieszczeń Oddziału Szpitalnego wchodzą:
   1) pokoje dla pacjentów;
   2) pokoje dla personelu medycznego;

3) pokoje badań i zabiegów lekarskich;
4) punkt pielęgniarski;
5) węzły sanitarne dla pacjentów, osobne dla kobiet i mężczyzn.
6) Sekretariat Medyczny

7. W zależności od specjalności Oddziału Szpitalnego mogą się w nim znajdować również inne pomieszczenia, a w szczególności sale operacyjne i porodowe, gabinet opatrunkowy.
8. Pielęgniarka wskazuje pacjentowi przyjętemu do Oddziału Szpitalnego miejsce hospitalizacji (pokój, łóżko), przekazuje informacje organizacyjne, jak również informacje dotyczące przysługujących mu praw i ciążących na nim obowiązków.
9. W poszczególnych pokojach mogą przebywać pacjenci tylko tej samej płci. Nie dotyczy to sal o wzmożonym nadzorze medycznym, w których jednakże podczas udzielania świadczeń zdrowotnych, należy zapewnić pacjentom intymność.
10. Pokoje dziennego pobytu pacjentów mogą być wykorzystywane, jako jadalnie dla pacjentów chodzących. Pokoi tych nie wolno przekształcać na sale dla pacjentów leżących.
11. Punkty pielęgniarek odcinkowych w zależności od warunków Oddziału Szpitalnego mogą mieścić się w osobnych pokojach, w oświetlonych wnękach lub na korytarzach.
12. Ramowy rozkład dnia w zakresie opieki medycznej nad pacjentami określają regulaminy wewnętrzne Oddziałów Szpitalnych. W porze przeznaczonej na posiłki dla pacjentów nie należy przeprowadzać badań i zabiegów chyba, że zachodzi przypadek niecierpiący zwłoki.
13. Świadczenia zdrowotne udzielane są pacjentom przez następujące Oddziały Szpitalne:

A. ODDZIAŁ ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII

1. Oddział anestezjologii i intensywnej terapii jest samodzielną komórką organizacyjną wchodzącą w skład Oddziałów Szpitalnych.
2. Do zadań Oddziału anestezjologii i intensywnej terapii należy w szczególności:
   1) prowadzenie intensywnej terapii u pacjentów Szpitala,
   2) wykonywanie znieczuleń ogólnych i przewodowych zabiegów w trybie planowym i ostro dyżurowym do zabiegów przeprowadzanych w Szpitalu,
   3) leczenie chorych w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, a także ciężkich niewydolności wielonarządowych,
   4) leczenie ewentualnych powikłań pooperacyjnych.
3. W Oddziale anestezjologii i intensywnej terapii rozliczane są wyłącznie świadczenia zdrowotne przypisane w katalogu świadczeń szpitalnych dla zakresu anestezjologii i intensywnej terapii. W ramach dokumentacji Oddziału anestezjologii i intensywnej terapii wymagane jest prowadzenie karty punktacji stanu pacjenta w skali TISS-28.
4. Oddział anestezjologii i intensywnej terapii realizuje zadania zgodnie wymaganiami standardów akredytacyjnych dla Szpitali oraz zgodnie z normą jakości ISO 9001:2015.
5. Dyrektor Szpitala określi w drodze zarządzenia szczegółowy zakres działalności Oddziału anestezjologii i intensywnej terapii.

B. ODDZIAŁ CHIRURGII OGÓLNEJ I MAŁOINWAZYJNEJ Z PODODDZIAŁEM CHIRURGII METABOLICZNEJ I PODODDZIAŁEM CHIRURGII ENDOKRYNOLOGICZNEJ

1. Oddział chirurgii ogólnej i małoinwazyjnej z pododdziałem chirurgii metabolicznej i pododdziałem chirurgii endokrynologicznej jest samodzielną komórką organizacyjną wchodzącą w skład Oddziałów Szpitalnych.
2. Do zadań Oddziału chirurgii ogólnej i małoinwazyjnej z pododdziałem chirurgii metabolicznej i pododdziałem chirurgii endokrynologicznej należy w szczególności udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu chirurgii ogólnej, klasycznej, małoinwazyjnej, laparoskopowej i robotowej z wykorzystaniem robota da Vinci.
3. W ramach chirurgii jednego dnia Oddział prowadzi pełną diagnostykę schorzeń przewodu pokarmowego, z możliwością leczenia endoskopowego.
4. Oddział chirurgii ogólnej i małoinwazyjnej z pododdziałem chirurgii metabolicznej i pododdziałem chirurgii endokrynologicznej realizuje zadania zgodnie wymaganiami standardów akredytacyjnych dla Szpitali oraz zgodnie z normą jakości ISO 9001:2015.
5. Dyrektor Szpitala określi w drodze zarządzenia szczegółowy zakres działalności Oddziału chirurgii ogólnej i małoinwazyjnej z pododdziałem chirurgii metabolicznej i pododdziałem chirurgii endokrynologicznej.

C. ODDZIAŁ CHIRURGII NACZYNIOWEJ

1. Oddział chirurgii naczyniowej jest samodzielną komórką organizacyjną wchodzącą w skład Oddziałów Szpitalnych.
2. Do zadań Oddziału chirurgii naczyniowej należy w szczególności udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu chirurgii naczyniowej, wewnątrznaczyniowej i małoinwazyjnej (laparoskopowej i robotowej z wykorzystaniem robota da Vinci).
3. W ramach Oddziału chirurgii naczyniowej działa Pracownia Rentgenodiagnostyki Ogólnej i Zabiegowej.
4. Do zadań Pracowni Rentgenodiagnostyki Ogólnej i Zabiegowej należy wykonywanie badań diagnostycznych aorty, naczyń domózgowych, trzewnych, tętnic kończyn dolnych i górnych oraz wykonywanie zabiegów embolizacji (m.in. tętnic nerkowych, szczękowych, wątrobowych), obliteracji żylaków powrózka nasiennego, przezskórnej angioplastyki, wszczepiania stentów naczyniowych, implantacji filtrów do żyły głównej dolnej.
5. Oddział chirurgii naczyniowej realizuje zadania zgodnie wymaganiami standardów akredytacyjnych dla Szpitali oraz zgodnie z normą jakości ISO 9001:2015.
6. Dyrektor Szpitala określi w drodze zarządzenia szczegółowy zakres działalności Oddziału chirurgii naczyniowej.

D. ODDZIAŁ CHIRURGII ONKOLOGICZNEJ

1. Oddział chirurgii onkologicznej jest samodzielną komórką organizacyjną wchodzącą w skład Oddziałów Szpitalnych.
2. Do zadań Oddziału chirurgii onkologicznej należy w szczególności udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu chirurgii onkologicznej: przewodu pokarmowego, głowy i szyi, gruczołu piersiowego z radioterapią śródoperacyjną, klasycznej, małoinwazyjnej, laparoskopowej i robotowej (z wykorzystaniem robota da Vinci) z wyjątkiem operacji neurochirurgicznych i torakochirurgicznych.
3. W ramach Oddziału chirurgii onkologicznej działa Ośrodek Diagnostyki i Leczenia Chorób Piersi.

4. Do zadań Ośrodka Diagnostyki i Leczenia Chorób Piersi należy udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu profilaktyki, diagnostyki i leczenia chorób piersi, ze szczególnym uwzględnieniem profilaktyki, diagnostyki i leczenia raka piersi w tym:
   1) pozyskiwanie pacjentów do Populacyjnego Programu Wczesnego Wykrywania Raka Piersi;
   2) wykonanie mammografii przesiewowych w ramach realizacji PPWWRP;
   3) wykonywanie badań mammografii skryningowej (etap podstawowy);
   4) diagnostyka pogłębiona po etapie podstawowym;
   5) wykonywanie mammografii diagnostycznych;
   6) wykonywanie tomosyntezy piersi;
   7) wykonywanie badań ultrasonograficznych piersi;
   8) wykonywanie biopsji piersi pod kontrolą usg, mammografii i rezonansu magnetycznego;
   9) wykonywanie mammografii z kontrastem;
   10) wykonywanie badań usg piersi z kontrastem;
   11) wykonywanie badań piersi metodą rezonansu magnetycznego;
   12) rehabilitacja pacjentek po leczeniu raka piersi (po zabiegach oszczędzających i mastektomiach);
   13) edukacja pacjentek (nauka samobadania piersi, edukacja w zakresie objawów raka piersi i uświadamianie konieczności poddawania się badaniom mammograficznym i ultrasonograficznym);
5. Strukturę wewnętrzną Ośrodka Diagnostyki i Leczenia Chorób Piersi stanowią komórki świadczące usługi z zakresu rentgenodiagnostyki:
   1) Pracownia USG piersi,
   2) Pracownia Mammografii.
6. Oddział chirurgii onkologicznej realizuje zadania zgodnie wymaganiami standardów akredytacyjnych dla Szpitali oraz zgodnie z normą jakości ISO 9001:2015.
7. Dyrektor Szpitala określi w drodze zarządzenia szczegółowy zakres działalności Oddziału chirurgii onkologicznej.

E. ODDZIAŁ DERMATOLOGICZNY Z PODODDZIAŁEM DERMATOLOGII DZIECIĘCEJ

1. Oddział dermatologiczny z pododdziałem dermatologii dziecięcej jest samodzielną komórką organizacyjną wchodzącą w skład Oddziałów Szpitalnych.
2. Do zadań Oddziału dermatologicznego z pododdziałem dermatologii dziecięcej należy udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie diagnostyki i leczenia chorób skóry, błon śluzowych, włosów, paznokci oraz chorób przenoszonych drogą płciową w tym:
   1) wykonywania badań histopatologicznych,
   2) krioterapii zmian skórnych,
   3) laseroterapia,
   4) foto i fotochemioterapia,
   5) chirurgii laserowej zmian skórnych (nowotwory, wybrane znamiona, rogowacenia słoneczne),
   6) chirurgii laserowej zmian naczyniowych (teleangiektazje, naczyniaki),

7) elektroresekcji i elektrokoagulacji zmian skórnych.

3. Oddział dermatologiczny z pododdziałem dermatologii dziecięcej realizuje zadania zgodnie wymaganiami standardów akredytacyjnych dla Szpitali oraz zgodnie z normą jakości ISO 9001:2015.
4. Dyrektor Szpitala określi w drodze zarządzenia szczegółowy zakres działalności Oddziału dermatologicznego z pododdziałem dermatologii dziecięcej.

F. ODDZIAŁ POŁOŻNICZO – GINEKOLOGICZNY Z PODODDZIAŁEM GINEKOLOGII ONKOLOGICZNEJ

1. Oddział położniczo – ginekologiczny z pododdziałem ginekologii onkologicznej jest samodzielną komórką organizacyjną wchodzącą w skład Oddziałów Szpitalnych.
2. Do zadań Oddziału położniczo – ginekologicznego z pododdziałem ginekologii onkologicznej należy w szczególności udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu ginekologii septycznej i operacyjnej, ginekologii onkologicznej, małoinwazyjnej, laparoskopowej, robotowej z wykorzystaniem robota da Vinci, patologii ciąży, położnictwa i położnictwa septycznego.
3. Strukturę wewnętrzną Oddziału położniczo – ginekologicznego z pododdziałem ginekologii onkologicznej stanowią:
    1) Blok Porodowy - sprawuje całodobową opiekę lekarską i pielęgniarsko-położniczą nad kobietą rodzącą i w zakresie świadczeń usług zdrowotnych tj. prowadzenie porodu fizjologicznego siłami natury i porodów zabiegowych;
    2) Szkoła Rodzenia.
4. Oddział położniczo – ginekologiczny z pododdziałem ginekologii onkologicznej realizuje zadania zgodnie wymaganiami standardów akredytacyjnych dla Szpitali oraz zgodnie z normą jakości ISO 9001:2015.
5. Dyrektor Szpitala określi w drodze zarządzenia szczegółowy zakres działalności Oddziału położniczo – ginekologicznego z pododdziałem ginekologii onkologicznej.

G. ODDZIAŁ CHEMIOTERAPII Z PODODDZIAŁEM CHEMIOTERAPII DZIENNEJ

1. Oddział chemioterapii z pododdziałem chemioterapii dziennej jest samodzielną komórką organizacyjną wchodzącą w skład Oddziałów Szpitalnych.
2. Do zadań oddziału należy w szczególności udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu diagnostyki oraz leczenia wszystkich schorzeń nowotworowych z możliwością podawania cytostatyków.
3. Oddział chemioterapii z pododdziałem chemioterapii dziennej realizuje zadania zgodnie wymaganiami standardów akredytacyjnych dla Szpitali oraz zgodnie z normą jakości ISO 9001:2015.
4. Dyrektor Szpitala określi w drodze zarządzenia szczegółowy zakres działalności Oddziału chemioterapii z pododdziałem chemioterapii dziennej.

H. ODDZIAŁ KARDIOLOGICZNY Z PODODDZIAŁEM INTENSYWNEGO NADZORU KARDIOLOGICZNEGO, PODODDZIAŁEM LECZENIA ZABURZEŃ RYTMU SERCA.

1. Oddział kardiologiczny z pododdziałem intensywnego nadzoru kardiologicznego, pododdziałem leczenia zaburzeń rytmu serca jest samodzielną komórką organizacyjną wchodzącą w skład Oddziałów Szpitalnych.

2. Do zadań Oddziału kardiologicznego z pododdziałem intensywnego nadzoru kardiologicznego, pododdziałem leczenia zaburzeń rytmu serca należy w szczególności udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu kardiologii w tym:
   1) ostrych zawałów serca metodą inwazyjną w ramach 24h dyżurów hemodynamicznych,
   2) wszczepianie sztucznych stymulatorów i defibrylatorów serca VR, DR, CRTP, CRTD,
   3) wykonywanie badań elektrofizjologicznych EPS i ablacji RF,
   4) zakładanie elektrody do czasowej stymulacji,
   5) PTCA (przezskórne rozszerzanie tętnic wieńcowych i stentowanie naczyń wieńcowych),
   6) prowadzenia akcji reanimacyjnej,
   7) przeprowadzanie kardiowersji elektrycznej,
   8) elektrokardiografia,
   9) elektrokardiograficzna próba wysiłkowa, próba dobutaminowa,
   10) badanie holterowskie EKG,
   11) badanie holterowskie ciśnienia tętniczego krwi,
   12) echokardiografia (przezklatkowa, przezprzełykowa),
   13) koronarografia,
   14) badanie hemodynamiczne krążenia płucnego,
   15) angiografia tętnic płucnych.
3. Oddział kardiologiczny z pododdziałem intensywnego nadzoru kardiologicznego, pododdziałem leczenia zaburzeń rytmu serca realizuje zadania zgodnie wymaganiami standardów akredytacyjnych dla Szpitali oraz zgodnie z normą jakości ISO 9001:2015.
4. Dyrektor Szpitala określi w drodze zarządzenia szczegółowy zakres działalności Oddziału kardiologicznego z pododdziałem intensywnego nadzoru kardiologicznego, pododdziałem leczenia zaburzeń rytmu serca.

I. ODDZIAŁ KARDIOLOGII DZIECIĘCEJ Z PODODDZIAŁEM KARDIOCHIRURGII DZIECIĘCEJ I PODODDZIAŁEM INTENSYWNEGO NADZORU KARDIOLOGICZNEGO

1. Oddział kardiologii dziecięcej z pododdziałem kardiochirurgii dziecięcej i pododdziałem intensywnego nadzoru kardiologicznego jest samodzielną komórką organizacyjną wchodzącą w skład Oddziałów Szpitalnych.
2. Do zadań Oddziału kardiologii dziecięcej z pododdziałem kardiochirurgii dziecięcej i pododdziałem intensywnego nadzoru kardiologicznego należy w szczególności udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu prowadzenia działalności diagnostycznej, leczniczej w tym diagnostyki inwazyjnej przeznaczyniowej oraz leczenia przeznaczyniowego niektórych wrodzonych wad układu krążenia u dzieci.
3. Oddział kardiologii dziecięcej z pododdziałem kardiochirurgii dziecięcej i pododdziałem intensywnego nadzoru kardiologicznego prowadzi diagnostykę i leczenie chorób układu krążenia u dzieci (nadciśnienie płucne, nadciśnienie tętnicze, zaburzenia rytmu serca, kardiomiopatie oraz choroby infekcyjne układu krążenia), diagnostykę chorób układu krążenia u płodu.

4. W ramach Oddziału kardiologii dziecięcej z pododdziałem kardiochirurgii dziecięcej i pododdziałem intensywnego nadzoru kardiologicznego działa Pracownia Przeznaczyniowej Diagnostyki i Terapii Wrodzonych Wad Serca u Dzieci.
5. Do zadań Pracowni Przeznaczyniowej Diagnostyki i Terapii Wrodzonych Wad Serca u Dzieci należy przezskórna diagnostyka dzieci z wrodzonymi wadami serca, przezskórne leczenie wad strukturalnych układu krążenia oraz przezskórne leczenie zaburzeń rytmu serca.
6. Oddział kardiologii dziecięcej z pododdziałem kardiochirurgii dziecięcej i pododdziałem intensywnego nadzoru kardiologicznego realizuje zadania zgodnie wymaganiami standardów akredytacyjnych dla Szpitali oraz zgodnie z normą jakości ISO 9001:2015.
7. Dyrektor Szpitala określi w drodze zarządzenia szczegółowy zakres działalności Oddziału kardiologii dziecięcej z pododdziałem kardiochirurgii dziecięcej i pododdziałem intensywnego nadzoru kardiologicznego.

J. ODDZIAŁ NEONATOLOGICZNY Z PODODDZIAŁEM PATOLOGII NOWORODKA

1. Oddział neonatologiczny z pododdziałem patologii noworodka jest samodzielną komórką organizacyjną wchodzącą w skład Oddziałów Szpitalnych.
2. Do zadań Oddziału neonatologicznego z pododdziałem patologii noworodka należy w szczególności udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki nad noworodkiem, patologii noworodka i intensywnej terapii noworodka, w tym:
    1) sprawowanie ciągłej opieki nad noworodkiem po urodzeniu, w tym czuwanie nad prawidłowym przebiegiem okresu adaptacyjnego zdrowego noworodka oraz udział w budowaniu prawidłowej więzi macierzyńskiej między matką i dzieckiem;
    2) rozpoznawanie stanów zagrożenia noworodka wynikających z przebiegu ciąży i porodu;
    3) diagnozowanie i leczenie noworodków z ciąż patologicznych oraz wykazujących objawy schorzeń i wad wrodzonych;
    4) intensywny nadzór nad noworodkami w stanach zagrożenia życia, monitorowanie czynności życiowych;
    5) opieka nad noworodkiem niewydolnym oddechowo i krążeniowo, zarówno wcześniakiem z małą i ekstremalnie małą masą ciała, a także noworodkiem donoszonym;
    6) monitorowanie żółtaczek fizjologicznych i leczenie żółtaczek patologicznych;
    7) hospitalizacja noworodków wymagających diagnostyki i leczenia;
    8) realizacja programów przesiewowych: przesiewowe badanie słuchu, przesiewowe badanie w kierunku hypotyreozy, fenyloketonurii i mukowiscydozy, przesiewowy pomiar pulsoksymetrii w kierunku wczesnego wykrywania wad serca;
    9) zapobieganie zakażeniom szpitalnym;
    10) prowadzenie szczepień ochronnych okresu noworodkowego;
    11) promowanie naturalnego karmienia i prawidłowej pielęgnacji noworodka we współpracy ze Szkołą Rodzenia;
    12) nauka podstawowych czynności przy pielęgnacji noworodka;
    13) nadzór nad działalnością Poradni patologii noworodka;
    14) szkolenie personelu medycznego.

3. Oddział neonatologiczny z pododdziałem patologii noworodka realizuje zadania zgodnie wymaganiami standardów akredytacyjnych dla Szpitali oraz zgodnie z normą jakości ISO 9001:2015.
4. Dyrektor Szpitala określi w drodze zarządzenia szczegółowy zakres działalności Oddziału neonatologicznego z pododdziałem patologii noworodka.

K. ODDZIAŁ PEDIATRYCZNY Z PODODDZIAŁEM GASTROENTEROLOGII I PODODDZIAŁEM ALERGOLOGII

1. Oddział pediatryczny z pododdziałem gastroenterologii i pododdziałem alergologii jest samodzielną komórką organizacyjną wchodzącą w skład Oddziałów Szpitalnych.
2. Do zadań Oddziału pediatrycznego z pododdziałem gastroenterologii i pododdziałem alergologii należy w szczególności udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu diagnozowania i leczenia ostrych i przewlekłych chorób wieku dziecięcego ze szczególnym uwzględnieniem chorób alergicznych i chorób układu pokarmowego, rehabilitacji i kompleksowej pielęgnacji dziecka.
3. Oddział pediatryczny z pododdziałem gastroenterologii i pododdziałem alergologii realizuje zadania zgodnie wymaganiami standardów akredytacyjnych dla Szpitali oraz zgodnie z normą jakości ISO 9001:2015.
4. Dyrektor Szpitala określi w drodze zarządzenia szczegółowy zakres działalności Oddziału pediatrycznego z pododdziałem gastroenterologii i pododdziałem alergologii

L. ODDZIAŁ OKULISTYCZNY

1. Oddział okulistyczny jest samodzielną komórką organizacyjną wchodzącą w skład Oddziałów Szpitalnych.
2. Do zadań Oddziału okulistycznego należy udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie mikrochirurgii oka, diagnostyki i leczenia chorób narządu wzroku w tym:
    1) leczenie operacyjne jaskry,
    2) leczenie operacyjne zaćmy metodą fakoemulsyfikacji,
    3) zabiegi typu odwarstwienia siatkówki,
    4) zabiegi wieloproceduralne – witrektomia,
    5) usuwanie ciał obcych wewnątrzgałkowych,
    6) zabiegi ambulatoryjne na spojówkach,
    7) zabiegi ambulatoryjne na powiekach (usuwanie gradówek, kępek żółtych, brodawek, korekcja nieprawidłowego ustawienia powiek),
    8) udrażnianie dróg łzowych u dzieci,
    9) usuwanie ciał obcych,
    10) laseroterapia retinopatii wcześniaków,
    11) pełna diagnostyka i leczenie chorób narządu wzroku,
    12) zabiegi naszycia owodni, płatków twardówki po urazach otwartych lub drążących gałki ocznej.
3. W ramach Oddziału okulistycznego działa Ośrodek Diagnostyki i Leczenia Retinopatii Wcześniaków.
4. Do zadań Ośrodka Diagnostyki i Leczenia Retinopatii Wcześniaków należy udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie przesiewowych badań wcześniaków w kierunku retinopatii wcześniaczej, leczenia retinopatii wcześniaczej (zabiegi fotokoagulacji).

5. Oddział okulistyczny realizuje zadania zgodnie wymaganiami standardów akredytacyjnych dla Szpitali oraz zgodnie z normą jakości ISO 9001:2015.
6. Dyrektor Szpitala określi w drodze zarządzenia szczegółowy zakres działalności Oddziału okulistycznego.

M. ODDZIAŁ NEFROLOGICZNY Z PODODDZIAŁEM DIABETOLOGICZNYM, PODODDZIAŁEM TRANSPLANTACYJNYM I PODODDZIAŁEM CHOROB WEWNĘTRZNYCH.

1. Oddział nefrologiczny z pododdziałem diabetologicznym, pododdziałem transplantacyjnym i pododdziałem chorób wewnętrznych jest samodzielną komórką organizacyjną wchodzącą w skład Oddziałów Szpitalnych.
2. Do zadań Oddziału nefrologicznego z pododdziałem diabetologicznym, pododdziałem transplantacyjnym i pododdziałem chorób wewnętrznych należy udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie diagnostyki i leczenia:
    1) chorób nerek, leczenia nerkozastępczego oraz przeszczepiania nerek,
    2) chorób wewnętrznych.
3. Oddział nefrologiczny z pododdziałem diabetologicznym, pododdziałem transplantacyjnym i pododdziałem chorób wewnętrznych realizuje zadania zgodnie wymaganiami standardów akredytacyjnych dla Szpitali oraz zgodnie z normą jakości ISO 9001:2015.
4. Dyrektor Szpitala określi w drodze zarządzenia szczegółowy zakres działalności Oddziału nefrologicznego z pododdziałem diabetologicznym, pododdziałem transplantacyjnym i pododdziałem chorób wewnętrznych.

N. ODDZIAŁ TRANSPLANTOLOGICZNY

1. Oddział transplantologiczny jest samodzielną komórką organizacyjną wchodzącą w skład Oddziałów Szpitalnych.
2. Do zadań Oddziału transplantologicznego należy udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pozyskiwania przeszczepów nerek od dawców żywych oraz opieki nad biorcami przeszczepionych nerek.
3. Oddział transplantologiczny realizuje zadania zgodnie wymaganiami standardów akredytacyjnych dla Szpitali oraz zgodnie z normą jakości ISO 9001:2015.
4. Dyrektor Szpitala określi w drodze zarządzenia szczegółowy zakres działalności Oddziału transplantologicznego.

O. ODDZIAŁ OTOLARYNGOLOGICZNY Z PODODDZIAŁEM OTOLARYNGOLOGII DZIECIĘCEJ

1. Oddział otolaryngologiczny z pododdziałem otolaryngologii dziecięcej jest samodzielną komórką organizacyjną wchodzącą w skład Oddziałów Szpitalnych.
2. Do zadań Oddziału otolaryngologicznego z pododdziałem otolaryngologii dziecięcej należy udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie diagnostyki i leczenia zachowawczego i operacyjnego w zakresie chorób nosa, uszu, gardła i krtani u dorosłych i dzieci.
3. W ramach Oddziału otolaryngologicznego z pododdziałem otolaryngologii dziecięcej działa Ośrodek Protezowania Wad Słuchu

4. Do zadań Ośrodka Protezowania Wad Słuchu należy udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:
   1) przesiewowych badań noworodków pozwalających na wczesne wykrycie uszkodzenia narządu Cortiego (obwodowy narząd słuchu),
   2) screeningu słuchu dzieci, u których nie wykonano badań na Oddziale Neonatologicznym,
   3) nadzór słuchowy u dzieci z grup ryzyka,
   4) wczesna diagnostyka słuchu u niemowląt,
   5) kwalifikacja do protezowania słuchu aparatami słuchowymi (niedosłuchy odbiorcze) lub leczenia operacyjnego (niedosłuchy przewodzeniowe),
   6) wstępna kwalifikacja do implantów ślimakowych (głuchota),
   7) nadzór nad dziećmi zaprotezowanymi aparatami słuchowymi.
5. Oddział otolaryngologiczny z pododdziałem otolaryngologii dziecięcej realizuje zadania zgodnie wymaganiami standardów akredytacyjnych dla Szpitali oraz zgodnie z normą jakości ISO 9001:2015.
6. Dyrektor Szpitala określi w drodze zarządzenia szczegółowy zakres działalności Oddziału otolaryngologicznego z pododdziałem otolaryngologii dziecięcej.

P. ODDZIAŁ UROLOGII I UROLOGII ONKOLOGICZNEJ

1. Oddział urologii i urologii onkologicznej jest samodzielną komórką organizacyjną wchodzącą w skład Oddziałów Szpitalnych.
2. Do zadań Oddziału urologii i urologii onkologicznej należy udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie diagnostyki i leczenia operacyjnego metodami klasycznymi, małoinwazyjnymi, laparoskopowymi i robotowymi z wykorzystaniem robota da Vinci, endoskopowymi i wewnątrznaczyniowymi z wykorzystaniem urządzeń laserowych, ultradźwiękowych i mechanicznych, chorób układu moczowo – płciowego ze szczególnym uwzględnieniem chorób nowotworowych tego układu i kamicy moczowej.
3. Oddział urologii i urologii onkologicznej realizuje zadania zgodnie wymaganiami standardów akredytacyjnych dla Szpitali oraz zgodnie z normą jakości ISO 9001:2015.
4. Dyrektor Szpitala określi w drodze zarządzenia szczegółowy zakres działalności Oddziału urologii i urologii onkologicznej.

Q. Skreśla się

R. ZAMIEJSCOWY ODDZIAŁ REHABILITACJI OGÓLNOUSTROJOWEJ I

1. Zamiejscowy Oddział rehabilitacji ogólnoustrojowej I jest samodzielną komórką organizacyjną wchodzącą w skład Oddziałów Szpitalnych.
2. Do zadań Zamiejscowego Oddziału rehabilitacji ogólnoustrojowej I należy udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowej dla dziewcząt od 7 roku życia i kobiet z dysfunkcjami narządu ruchu będącymi następstwem różnych schorzeń – głównie:
   1) po urazach wielonarządowych,
   2) po złamaniach kończyn,
   3) po uszkodzeniach tkanek miękkich /mięśni, więzadeł/, po zwichnięciach, stłuczeniach,

4) po amputacjach kończyn,
5) z zespołami bólowymi kręgosłupa o różnej etiologii,
6) ze zmianami zwyrodnieniowymi stawów,
7) po endoprotezoplastyce stawów,
8) skoliozy wieku rozwojowego o różnej etiologii,
9) zaburzenia postawy ciała wieku rozwojowego o różnej etiologii,
10) po uszkodzeniach ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego w wieku rozwojowym.

3. Zamiejscowy Oddział rehabilitacji ogólnoustrojowej I realizuje zadania zgodnie wymaganiami standardów akredytacyjnych dla Szpitali oraz zgodnie z normą jakości ISO 9001:2015.
4. Dyrektor Szpitala określi w drodze zarządzenia szczegółowy zakres działalności Zamiejscowego Oddziału rehabilitacji ogólnoustrojowej I.

S. ZAMIEJSCOWY ODDZIAŁ REHABILITACJI OGÓLNOUSTROJOWEJ II

1. Zamiejscowy Oddział rehabilitacji ogólnoustrojowej II jest samodzielną komórką organizacyjną wchodzącą w skład Oddziałów Szpitalnych
2. Do zadań Zamiejscowego Oddziału rehabilitacji ogólnoustrojowej II należy udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie kompleksowej rehabilitacji ogólnoustrojowej dla chłopców od 7 roku życia i mężczyzn z dysfunkcjami narządu ruchu będącymi następstwem różnych schorzeń:
   1) po urazach wielonarządowych,
   2) po złamaniach kończyn,
   3) po uszkodzeniach tkanek miękkich /mięśni, więzadeł/, po zwichnięciach, stłuczeniach,
   4) po amputacjach kończyn,
   5) z zespołami bólowymi kręgosłupa o różnej etiologii,
   6) ze zmianami zwyrodnieniowymi stawów,
   7) po endoprotezoplastyce stawów,
   8) skoliozy wieku rozwojowego o różnej etiologii,
   9) zaburzenia postawy ciała wieku rozwojowego o różnej etiologii,
   10) po uszkodzeniach ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego w wieku rozwojowym.
3. Zamiejscowy Oddział rehabilitacji ogólnoustrojowej II realizuje zadania zgodnie wymaganiami standardów akredytacyjnych dla Szpitali oraz zgodnie z normą jakości ISO 9001:2015.
4. Dyrektor Szpitala określi w drodze zarządzenia szczegółowy zakres działalności Zamiejscowego Oddziału rehabilitacji ogólnoustrojowej II.

T. ZAMIEJSCOWY ODDZIAŁ REHABILITACJI NEUROLOGICZNEJ

1. Zamiejscowy Oddział rehabilitacji neurologicznej jest samodzielną komórką organizacyjną wchodzącą w skład Oddziałów Szpitalnych.

2. Do zadań Zamiejscowego Oddziału rehabilitacji neurologicznej należy udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie kompleksowej rehabilitacji neurologicznej dla pacjentów z chorobami centralnego układu nerwowego:
   1) po udarach mózgu,
   2) po urazach czaszkowo-mózgowych,
   3) po urazach rdzenia kręgowego z porażeniem dwu i czterokończynowym,
   4) ze stwardnieniem rozsianym,
   5) z zaburzeniami funkcji obwodowego układu nerwowego,
   6) z dystrofiami mięśniowymi.
3. Zakres rehabilitacji obejmuje kompleksową fizjoterapię w ramach:
   1) rehabilitacji neurologicznej wczesnej - ogniskowe uszkodzenia centralnego układu nerwowego,
   2) rehabilitacji neurologicznej wczesnej ciężkich uszkodzeń centralnego układu nerwowego,
   3) wtórnej rehabilitacji neurologicznej - ogniskowe uszkodzenia centralnego układu nerwowego.
4. Kwalifikacja pacjentów do poszczególnych rodzajów rehabilitacji neurologicznej zostaje przeprowadzona na podstawie oceny stanu zdrowia pacjenta, dysfunkcji układu nerwowego i stopnia inwalidztwa na podstawie skali Barthel.
5. Zamiejscowy Oddział rehabilitacji neurologicznej realizuje zadania zgodnie wymaganiami standardów akredytacyjnych dla Szpitali oraz zgodnie z normą jakości ISO 9001:2015.
6. Dyrektor Szpitala określi w drodze zarządzenia szczegółowy zakres działalności Zamiejscowego Oddziału rehabilitacji neurologicznej.

U. ODDZIAŁ ORTOPEDII, TRAUMATOLOGII I ONKOLOGII NARZĄDU RUCHU

1. Oddział ortopedii, traumatologii i onkologii narządu ruchu jest samodzielną komórką organizacyjną wchodzącą w skład Oddziałów Szpitalnych.
2. Do zadań Oddziału ortopedii, traumatologii i onkologii narządu ruchu należy w szczególności:
   1) Diagnostyka nowotworów pierwotnych i przerzutowych narządu ruchu;
   2) Zabiegi resekcyjne zmian łagodnych i torbielowatych kości;
   3) Zabiegi resekcyjne nowotworów kości z rekonstrukcją ubytków przy pomocy bioaktywnych substutu kości;
   4) Zabiegi rekonstrukcyjne kości i stawów po resekcji złośliwych nowotworów z zaoszczędzeniem operowanej kończyny;
   5) Zabiegi resekcyjne zmian nowotworowych kości i stawów z zastosowaniem endoprotezoplastyki onkologicznej modularnej;
   6) Zabiegi resekcyjne zmian nowotworowych z rekonstrukcją kości przy pomocy endoprotez produkowanych w technologii 3D w nietypowych lokalizacjach;
   7) Kompleksowe rekonstrukcje ubytków nowotworowych kości przy pomocy auto i allogennych przeszczepów kości;
   8) Kompleksowe rekonstrukcje tkanek miękkich po resekcji nowotworów układu mięśniowego;
   9) Zabiegi rewizyjne po przebytych alloplastykach onkologicznych stawów;

10) Zabiegi rewizyjne u chorych po nieadekwatnym wcześniejszym leczeniu onkologicznym bądź z powikłaniami septycznymi lub aseptycznymi po przeprowadzonych wcześniej zabiegach rekonstrukcyjnych;

11) Amputacja i ablacja kończyn w zaawansowanych nowotworach narządu ruchu;

12) Zaopatrywania złamań kości długich z zastosowaniem technik zamkniętych i otwartych przy użyciu gwoździ śródszpikowych, płyt LCP oraz innych technik osteosyntezy;

13) Leczenie schorzeń i urazów stawów przy zastosowaniu technik artroskopowych w tym zabiegi rekonstrukcyjne np. rekonstrukcje więzadeł krzyżowych, stożka rotatorów;

14) Zaopatrywanie złamań wymagających zastosowania endoprotezoplastyki stawów zarówno endoprotezoplastyki całkowitej jak i bipolarnej

15) Leczenie zmian zwyrodnieniowych stawów metodą alloplastyki pierwotnej stawu biodrowego i kolanowego;

16) Leczenie nabytych zniekształceń w zakresie narządu ruchu ogólnie przyjętymi metodami chirurgicznymi w zakresie kończyny górnej i dolnej;

17) Leczenie niektórych następstw urazów w zakresie kręgosłupa;

18) Wykonywanie zabiegów rewizyjnych po pierwotnych zabiegach alloplastyki całkowitej stawu biodrowego i kolanowego .

3. Oddział ortopedii, traumatologii i onkologii narządu ruchu realizuje zadania zgodnie wymaganiami standardów akredytacyjnych dla Szpitali oraz zgodnie z normą jakości ISO 9001:2015.
4. Dyrektor Szpitala określi w drodze zarządzenia szczegółowy zakres działalności Oddziału ortopedii, traumatologii i onkologii narządu ruchu.

W. ODDZIAŁ CHORÓB WEWNĘTRZNYCH Z PODODDZIAŁEM ANGIOLOGICZNYM

1. Oddział chorób wewnętrznych z pododdziałem angiologicznym jest samodzielną komórką organizacyjną wchodzącą w skład Oddziałów Szpitalnych.
2. Do zadań Oddziału chorób wewnętrznych z pododdziałem angiologicznym należy w szczególności udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu diagnostyki i leczenia chorób wewnętrznych w tym:
   1) prowadzenie procesu diagnostyczno – leczniczo – pielęgnacyjnego dla pacjentów z nieoperacyjnymi schorzeniami narządów wewnętrznych m.in. niewydolność krążenia, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zapalenie płuc, nadczynność i niedoczynność tarczycy, niedokrwistość niedoborowa, choroby nowotworowe.
   2) sprawowanie opieki diagnostyczno – terapeutycznej nad chorymi ze schorzeniami:
      a) układu krążenia
      b) układu oddechowego
      c) układu moczowego
      d) układu pokarmowego
      e) układu krwiotwórczego
      f) schorzeń endokrynologicznych
   3) udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie diagnostyki i leczenia:
      a) niedokrwienia kończyn zwłaszcza leczenia metodami wewnątrznaczyniowymi – angioplastyką oraz implantacją stentów naczyniowych, diagnostyki i leczenia powikłań cukrzycy,
      b) schorzeń układu endokrynnego.

3. Oddział chorób wewnętrznych z pododdziałem angiologicznym realizuje zadania zgodnie wymaganiami standardów akredytacyjnych dla Szpitali oraz zgodnie z normą jakości ISO 9001:2015.
4. Dyrektor Szpitala określi w drodze zarządzenia szczegółowy zakres działalności Oddziału chorób wewnętrznych z pododdziałem angiologicznym.

Z. *Skreśla się.*

2) SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY

1. Szpitalny Oddział Ratunkowy (SOR) jest samodzielną komórką organizacyjną Szpitala, która udziela 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.
2. Szpitalnym Oddziałem Ratunkowym (SOR-em) kieruje lekarz kierujący oddziałem podległy bezpośrednio Z-cy Dyrektora do spraw Medycznych.

2a. Lekarz kierujący oddziałem lub wyznaczony przez niego spośród lekarzy systemu lekarz posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny ratunkowej, zwany dalej "lekarzem dyżurnym oddziału", koordynują pracę oddziału w systemie całodobowym.

3. Do zadań Szpitalnego Oddziału Ratunkowego (SOR) należy:
   1) udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w stanach zagrożenia życia i zdrowia a w szczególności:
      a) segregacja medyczna (wykluczenie lub potwierdzenie stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego, określenie stopnia nagłego zagrożenia zdrowotnego),
      b) wstępna diagnostyka różnicowa oraz podjęcie leczenia w zakresie niezbędnym dla przewrócenia i stabilizacji funkcji życiowych osób, które znajdują się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego,
      c) terapia natychmiastowa osoby w nagłym zagrożeniu zdrowotnym w celu szybkiego odwrócenia tego zagrożenia lub szybkiego przygotowania osoby do niezbędnego leczenia specjalistycznego,
   2) stanowienie bazy dydaktycznej dla studentów oraz dla realizacji programów naukowo-badawczych;
   3) kształcenie podyplomowe specjalistów w zakresie medycyny ratunkowej w tym w szczególności: lekarzy medycyny ratunkowej, pielęgniarek ratunkowych i ratowników medycznych;
   4) prowadzenie promocji zdrowia w zakresie właściwym dla medycyny ratunkowej.
4. Świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu medycyny ratunkowej realizowane są w następujących obszarach zadaniowych SOR:
   1) segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć;
   2) resuscytacyjno-zabiegowym;
   3) wstępnej intensywnej terapii;
   4) terapii natychmiastowej;
   5) obserwacji;
   6) konsultacyjnym;
5. Część administracyjno - gospodarcza stanowi wydzielony obszar niezbędny do prawidłowego funkcjonowania SOR.

6. W SOR zapewnia się niezwłoczne wykonanie podstawowych badań laboratoryjnych i parametrów krytycznych, wstępnej diagnostyki enzymatycznej oraz wykonanie diagnostyki obrazowej w natychmiastowym trybie ratunkowym, między innymi: badania ultrasonograficznego oraz badania radiologicznego.
7. Przy SOR znajduje się całodobowe lądowisko dla śmigłowców ratunkowych umożliwiające lądowanie jednego śmigłowca, zlokalizowane w takiej odległości od wejścia do SOR, aby możliwe było przyjęcie osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego bez pośrednictwa innych specjalistycznych środków transportu sanitarnego.
8. Za nadzór i monitorowanie lądowiska odpowiedzialna jest pielęgniarka/ratownik medyczny, który podejmuje czynności koordynujące po otrzymaniu informacji o planowanym lądowaniu śmigłowca ratunkowego.
9. Na terenie SOR znajduje się wydzielony obszar do czasowego przechowywania zwłok dla pacjentów zmarłych w SOR (Pro Morte).
10. Szpitalny Oddział Ratunkowy realizuje zadania zgodnie wymaganiami standardów akredytacyjnych dla Szpitali oraz zgodnie z normą jakości ISO 9001:2015.
11. Dyrektor Szpitala określi w drodze zarządzenia szczegółowy zakres działalności Szpitalnego Oddziału Ratunkowego.

3) STACJA DIALIZ

1. Stacja Dializ jest samodzielną komórką organizacyjną Szpitala.
2. Stacją Dializ kieruje Kierownik Stacji Dializ podległy bezpośrednio Z-cy Dyrektora do spraw Medycznych.
3. W ramach Stacji Dializ działa Zespół domowej dializoterapii otrzewnowej.
4. Do zadań Stacji Dializ należy udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia przewlekłych i ostrych niewydolności nerek, leczenia nerko zastępczego (hemodializoterapia, dializy otrzewnowe) w tym:
    1) przygotowywanie pacjentów do przeszczepu nerki;
    2) przeprowadzanie podstawowej diagnostyki i leczenia zachowawczego wtórnej nadczynności przytarczyc, wtórnej niedokrwistości;
    3) przeprowadzanie diagnostyki i leczenie powikłań związanych z dostępem naczyniowym;
    4) edukacja pacjentów w zakresie podstawowych zasad higieny, pielęgnacji przetoki tętniczo-żylnej, stylu życia, stosowanej diety, zachowań prozdrowotnych;
    5) sprawowanie opieki ambulatoryjnej nad pacjentami, u których zastosowano leczenie nerko-zastępcze metodą ciągłej dializy otrzewnowej - CADO lub dializy wykonywanej przy użyciu cyklera - ADO poprzez: przeprowadzanie badań okresowych, leczenie zachowawcze wtórnej nadczynności przytarczyc, wtórnej niedokrwistości, zapobieganie powikłaniom infekcyjnym dializy otrzewnowej;
    6) edukacja w zakresie podstawowych zasad aseptyki, wiedzy o chorobach nerek, stylu życia, stosowanej diety, pielęgnacji ujścia cewnika otrzewnowego Tenckhoffa, wymiany płynu dializacyjnego, zmiany opatrunku na ujściu cewnika dializacyjnego, postępowania w przypadku wystąpienia powikłań dializy otrzewnowej;
1. Stacja Dializ realizuje zadania zgodnie wymaganiami standardów akredytacyjnych dla Szpitali oraz zgodnie z normą jakości ISO 9001:2015.
5. Dyrektor Szpitala określi w drodze zarządzenia szczegółowy zakres działalności Stacji Dializ.

4) BLOK OPERACYJNY

A. BLOK OPERACYJNY

1. Blok Operacyjny jest samodzielną komórką organizacyjną Szpitala.
2. Blokiem Operacyjnym kieruje Kierownik Bloku Operacyjnego podległy bezpośrednio Z-cy Dyrektora do spraw Medycznych.
3. Do zakresu zadań Bloku Operacyjnego należy w szczególności zapewnienie warunków do udzielania świadczeń zdrowotnych o charakterze procedur operacyjnych przez medyczne komórki organizacyjne Szpitala.
4. Pracą personelu Bloku Operacyjnego kieruje i za jego działalność jest odpowiedzialny Kierownik Bloku Operacyjnego i Pielęgniarka Oddziałowa.
5. Personel sal operacyjnych podlega bezpośrednio Kierownikowi Bloku Operacyjnego oraz Pielęgniarce Oddziałowej.
6. Kierownik Bloku Operacyjnego wykonuje zadania mające na względzie w szczególności zapewnienie wysokiej jakości udzielania pacjentom Szpitala świadczeń zdrowotnych, a także efektywności pracy personelu Bloku Operacyjnego oraz zespołów operacyjnych.
7. Blok Operacyjny składa się z pokoi przygotowania pacjentów do zabiegów operacyjnych, śluz męskich i damskich, sal operacyjnych, myjni, magazynu na narzędzia sterylne i bieliznę operacyjną oraz innych pomieszczeń.
8. Blok Operacyjny 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.
9. W czasie trwania operacji personel znajdujący się w sali operacyjnej w sprawach dotyczących technicznego przeprowadzenia operacji jest podporządkowany głównemu operatorowi, a w sprawach ogólnego postępowania i bezpieczeństwa życia i zdrowia pacjenta lekarzowi anestezjologowi.
10. Wstęp na salę operacyjną w czasie trwania zabiegu mają poza personelem operacyjnym tylko osoby, które uzyskały zezwolenie Kierownika Bloku Operacyjnego.
11. Operacje odbywają się według ustalonego harmonogramu, który powinien być umieszczony na tablicy z podaniem danych osobowych pacjenta, Oddziału, na którym przebywa, rozpoznania, rodzaju znieczulenia i wyznaczonego personelu operacyjnego.
12. Wszelkie zmiany w harmonogramie operacji mogą nastąpić tylko za zgodą Kierownika Bloku Operacyjnego lub osoby upoważnionej oraz za zgodą lekarza anestezjologa.
13. Na Bloku Operacyjnym prowadzi się dokumentację wykonanych operacji w postaci księgi operacyjnej oraz protokołów zużycia materiałów według obowiązujących wzorów.
14. Sporządzenie opisów operacyjnych powinno nastąpić bezpośrednio po zakończeniu operacji. Opisy operacyjne sporządza lekarz operujący lub lekarz pełniący pierwszą asystę.
15. Lekarz operujący jest zobowiązany osobiście zbadać pacjenta przed rozpoczęciem operacji i upewnić się czy pacjent bądź przedstawiciel ustawowy lub osoba upoważniona wyraziły pisemną zgodę na operację, bądź też czy zachodzą podstawy do wykonania zabiegu bez uzyskania takiej zgody.
16. Przed przystąpieniem do operacji należy odpowiednio przygotować pacjenta pod względem jego kondycji psychicznej i fizycznej.
17. Przed przystąpieniem do operacji należy dokonać identyfikacji pacjenta.

18. Po zakończeniu operacji, na podstawie dokonanej oceny stanu pacjenta, anestezjolog podejmuje decyzję o przekazaniu pacjenta z sali operacyjnej do sali wybudzeń. Przekazanie pacjenta przez personel sali operacyjnej lub personel anestezjologiczny pod opiekę personelowi sali wybudzeniowej zostaje udokumentowane podpisem osoby przekazującej i przejmującej odpowiedzialność za pacjenta. Wszelkie zlecenia lekarskie powinny być uwidocznione w dokumentacji medycznej pacjenta.
19. Na Bloku Operacyjnym obowiązuje okołooperacyjna karta kontrolna, za której prowadzenie odpowiada uczestniczący w zabiegu lekarz anestezjolog, pełniący funkcję koordynatora okołooperacyjnej karty kontrolnej.
20. Blok Operacyjny realizuje zadania zgodnie wymaganiami standardów akredytacyjnych dla Szpitali oraz zgodnie z normą jakości ISO 9001:2015.
21. Dyrektor Szpitala określił w drodze zarządzenia szczegółowy zakres działalności Bloku Operacyjnego.

5) PRACOWNIE

1. Świadczenia zdrowotne dla pacjentów hospitalizowanych i ambulatoryjnych z zakresu badań diagnostycznych udzielane są w Szpitalu w ramach funkcjonujących Pracowni.
2. W Szpitalu działają Pracownie:
    1) prowadzące działalność w ramach struktury organizacyjnej Szpitala:
        a) **Pracownia Badań Przesiewowych** stanowi odrębną komórkę organizacyjną Szpitala. Pracownią Badań Przesiewowych kieruje Kierownik pracowni, który podlega bezpośrednio Z-cy Dyrektora do spraw Medycznych.

    2) prowadzące działalność w ramach Oddziałów Szpitalnych:
        a) **Pracownia hemodynamiki** prowadzi działalność w ramach Oddziału kardiologicznego z pododdziałem intensywnego nadzoru kardiologicznego, pododdziałem leczenia zaburzeń rytmu serca. Pracownią hemodynamiki kieruje Kierownik pracowni, który podlega bezpośrednio Ordynatorowi (lekarzowi kierującemu oddziałem) Oddziału kardiologicznego z pododdziałem intensywnego nadzoru kardiologicznego, pododdziałem leczenia zaburzeń rytmu serca.
        b) **Pracownia elektrofizjologii** prowadzi działalność w ramach Oddziału kardiologicznego z pododdziałem intensywnego nadzoru kardiologicznego, pododdziałem leczenia zaburzeń rytmu serca. Pracownią elektrofizjologii kieruje Kierownik pracowni, który podlega bezpośrednio Ordynatorowi (lekarzowi kierującemu oddziałem) Oddziału kardiologicznego z pododdziałem intensywnego nadzoru kardiologicznego, pododdziałem leczenia zaburzeń rytmu serca.
        c) **Pracownia endoskopii** prowadzi działalność w ramach Oddziału chirurgii ogólnej i małoinwazyjnej z pododdziałem chirurgii metabolicznej i pododdziałem chirurgii endokrynologicznej. Pracownią endoskopii kieruje Kierownik pracowni, który podlega bezpośrednio Ordynatorowi (lekarzowi kierującemu oddziałem) Oddziału chirurgii ogólnej i małoinwazyjnej z pododdziałem chirurgii metabolicznej i pododdziałem chirurgii endokrynologicznej.
        d) **Pracownia EKG** prowadzi działalność w ramach Oddziału kardiologicznego z pododdziałem intensywnego nadzoru kardiologicznego, pododdziałem leczenia zaburzeń rytmu serca i podlega bezpośrednio Ordynatorowi (lekarzowi kierującemu oddziałem) Oddziału kardiologicznego z pododdziałem intensywnego nadzoru kardiologicznego, pododdziałem leczenia zaburzeń rytmu serca.

e) **Pracownia Echokardiograficzna** prowadzi działalność w ramach Oddziału kardiologicznego z pododdziałem intensywnego nadzoru kardiologicznego, pododdziałem leczenia zaburzeń rytmu serca i podlega bezpośrednio Ordynatorowi (lekarzowi kierującemu oddziałem) Oddziału kardiologicznego z pododdziałem intensywnego nadzoru kardiologicznego, pododdziałem leczenia zaburzeń rytmu serca.

f) **Pracownia Rentgenodiagnostyki Ogólnej i Zabiegowej** prowadzi działalność w ramach Oddziału chirurgii naczyniowej. Pracownią Rentgenodiagnostyki Ogólnej i Zabiegowej kieruje Kierownik pracowni, który podlega bezpośrednio Ordynatorowi (lekarzowi kierującemu oddziałem) Oddziału chirurgii naczyniowej.

g) **Pracownia Przeznaczyniowej Diagnostyki i Terapii Wrodzonych Wad Serca u Dzieci** prowadzi działalność w ramach Oddziału kardiologii dziecięcej z pododdziałem kardiochirurgii dziecięcej i pododdziałem intensywnego nadzoru kardiologicznego który podlega bezpośrednio Ordynatorowi (lekarzowi kierującemu oddziałem) kardiologii dziecięcej z pododdziałem kardiochirurgii dziecięcej i pododdziałem intensywnego nadzoru kardiologicznego

3. Badania diagnostyczne mogą być wykonywane również przez podmioty zewnętrzne na podstawie umowy zawartej ze Szpitalem.

§48

II. OŚRODEK AMBULATORYJNYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

1. Ośrodek Ambulatoryjnych Świadczeń Zdrowotnych udziela świadczeń szpitalnych w zakresie, o którym mowa w §9 ust. 1 pkt 2 Regulaminu.
2. Ośrodek Ambulatoryjnych Świadczeń Zdrowotnych podlega bezpośrednio Z-cy Dyrektora do spraw Medycznych.
3. W skład Ośrodka Ambulatoryjnych Świadczeń Zdrowotnych wchodzą:

1)PORADNIE SPECJALISTYCZNE

1. Świadczenia zdrowotne z zakresu ambulatoryjnego lecznictwa specjalistycznego udzielane są w ramach funkcjonujących poradni specjalistycznych.
2. Poradnie specjalistyczne podlegają Z-cy Dyrektora do spraw Medycznych.
3. Poradnie specjalistyczne działające w ramach Oddziałów Szpitalnych:
   1) anestezjologiczna;
   2) angiologiczna;
   3) chirurgii ogólnej;
   4) chirurgii naczyniowej;
   5) chirurgii onkologicznej; jelita grubego;
   6) chirurgii urazowo – ortopedycznej;
   7) chorób wewnętrznych;
   8) dermatologiczna;

9) diabetologiczna;
10) gastroenterologiczna dla dzieci;
11) ginekologiczno-położnicza;
12) ginekologii onkologicznej;
13) kardiologiczna;
14) kardiologiczna dla dzieci;
15) metaboliczna;
16) nefrologiczna;
17) neurochirurgiczna;
18) okulistyczna;
19) onkologiczna;
20) otolaryngologiczna;
21) profilaktyki chorób piersi;
22) gabinet diagnostyczno - zabiegowy
23) genetyczna;
24) patologii noworodka;
25) pielęgnacyjny punkt konsultacyjny dla pacjentów ze stomią;
26) przyszpitalna poradnia ginekologiczno - położnicza
27) transplantacyjna;
28) urologiczna;
29) zamiejscowa poradnia chirurgii urazowo – ortopedycznej;
30) zamiejscowa poradnia rehabilitacji narządu ruchu.

4. Poradnie specjalistyczne działające samodzielnie:
    1) poradnia (gabinet) nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej;
5. Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne finansowane ze środków publicznych są udzielane na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.
6. Rejestracja do lekarza specjalisty odbywa się: osobiście, telefonicznie lub za pośrednictwem innej osoby.
7. Skierowanie obejmuje całość specjalistycznych świadczeń zdrowotnych związanych z leczeniem schorzenia, które było podstawą jego wystawienia.
8. W przypadku, gdy pacjent objęty leczeniem ambulatoryjnym wymaga leczenia szpitalnego, lekarz kierujący zobowiązany jest do wykonania i dołączenia do skierowania na leczenie szpitalne aktualnych wyników badań diagnostycznych, zgodnie z rozpoznanym schorzeniem, aktualną wiedzą i praktyką medyczną w celu potwierdzenia wstępnego rozpoznania. Koszty tych badań pokrywa kierujący lekarz specjalista.
9. Lekarz specjalista ma prawo kierować pacjenta na badania diagnostyczne na koszt podmiotu kierującego jeśli badania te leżą w kompetencjach lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, a pacjent nie dostarczył ich w dniu konsultacji.
10. Lekarz specjalista udzielający porady ma obowiązek:
    1) kompleksowej oceny stanu zdrowia pacjenta,
    2) podjęcia procesu leczenia,

3) realizacji procedur diagnostycznych właściwych dla ambulatoryjnej opieki specjalistycznej,

4) wydania orzeczenia o aktualnym stanie zdrowia pacjenta.

11. Udzielanie ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych odbywa się zgodnie z harmonogramem pracy poszczególnych poradni specjalistycznych.

2) DOLNOŚLĄSKI OŚRODEK DIAGNOSTYKI OBRAZOWEJ

1. Dolnośląski Ośrodek Diagnostyki Obrazowej jest samodzielną komórką organizacyjną Szpitala.
2. Dolnośląskim Ośrodkiem Diagnostyki Obrazowej kieruje Kierownik podległy bezpośrednio Z-cy Dyrektora do spraw Medycznych.
3. Do zadań Dolnośląskiego Ośrodka Diagnostyki Obrazowej należy w szczególności:
   1) wykonywanie świadczeń w zakresie rentgenodiagnostyki w trybie zmianowym i dyżurowym,
   2) wykonywanie w trybie planowym świadczeń w zakresie rentgenodiagnostyki, badań przesiewowych oraz badań specjalistycznych,
   3) wykonywanie badań w trybie pilnym,
   4) wykonywanie medycznych świadczeń radiologicznych zgodnie z wymaganiami Ustawy - Prawo atomowe,
   5) opis wyniku badania, zabiegu radiologicznego, zlecenie badań uzupełniających,
   6) opracowanie wniosków końcowych,
   7) archiwizacja dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi wymaganiami,
   8) stała współpraca z pozostałymi jednostkami organizacyjnymi Szpitala, szczególnie w zakresie omawiania bieżących wyników badań, trudniejszych problemów diagnostycznych oraz konfrontacji kliniczno - radiologicznych,
   9) organizacja konferencji, szkoleń wewnętrznych, zewnętrznych,
   10) uczestnictwo w szkoleniach wewnętrznych, zewnętrznych, specjalistycznych, obowiązkowych,
   11) działalność naukowa.
4. Strukturę wewnętrzną Dolnośląskiego Ośrodka Diagnostyki Obrazowej stanowią komórki świadczące usługi z zakresu rentgenodiagnostyki:
   a) Pracownia Tomografii Komputerowej,
   b) Pracownia Rezonansu Magnetycznego,
   c) Pracownia Rentgenodiagnostyki Ogólnej,
   d) Zamiejscowa Pracownia Rentgenodiagnostyki Ogólnej,
   e) Pracownia USG.
5. Dolnośląski Ośrodek Diagnostyki Obrazowej realizuje zadania zgodnie wymaganiami standardów akredytacyjnych dla Szpitali oraz zgodnie z normą jakości ISO 9001:2015.
6. Dyrektor Szpitala określi w drodze Zarządzenia szczegółowe zadania oraz organizację wewnętrzną Dolnośląskiego Ośrodka Diagnostyki Obrazowej.

§49

3. SEKCJA KONTROLI ZAKAŻEŃ SZPITALNYCH

1. Sekcja Kontroli Zakażeń Szpitalnych jest samodzielną komórką organizacyjną Szpitala podległą bezpośrednio Z-cy Dyrektora do spraw Medycznych.
2. Sekcją Kontroli Zakażeń Szpitalnych kieruje Kierownik podległy bezpośrednio Z-cy Dyrektora do spraw Medycznych.
3. Do zadań Sekcji Kontroli Zakażeń Szpitalnych należy:

1) opracowanie i aktualizacje systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych m.in. poprzez opracowanie i realizację programu i procedur zapobiegających szerzeniu się zakażeń szpitalnych
2) stała analiza lokalnej sytuacji epidemiologicznej, a w szczególności:
   a) identyfikacja i kontrola endemicznych i epidemicznych przypadków zakażeń szpitalnych,
   b) ocena przebiegu zakażenia i stanu hospitalizowanych pacjentów oraz skażenia środowiska szpitalnego.
3) konsultowanie chorych podejrzanych o zakażenie lub chorobę zakaźną oraz tych, u których rozpoznano zakażenie lub chorobę zakaźną,
4) prowadzenie kontroli wewnętrznych oraz przedstawianie wyników i wniosków z tych kontroli Dyrektorowi Szpitala i Komitetowi Kontroli Zakażeń Szpitalnych.
5) ocena ryzyka i monitorowanie występowania w szpitalu czynników alarmowych (drobnoustroje chorobotwórcze o szczególnej zjadliwości i/lub oporności na wiele leków) i zakażeń przez nie wywoływanych,
6) nadzór nad przestrzeganiem standardów i procedur zapewniających ochronę przed zakażeniami szpitalnymi w tym procedur dotyczących antyseptyki skóry, błon śluzowych oraz dekontaminacji, wyrobów medycznych i pomieszczeń Szpitala:
   a) monitorowanie wszystkich procesów związanych z występowaniem zakażeń u pacjentów oraz personelu Szpitala.
   b) nadzór nad zakażeniami szpitalnymi i poza szpitalnymi w celu wczesnego wykrycia ognisk epidemicznych i określenia zasad postępowania w przypadku wystąpienia szpitalnego ogniska epidemicznego.
   c) sporządzanie i przekazywanie Dyrektorowi Szpitala i Państwowej Inspekcji Sanitarnej:
      - raportów rocznych o zakażeniach szpitalnych i drobnoustrojach alarmowych,
      - raportów o podejrzeniu wystąpienia ogniska epidemicznego w zakładzie opieki zdrowotnej,
      - raportów końcowych z czynności podejmowanych w celu wygaszenia ogniska epidemicznego w zakładzie opieki zdrowotnej,
   d) monitorowanie i rejestrację zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych także infekcji poza szpitalnych,
   e) kontrola wszystkich ogniw odpowiedzialnych za prawidłowe funkcjonowanie programu kontroli zakażeń zakładowych,
7) opiniowanie propozycji zaopatrzenia Szpitala w nowoczesny sprzęt zwiększający ochronę przed zakażeniami,
8) nadzór nad ochroną indywidualną i zbiorową przed szerzeniem się biologicznych czynników chorobotwórczych,

9) codzienną współpracę z laboratorium mikrobiologicznym i analitycznym w zakresie kontroli zakażeń i określania konieczności wykonywania badań laboratoryjnych umożliwiających identyfikację biologicznych czynników niezbędnych do prawidłowego rozpoznania zakażenia lub choroby zakaźnej u poszczególnych pacjentów,
10) opracowanie i modyfikacja zasad polityki antybiotykowej Szpitala we współpracy z Apteką Szpitalną i Komitetem Terapeutycznym,
11) planowanie i realizacja edukacji personelu w zakresie profilaktyki i zwalczania zakażeń,
12) współpraca z Oddziałami Szpitalnymi, Apteką Szpitalną, Centralną Sterylizatornią w zakresie kontroli zakażeń szpitalnych,
13) udział w pracach Komitetu Terapeutycznego i współpraca w zakresie ustalania zasad racjonalnej antybiotykoterapii,
14) uaktualnianie zaleceń standardów i rekomendacji w zakresie zakażeń szpitalnych,
15) współpraca z Państwową Inspekcją Sanitarną, krajowymi ośrodkami referencyjnymi oraz towarzystwami naukowymi w sprawach rekomendacji i zaleceń dotyczących zakażeń szpitalnych,
16) inne działania niezbędne do zapobiegania zakażeniom zakładowym.

4. Sekcja Kontroli Zakażeń Szpitalnych realizuje zadania zgodnie wymaganiami standardów akredytacyjnych dla Szpitali oraz zgodnie z normą jakości ISO 9001:2015.
5. Dyrektor Szpitala określi w drodze zarządzenia szczegółowy zakres działalności Sekcji Kontroli Zakażeń Szpitalnych.

§50

APTEKA SZPITALNA

1. Apteka Szpitalna jest samodzielną komórką organizacyjna Szpitala.
2. Apteką Szpitalną kieruje Kierownik Apteki Szpitalnej podległy bezpośrednio Z-cy Dyrektora do spraw Medycznych.
3. Do zadań Apteki Szpitalnej należy:
    1) zaopatrywanie medycznych komórek organizacyjnych Szpitala w produkty lecznicze, środki opatrunkowe, środki dezynfekcyjne, płyny infuzyjne,
    2) sporządzanie leków recepturowych (maści, czopki, proszki, mieszanki),
    3) przygotowywanie preparatów do żywienia pozajelitowego,
    4) przygotowywanie jałowych leków cytotoksycznych do podawania dożylnego,
    5) przygotowywanie odpowiednich stężeń środków dezynfekcyjnych, odpowiednich stężeń i skażeń spirytusu,
    6) kontrola jakości i tożsamości leków gotowych i recepturowych,
    7) przestrzeganie finansowych limitów wydań na oddziały szpitalne,
    8) analiza zużycia w poszczególnych grupach wydań asortymentowych,
    9) zamawianie, wydawanie, rozliczanie wyrobów medycznych,
    10) udział w pracach Komitetu Terapeutycznego,
    11) udział w przygotowaniu i sporządzaniu Receptariusza Szpitalnego,
    12) współpraca z Sekcją Kontroli Zakażeń Szpitalnych,
    13) udział w badaniach klinicznych,

14) współpraca z Działem Zaopatrzenia i Zamówień Publicznych w zakresie realizacji ustawy Prawo Zamówień Publicznych w części dotyczącej dostawy produktów leczniczych, środków opatrunkowych, płynów infuzyjnych, żywienia, materiału szewnego, środków dezynfekcyjnych, udział w pracach Komisji Przetargowej,

15) prowadzenie praktyk studenckich wakacyjnych oraz praktyk dla słuchaczy Podyplomowego Studium Techników Farmaceutycznych.

4. Apteka Szpitalna realizuje zadania zgodnie wymaganiami standardów akredytacyjnych dla Szpitali oraz zgodnie z normą jakości ISO 9001:2015.
5. Szczegółowy zakres działalności Apteki Szpitalnej określa ramowy zakres działania.

§51

5. FARMAKOLOG KLINICZNY

1. Farmakolog Kliniczny podlega bezpośrednio Z-cy Dyrektora do spraw Medycznych.
2. Do podstawowych zadań Farmakologa Klinicznego należy nadzór nad gospodarką lekami, środkami odurzającymi, artykułami sanitarnymi, a w szczególności:
   1) tworzenie i modyfikacje receptariusza szpitalnego,
   2) kontrola i nadzór nad sporządzaniem zapotrzebowań na leki, uzupełnianiem zapasów leków,
   3) kontrola zapotrzebowań na środki odurzające, sposób ich przechowywania i zabezpieczania,
   4) bieżąca kontrola środków odurzających w zakresie ich właściwego zabezpieczenia, ordynacji i ewidencji,
   5) ustalanie w porozumieniu z Kierownikiem Apteki Szpitalnej, Ordynatorami (lekarzami kierującymi oddziałem), leków i środków sanitarnych dla apteczek oddziałowych i poradni specjalistycznych,
   6) stała kontrola zużycia leków i artykułów sanitarnych oraz ich terminów ważności,
   7) kontrola i nadzór nad przestrzeganiem przepisów w sprawie recept lekarskich i sposobów dokumentowania leków w dokumentacji medycznej pacjenta,
   8) udział w konsultacjach lekarskich w szczególnie skomplikowanych sytuacjach klinicznych,
   9) udział w komisjach przetargowych dotyczących zakupu leków i materiałów medycznych,
   10) współpraca z kierownikami komórek organizacyjnych w zakresie dostosowania najbardziej właściwej terapii w danych jednostkach chorobowych,
   11) opracowanie informacji dla Ordynatorów (lekarzy kierujących oddziałami) o działaniu środków farmakologicznych,
   12) analiza zużycia leków w realizacji procedur medycznych,
   13) analiza właściwego ordynowania leków.
3. Szczegółowe zadania Farmakologa Klinicznego określa ramowy zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności znajdujący się w aktach osobowych.

§52

6. KOORDYNATOR DIAGNOSTYKI

1. Koordynator Diagnostyki podlega bezpośrednio Z-cy Dyrektora do spraw Medycznych.

2. Do zadań Koordynatora Diagnostyki należy:
   1) koordynacja wewnętrznej i zewnętrznej medycznej działalności diagnostycznej potrzebnej w zakresie usług medycznych świadczonych przez Szpital,
   2) optymalne wykorzystywanie zasobów kadrowych i sprzętowych Szpitala w zakresie diagnostyki medycznej,
   3) analiza efektywności procesów diagnostycznych realizowanych przez Szpital,
   4) nadzór nad właściwym rozliczaniem usług wewnętrznych i zewnętrznych w zakresie diagnostyki medycznej,
   5) podejmowanie działań w zakresie pożądanych zmian dotyczących profilu usług diagnostycznych Szpitala.
3. Szczegółowe zadania Koordynatora Diagnostyki określa ramowy zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności znajdujący się w aktach osobowych.

§52A

7. PUNKT PRZYJĘĆ PLANOWYCH

1. Punkt Przyjęć Planowych jest samodzielną komórką organizacyjną Szpitala podległą bezpośrednio Z-cy Dyrektora ds. Medycznych.
2. Do zadań Punktu Przyjęć Planowych należy:
   1) weryfikacja przygotowania pacjenta do hospitalizacji,
   2) założenie historii choroby pacjenta,
   3) zapewnienie pacjentowi:
      a) pomocy podczas przekazania rzeczy do depozytu,
      b) asysty/transportu do Oddziału Szpitalnego,
   4) przekazywanie przyjmowanych pacjentów do Oddziałów Szpitalnych.
3. Punkt Przyjęć Planowych realizuje zadania zgodnie wymaganiami standardów akredytacyjnych dla Szpitali oraz zgodnie z normą jakości ISO 9001:2015.
4. Szczegółowy zakres działalności Punktu Przyjęć Planowych określa ramowy zakres działania.

§53

ORDYNATOR (LEKARZ KIERUJĄCY ODDZIAŁEM)

1. Ordynator (lekarz kierujący oddziałem) odpowiada za właściwe organizowanie pracy w podległej komórce organizacyjnej oraz za zapewnienie prawidłowego i terminowego wykonywania powierzonych zadań i obowiązków.
2. Ordynator (lekarz kierujący oddziałem) podlega bezpośrednio Z-cy Dyrektora do spraw Medycznych.
3. Ordynatorowi (lekarzowi kierującemu oddziałem) podlega bezpośrednio Sekretariat Medyczny.
4. Do zadań Ordynatora (lekarza kierującego oddziałem) należy w szczególności:
   1) kierowanie podległą komórką organizacyjną pod względem medycznym, administracyjnym, ekonomicznym,
   2) czuwanie nad prawidłowym tokiem pracy w podległej komórce organizacyjnej,
   3) nadzór pod względem fachowym i etycznym pracą podległego personelu, oraz dbanie o dyscyplinę pracy,

4) zawiadamianie Dyrektora Szpitala o każdym wykroczeniu przeciwko ustalonym zasadom pomocy lekarskiej i pielęgniarskiej o nieprzestrzeganiu reguł etycznych oraz naruszaniu dyscypliny pracy,
5) właściwe postępowanie w procesie leczenia pacjentów w Oddziale Szpitalnym zgodnie z postępem wiedzy lekarskiej,
6) przestrzeganie praw pacjenta i zasad etyki zawodowej,
7) organizowanie i nadzór nad prawidłowym przebiegiem informacji związanej z leczeniem pacjentów jak i zarządzaniem podległą komórką organizacyjną,
8) prowadzenie polityki personalnej gwarantującej odpowiedni poziom świadczonych usług,
9) nadzorowanie prowadzonej dokumentacji medycznej,
10) nadzór nad przygotowaniem dokumentacji medycznej do archiwizacji,
11) nadzór nad prawidłowym i optymalnym rozliczaniem świadczeń, zgodnie z wytycznymi zawartymi w przepisach regulujących udzielanie świadczeń;
12) nadzór nad bieżącym uzupełnianiem systemu HIS w odniesieniu do rozliczenia każdego udzielonego w komórce świadczenia,
13) nadzór nad prawidłową ewidencją świadczeń ze szczególnym uwzględnieniem DILO, świadczeń poza DILO oraz dodatkowych produktów tj. krwi i preparatów krwiopochodnych, żywienia, substancji leczniczych dla hospitalizacji; ryczałtu na badania diagnostyczne w programach lekowych i innych, zgodnie z obowiązującymi zasadami rozliczeń;
14) nadzór nad dokonaniem korekt świadczeń, jeżeli zostaną zakwestionowane, lub zaistnieje konieczność poprawy rozliczenia na bardziej korzystne na podstawie weryfikacji NFZ oraz na podstawie innych dostępnych aplikacji,
15) nadzoru nad bieżącą poprawą błędów walidacji wewnętrznej i weryfikacji NFZ,
16) współpraca z Działem Sprzedaży Usług Medycznych w zakresie weryfikacji rozliczenia pod kątem jego zgodności z zasadami rozliczeń oraz pod kątem optymalnego rozliczenia,
17) nadzór nad terminowym rozliczaniem świadczeń,
18) przedkładanie do zaopiniowania przez Zastępcę Dyrektora do spraw Finansów i Administracji wszelkich decyzji mających skutki ekonomiczne,
19) szkolenie na bieżąco kadry lekarskiej, pielęgniarskiej oraz w ramach specjalizacji lekarskiej i pielęgniarskiej,
20) inicjowanie prowadzenia badań naukowych,
21) udział w pracach na rzecz Ośrodka Badawczo-Rozwojowego,
22) rozpatrywanie skarg i wniosków,
23) racjonalne i zgodne z przeznaczeniem wykorzystanie majątku i środków,
24) dbanie o bezpieczeństwo pracy podległego personelu oraz bezpieczeństwo pacjentów.

5. Ordynator (lekarz kierujący oddziałem) ustala rozkład czasu pracy lekarzy zatrudnionych na Oddziale.
6. Ordynator (lekarz kierujący oddziałem) jest upoważniony do wydawania wewnętrznych procedur dotyczących funkcjonowania i organizacji pracy podległej komórki organizacyjnej.
7. Szczegółowe zadania Ordynatora (lekarza kierującego oddziałem) określa ramowy zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności znajdujący się w aktach osobowych.

§54

LEKARZ INSPEKCYJNY

1. Lekarz inspekcyjny podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.
2. Lekarz inspekcyjny jest zwierzchnikiem pozostałych lekarzy dyżurnych pełniących dyżur medyczny.
3. Lekarza inspekcyjnego wyznacza Dyrektor Szpitala spośród lekarzy pełniących dyżur medyczny w Szpitalu.
4. Lekarz inspekcyjny koordynuje funkcjonowanie poszczególnych komórek organizacyjnych (medycznych) Szpitala poza godzinami normalnej ordynacji lekarskiej.
5. Do obowiązków lekarza inspekcyjnego w czasie trwania dyżuru należy:
   1) zastępowanie Dyrektora Szpitala w czasie jego nieobecności poza godzinami normalnej ordynacji lekarskiej,
   2) pozostawanie w ciągłej gotowości do podejmowania działań dotyczących funkcjonowania Szpitala w czasie trwania dyżuru,
   3) bieżące rozwiązywanie problemów zgłaszanych przez personel Szpitala w czasie trwania dyżuru,
6. W przypadku zaistnienia sytuacji nadzwyczajnej, zagrożenia normalnej działalności Szpitala lekarz inspekcyjny:
   1) o zaistniałej sytuacji niezwłocznie zawiadamia Dyrektora Szpitala i jego zastępców,
   2) staje się kierownikiem i organizatorem akcji ratowniczej do chwili przybycia Dyrektora Szpitala.
7. Sposób postępowania w sytuacji nadzwyczajnej reguluje Procedura „Postępowanie na wypadek zdarzeń nadzwyczajnych na terenie Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego we Wrocławiu" wprowadzona Zarządzeniem Dyrektora Szpitala, znajdująca się w każdym Oddziale Szpitalnym.
8. Funkcję lekarza inspekcyjnego Szpitala może pełnić lekarz posiadający drugi stopień specjalizacji zatrudniony na stanowisku starszego asystenta.
9. Grafik dyżurów lekarza inspekcyjnego ustala Dyrektor Szpitala w porozumieniu z Ordynatorami (lekarzami kierującymi oddziałami).
10. Informacja ogólnodostępna zawierająca imię i nazwisko dyżurującego w danym dniu lekarza inspekcyjnego jest zamieszczana na portierni w holu głównym Szpitala oraz w Sekretariacie.
11. Miesięczny grafik lekarzy pełniących funkcję lekarza inspekcyjnego dostępny jest w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym, Oddziałach Szpitalnych, portierniach.

§55

LEKARZ DYŻURNY

1. Lekarz dyżurny podlega w zakresie wykonywania swych czynności w Oddziale Szpitalnym Ordynatorowi (lekarzowi kierującemu oddziałem).
2. Lekarz dyżurny jest obowiązany:
   a) zapewnić opiekę medyczną podległym mu pacjentom,
   b) rozpoczynać dyżur o godzinie ustalonej zgodnie z systemem organizacyjnym Oddziału Szpitalnego,
   c) kończyć dyżur po rozpoczęciu normalnej ordynacji lekarskiej w Oddziale Szpitalnym, a w niedzielę i święta – po zgłoszeniu się zastępcy, któremu lekarz

dyżurny powinien przekazać informacje z odbytego dyżuru i zapoznać ze stanem pacjentów,

d) składać raport z odbytego dyżuru Ordynatorowi (lekarzowi kierującemu oddziałem),

e) przebywać w Oddziale Szpitalnym przez cały czas trwania dyżuru, a w razie uzasadnionej konieczności wyjścia do innego Oddziału Szpitalnego poinformować personel pielęgniarski o miejscu pobytu,

f) dokładnie zbadać każdego pacjenta skierowanego na leczenie i po ustaleniu, przy pomocy wszystkich dostępnych środków, rozpoznania - wytyczyć linię postępowania i rozpocząć leczenie,

g) na prośbę lekarza dyżurnego SOR lub lekarza dyżurnego innego Oddziału Szpitalnego, przeprowadzić badanie konsultacyjne lub uczestniczyć w naradzie lekarskiej powołanej w celu ustalenia rozpoznania lub uzgodnienia dalszego postępowania, przy czym konsultacje specjalistyczne winny być udzielane: w przypadku pacjentów hospitalizowanych – w nagłych przypadkach pogorszenia stanu zdrowia, a u pacjentów nowoprzyjętych – jeżeli brak takiej konsultacji mógłby spowodować zagrożenie życia (w razie konieczności konsultacji w innym Oddziale Szpitalnym lekarz jest obowiązany poinformować personel pielęgniarski o miejscu pobytu),

h) w przypadku konieczności opuszczenia Oddziału Szpitalnego, w związku z wykonaniem pilnych konsultacji w innych Oddziałach Szpitalnych, lekarz dyżurny powinien poprosić o czasowy nadzór nad podległymi mu pacjentami lekarza dyżurnego z najbliższego Oddziału Szpitalnego i wykonywać obchody lekarskie w godzinach, co najmniej popołudniowych i wieczornych, a w soboty, niedziele i święta także rano,

i) prowadzić, zgodnie z postępem wiedzy lekarskiej, postępowanie lecznicze u pacjentów powierzonych jego opiece,

j) uczestniczyć i wykonywać samodzielnie wynikające z postawionych wskazań zabiegi (zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami) u pacjentów przyjętych do Szpitala w czasie dyżuru,

k) w przypadku wątpliwości każdorazowo zasięgać opinii Ordynatora (lekarza kierującego oddziałem) lub wzywać go na naradę, jeśli istnieją trudności w rozpoznaniu lub postępowaniu,

l) prowadzić dokładną i systematyczną dokumentację chorych przyjętych w czasie dyżuru, ciężko chorych, u których występują znaczne różnice w stanie zdrowia oraz chorych przeniesionych z innych Oddziałów Szpitalnych (szpitali), a także zmarłych,

m) nadzorować pracę personelu pielęgniarskiego i pomocniczego, kontrolować wykonywanie wydanych zleceń i pielęgnowania ciężko chorych,

n) udawać się bezzwłocznie na wezwanie personelu do pacjentów wymagających pomocy,

o) udzielać informacji o stanie zdrowia dzieci nowoprzyjętych lub w stanie ciężkim, po które zwracają się ich przedstawiciele ustawowi.

3. Jeżeli na Oddziale Szpitalnym wyznaczono równocześnie dwóch lub więcej lekarzy dyżurnych, jeden z nich wyznaczony przez Ordynatora (lekarza kierującego oddziałem) jest zwierzchnikiem pozostałych.

§56

KIEROWNIK KOMÓRKI ORGANIZACYJNEJ

1. Kierownik komórki organizacyjnej odpowiada za właściwe organizowanie pracy w podległej komórce organizacyjnej oraz za zapewnienie prawidłowego i terminowego wykonywania powierzonych zadań i obowiązków.
2. Kierownik komórki organizacyjnej podlega według zasad określonych w §29 Regulaminu organizacyjnego.
3. Do zadań Kierownika komórki organizacyjnej należy w szczególności:
   1) kierowanie podległą komórką organizacyjną;
   2) czuwanie nad prawidłowym zatrudnieniem podległego personelu, zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami i zasadą racjonalnego wykorzystania czasu pracy;
   3) nadzór pod względem fachowym i etycznym nad pracą podległego personelu, oraz dbanie o dyscyplinę pracy;
   4) znajomość przepisów dotyczących pracy komórki organizacyjnej, zapoznanie z nimi podległego personelu oraz nadzorowanie ich stosowania;
   5) znajomość i stosowanie w praktyce obowiązujących aktów prawnych wewnętrznych i zewnętrznych, jak również zaznajomienie podległych pracowników z dotyczącymi ich aktami prawnymi;
   6) realizacja zarządzeń i decyzji Dyrektora Szpitala;
   7) inicjowanie zmian organizacyjnych dotyczących podległej komórki organizacyjnej;
   8) opracowywanie szczegółowych zakresów obowiązków dla podległych pracowników;
   9) przydzielanie zadań podległym pracownikom i kontrola ich realizacji;
   10) nadzorowanie przestrzegania przez podległych pracowników obowiązujących w Szpitalu wewnętrznych aktów normatywnych;
   11) nadzorowanie prawidłowego obiegu dokumentów;
   12) nadzorowanie przestrzegania przez pracowników przepisów bhp, ppoż, dyscypliny pracy oraz tajemnicy służbowej;
4. Kierownik komórki organizacyjnej jest upoważniony do wydawania wewnętrznych procedur dotyczących funkcjonowania i organizacji pracy podległej komórki organizacyjnej.
5. Szczegółowe zadania Kierownika komórki organizacyjnej określa ramowy zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności znajdujący się w aktach osobowych.

§56A

Wszyscy pracownicy Szpitala zobowiązani są do:

1) wykonywania pracy sumiennie i starannie oraz stosowania się do poleceń przełożonych, które dotyczą wykonywanej pracy jeżeli nie są one sprzeczne z przepisami prawa;
2) przestrzegania czasu pracy ustalonego w Szpitalu;
3) przestrzegania Regulaminu Pracy i Regulaminu Organizacyjnego Szpitala;
4) przestrzegania przepisów oraz zasad bezpieczeństwa i higieny pracy a także przepisów przeciwpożarowych;

5) zachowania w tajemnicy informacji, których ujawnienie mogłoby narazić pracodawcę na szkodę;
6) przestrzegania Polityki Ochrony Danych Osobowych obowiązującej w Szpitalu;
7) zapoznawania się na bieżąco z treścią aktów prawnych zewnętrznych i wewnętrznych, które mają bezpośredni wpływ na realizację wykonywanych przez nich zadań;
8) znajomości i stosowania w praktyce obowiązujących aktów prawnych zewnętrznych i wewnętrznych obowiązujących w Szpitalu;
9) dbania o dobro Szpitala oraz ochronę jego mienia, tak aby nie narażać pracodawcy na szkodę tzn.
   a) pracownik Szpitala, który wskutek niewykonania lub nienależytego wykonania obowiązków pracowniczych ze swojej winy wyrządził szkodę w mieniu Szpitala ponosi z tego tytułu odpowiedzialność majątkową,
   b) w przypadku wyrządzenia szkody przez kilku pracowników, każdy z nich ponosi odpowiedzialność majątkową za część szkody, stosownie do przyczynienia się do jej powstania i stopnia winy, a jeżeli ustalenie stopnia przyczynienia się poszczególnych pracowników do szkody nie jest możliwe, wówczas odpowiadają oni w częściach równych.
10) przestrzegania zasad współżycia społecznego.

ROZDZIAŁ IX.

RAMOWE ZAKRESY DZIAŁANIA KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH SZPITALA I SAMODZIELNYCH STANOWISK PODLEGŁYCH ZASTĘPCY DYREKTORA DO SPRAW PIELĘGNIARSTWA

§57

I. PRZEŁOŻONA PIELĘGNIAREK

1. Przełożona Pielęgniarek podlega bezpośrednio Z-cy Dyrektora do spraw Pielęgniarstwa.
2. Do zadań Przełożonej Pielęgniarek należy:
   1) organizowanie, nadzorowanie i koordynowanie pracy zespołu średniego i niższego,
   2) organizowanie pracy pielęgniarek i położnych (w tym oddziałowych i koordynujących) oraz personelu niższego współdziałającego w opiece pielęgniarskiej w uzgodnieniu z właściwą pielęgniarką oddziałową lub pielęgniarką koordynującą oraz z kierownikami poszczególnych komórek organizacyjnych,
   3) wprowadzanie usprawnień oraz nowych metod pielęgnacyjnych optymalizujących poziom opieki nad pacjentem,
   4) opiniowanie w sprawach dotyczących w szczególności:
      a) planu pracy Szpitala,

b) podziału etatów na poszczególne jednostki organizacyjne,
c) rozmieszczenia lokalowego poszczególnych komórek organizacyjnych,
d) planowania remontów i wyposażenia.

5) merytoryczny nadzór nad opieką pielęgniarską poprzez organizowanie kontroli podległych jej komórek organizacyjnych, wydawanie w tym względzie odpowiednich zaleceń i egzekwowanie ich wykonania,
6) bezpośredni nadzór nad pracą oddziałowych, starszych pielęgniarek, udzielanie wymaganego instruktażu i kontroli ich pracy, organizowanie okresowych narad roboczych,
7) zapewnienie właściwego poziomu opieki pielęgniarskiej oraz wysokiej jakości i efektywności podległego personelu,
8) badanie potrzeb w zakresie usprawnienia organizacji i metod pracy podległego personelu, opracowywanie wniosków z tego zakresu,
9) dbanie o podnoszenie kwalifikacji zawodowych i ogólnych podległego personelu poprzez:
   a) inicjowanie i organizowanie szkoleń wewnątrzszpitalnych, wnioskowanie w sprawie typowania na zorganizowane formy szkolenia podyplomowego i studia pielęgniarskie,
   b) czuwanie nad prawidłową adaptacją nowych pracowników,
   c) współpraca w niezbędnym zakresie z dyrekcjami szkół medycznych i nauczycielami praktycznej nauki zawodu, dla których Szpital stanowi bazę szkolenia praktycznego,
   d) dokonywanie okresowej analizy i oceny pracy podległego personelu.
10) racjonalne rozmieszczenie i wykorzystanie kadry,
11) opiniowanie w sprawach dotyczących obsadzania stanowisk kierowniczych stanowisk, nagród, awansów, odznaczeń, upomnień, nagan,
12) okresowa analiza stanu zatrudnienia i planowanie potrzeb w tym zakresie.

3. Szczegółowe zadania Przełożonej Pielęgniarek określa jej ramowy zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności znajdujący się w aktach osobowych.

§58

II. PIELĘGNIARKA/POŁOŻNA ODDZIAŁOWA

1. Pielęgniarka/Położna Oddziałowa podlega Z-cy Dyrektora do spraw Pielęgniarstwa.
2. Do zadań Pielęgniarki/Położnej Oddziałowej należy:
   1) współpraca z Ordynatorem (lekarzem kierującym oddziałem) w zakresie organizacji pracy pielęgniarek i realizacji świadczeń pielęgniarskich,
   2) sprawowanie nadzoru nad prawidłowym wykonywaniem zaleceń lekarskich przez podległy personel,

3) czuwanie nad prawidłową gospodarką lekami – przestrzeganie ustalonych norm,
4) uczestniczenie w raportach pielęgniarskich i lekarsko-pielęgniarskich oraz w wizytach lekarskich,
5) czuwanie nad opieką pielęgniarską w aspekcie zaspokojenia wszechstronnych potrzeb pacjenta,
6) nadzór i koordynacja pracy personelu pielęgniarskiego i pomocniczego pracującego w Oddziale Szpitalnym oraz w Poradniach specjalistycznych i Pracowniach,
7) nadzór nad sprawowaniem kompleksowej, skoordynowanej opieki pielęgniarskiej nad wszystkimi pacjentami przebywającymi w Oddziale, w tym przekazanymi tymczasowo z innych Oddziałów Szpitalnych,
8) zabezpieczenie utrzymania w Oddziale Szpitalnym bezwzględnej czystości i porządku,
9) sporządzanie zapotrzebowań żywnościowych dla pacjentów - współpraca z firmą świadczącą usługi żywienia,
10) czuwanie nad właściwym zaopatrzeniem Oddziału Szpitalnego oraz podległych Poradni specjalistycznych i Pracowni w niezbędny sprzęt medyczny,
11) planowanie modernizacji pomieszczeń Oddziału Szpitalnego,
12) prowadzenie apteczki Oddziału Szpitalnego, stałe jej uzupełnianie oraz należyte przechowywanie leków,
13) nadzór nad prowadzeniem obowiązującej dokumentacji medycznej,
14) współpraca z innymi Oddziałami Szpitalnymi oraz ośrodkami, działami i sekcjami,
15) składanie Z-cy Dyrektora do spraw Pielęgniarstwa sprawozdań ze swojej działalności,
16) niezwłoczne powiadomienie o wszystkich zaistniałych wyjątkowych sytuacjach Ordynatora (lekarza kierującego oddziałem), lekarza dyżurnego i Z-cę Dyrektora do spraw Pielęgniarstwa,
17) podział obowiązków, odpowiedzialności i uprawnień zgodnie z kwalifikacjami i umiejętnościami podległego personelu,
18) prowadzenie polityki kadrowej umożliwiającej właściwe gospodarowanie personelem (grafiki, urlopy, zastępstwa),
19) prowadzenie bieżącej kontroli wykonywanych zadań oraz dokumentowania udzielanych świadczeń,
20) przeprowadzanie okresowej oceny podległego personelu,
21) przeprowadzanie okresowej kontroli na dyżurach popołudniowych, nocnych oraz w dni wolne od pracy, niedzielę i święta w zakresie zadań wykonywanych przez podległy jej personel,
22) realizacja działań profilaktycznych w zakresie zespołu wypalenia zawodowego,
23) udzielanie porad pielęgniarkom/położnym w sprawach pielęgnowania pacjentów i prowadzenie bieżącego instruktażu z zakresu doboru metod postępowania pielęgnacyjnego,
24) uczestnictwo w naborze i ocenie personelu.

3. Nadzór nad pracą personelu pielęgniarskiego i pomocniczego sprawuje Pielęgniarka/Położna Oddziałowa, a w przypadku jej nieobecności osoba wyznaczona przez Z-cę Dyrektora do spraw Pielęgniarstwa.

4. Rozkład czasu pracy personelu pielęgniarskiego i pomocniczego Oddziału Szpitalnego ustala Pielęgniarka/Położna Oddziałowa w porozumieniu z Ordynatorem (lekarzem kierującym oddziałem) oraz Z-cą Dyrektora do spraw Pielęgniarstwa.
5. Szczegółowe zadania Pielęgniarki/Położnej Oddziałowej określa jej ramowy zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności znajdujący się w aktach osobowych.

§59

III. TECHNICY MEDYCZNI

1. Technicy Medyczni podlegają Z-cy Dyrektora do spraw Pielęgniarstwa.
2. Do zadań Technika Medycznego należy:
   1) wykonywanie badań radiologicznych,
   2) przygotowywanie gabinetu do badań, dbanie o czystość i sprawność urządzeń i sprzętu radiologicznego,
   3) obserwowanie i sprawowanie opieki nad pacjentem w czasie wykonywania badania i po badaniu,
   4) prowadzenie obowiązującej dokumentacji radiologicznej,
   5) odpowiednie przechowywanie sprzętu, materiałów światłoczułych oraz wykorzystywanie sprzętu i urządzeń zgodnie z ich przeznaczeniem, instrukcjami użytkowania oraz regulaminami wewnętrznymi.
3. Szczegółowe zadania Technika Medycznego określa ramowy zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności znajdujący się w aktach osobowych.

§60

IV. SEKCJA ŻYWIENIA

1. Sekcja Żywienia podlega Z-cy Dyrektora do spraw Pielęgniarstwa.
2. Do podstawowych zadań Sekcji Żywienia należy:
   1) prowadzenie racjonalnej i zgodnej z przepisami gospodarki żywieniowej dla pacjentów Szpitala,
   2) kontrola zgodności rodzaju sporządzanych potraw z zaplanowanymi jadłospisami, gramatur posiłków, estetyki ich podawania oraz kontrola stanu sanitarno – epidemiologicznego pomieszczeń kuchni,
   3) nadzór nad higieną i organizacją pracy w kuchni podczas sporządzania posiłków
   4) poradnictwo żywieniowe dla pacjentów Szpitala,
   5) prowadzenie i nadzór nad magazynem żywnościowym,
   6) prowadzenie dokumentacji zgodnie z obowiązującymi przepisami.
3. Szczegółowe zadania Sekcji Żywienia określa ramowy zakres działania.

§61

V. ZAMIEJSCOWY DZIAŁ REHABILITACJI LECZNICZEJ – DZIAŁ (PRACOWNIA) FIZJOTERAPII

1. Zamiejscowy Dział Rehabilitacji Leczniczej – Dział (Pracownia) Fizjoterapii podlega Z-cy Dyrektora do spraw Pielęgniarstwa.

2. Zamiejscowym Działem Rehabilitacji Leczniczej – Działem (Pracownią) Fizjoterapii kieruje Kierownik Działu.
3. Do zadań Zamiejscowego Działu Rehabilitacji Leczniczej – Działu (Pracowni) Fizjoterapii należy:
   1) realizacja świadczeń zdrowotnych w zakresie rehabilitacji leczniczej w tym fizykoterapii i kinezyterapii,
   2) prowadzenie zabiegów fizjoterapeutycznych zgodnie z zaleceniami i metodyką fizjoterapii,
   3) prowadzenie kinezyterapii indywidualnej i grupowej,
   4) prowadzenie leczenia usprawniającego pacjentów, którzy wymagają wczesnej rehabilitacji jako integralnej części leczenia szpitalnego,
   5) poradnictwo i kontrola usprawniania leczniczego pacjentów oraz ustalenie wskazań i przeciwwskazań do leczenia usprawniającego i fizykalnego,
   6) kierowanie do leczenia szpitalnego,
   7) prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z przyjętymi zasadami.
8. Dział Rehabilitacji Leczniczej – Dział (Pracownia) Fizjoterapii realizuje zadania zgodnie wymaganiami standardów akredytacyjnych dla Szpitali oraz zgodnie z normą jakości ISO 9001:2015.
4. Szczegółowy zakres działalności Zamiejscowego Działu Rehabilitacji Leczniczej – Działu (Pracowni) Fizjoterapii określa ramowy zakres działania.

§62

VI. PRACOWNIK SOCJALNY

1. Pracownik socjalny podlega Z-cy Dyrektora do spraw Pielęgniarstwa.
2. Pracownik socjalny jest łącznikiem pomiędzy pacjentem przebywającym w Szpitalu a środowiskiem, w którym chory normalnie przebywa, innymi podmiotami działalności leczniczej, z których pacjent korzystał poprzednio lub będzie korzystać po opuszczeniu szpitala, Zakładami Pracy, Domami Pomocy Społecznej, Zakładami Opiekuńczo - Leczniczymi, Pogotowiem Opiekuńczym, Ośrodkami Adopcyjnymi i Domami Dziecka.
3. W ramach swojej działalności pracownik socjalny współpracuje z Ośrodkami Pomocy Społecznej, Wojewódzkim Zespołem Pomocy Społecznej a także z instytucjami i organizacjami pełniącymi funkcje społeczne; na terenie Szpitala, z Ordynatorami (lekarzami kierującymi oddziałem), lekarzami, pielęgniarkami i administracją Szpitala.
4. Do zadań Pracownika socjalnego należy:
   1) występowanie w imieniu pacjenta do odpowiednich instytucji na zlecenie Ordynatora (lekarza kierującego oddziałem) lub na prośbę chorego,
   2) badanie środowiska pacjenta, jego warunków rodzinnych i mieszkaniowych (środowiskowych) oraz prowadzenie pracy socjalnej z chorym i jego rodziną,
   3) występowanie na zlecenie Ordynatora (lekarza kierującego oddziałem) lub lekarza leczącego do właściwych placówek służby zdrowia i ośrodków pomocy społecznej w sprawie zapewnienia dalszej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej, oraz zapewnianie opiekunki - pacjentowi opuszczającemu szpital,
   4) podejmowanie starań o umieszczenie chorego w Domu Pomocy Społecznej lub Zakładzie Opiekuńczo-Leczniczym ze względu na stan zdrowia, jego warunki rodzinne i bytowe,

5) czynienie starań o roztoczenie opieki nad rodziną pacjenta, jeżeli zajdzie taka potrzeba,

6) załatwianie formalności związanych z umieszczeniem dzieci pozbawionych opieki domowej, u których zakończono leczenie szpitalne w pogotowiu opiekuńczym czy domu dziecka,

7) pomoc w zapewnieniu odpowiednich środków i schronienia osobom bezdomnym opuszczającym Szpital.

8) prowadzenie ewidencji dokumentacji zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz systematycznie informowanie Ordynatora (lekarza kierującego oddziałem) o przebiegu załatwionych spraw.

5. Szczegółowe zadania Pracownika Socjalnego określa ramowy zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności znajdujący się w aktach osobowych.

§63

VII. KAPELAN SZPITALNY

1. Kapelan Szpitalny podlega Z-cy Dyrektora do spraw Pielęgniarstwa.
2. Do zadań Kapelana Szpitalnego należy:
   1) zapewnienie pacjentom przebywającym w Szpitalu potrzeb religijnych,
   2) udzielanie sakramentów świętych w kaplicy szpitalnej i salach chorych,
   3) odprawianie nabożeństw,
   4) troska o kaplicę szpitalną oraz umożliwienie osobom potrzebującym wsparcia duchowego korzystania z niej w ciągu dnia,
   5) przyjazd do Szpitala na każde wezwanie pacjentów,
   6) pomoc duszpasterska w organizowaniu pogrzebów osób samotnych.
3. Szczegółowe zadania Kapelana Szpitalnego określa ramowy zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności znajdujący się w aktach osobowych.

ROZDZIAŁ X.

RAMOWE ZAKRESY DZIAŁANIA KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH ADMINISTRACJI SZPITALA.

I. RAMOWE ZAKRESY KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH PODLEGAJĄCYCH ZASTĘPCY DYREKTORA DO SPRAW FINANSÓW I ADMINISTRACJI

§64

I. GŁÓWNY KSIĘGOWY/DZIAŁ KSIĘGOWOŚCI I FINANSÓW

1. Główny Księgowy podlega bezpośrednio Z-cy Dyrektora do spraw Finansów i Administracji.
2. Główny Księgowy ponosi odpowiedzialność w zakresie:
   1) prowadzenia rachunkowości Szpitala zgodnie z obowiązującymi zasadami,
   2) prowadzenia gospodarki finansowej zgodnie z obowiązującymi przepisami, w tym przepisami ustawy o finansach publicznych,

3) wykonywania dyspozycji środkami pieniężnymi,
4) dokonywania w ramach kontroli wewnętrznej operacji gospodarczych stanowiących przedmiot księgowań oraz kontroli zgodności operacji gospodarczych i finansowych z planem finansowym,
5) dokonywania kontroli kompletności i rzetelności dokumentów dotyczących operacji gospodarczych i finansowych,
6) opracowywania projektów przepisów wewnętrznych dotyczących prowadzenia rachunkowości wydawanych przez kierownika jednostki,
7) dostarczania odpowiednich informacji księgowych do tworzenia strategii finansowych, w tym planu finansowego i inwestycyjnego szpitala,
8) sporządzania deklaracji podatkowych i sprawozdań finansowych Szpitala zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa, w tym przepisami prawa finansów publicznych, prawa bilansowego i podatkowego oraz wytycznymi organu tworzącego,
9) współpraca z instytucjami zewnętrznymi w tym zakresie, w tym z organem tworzącym, Urzędem Skarbowym, itp.
10) archiwizowania dokumentacji finansowo-księgowej.

3. Szczegółowe zadania Głównego księgowego określa ramowy zakres działania.
4. Główny Księgowy kieruje, nadzoruje i wykonuje powierzone mu obowiązki przy pomocy Działu Księgowości i Finansów z Sekcją Ewidencji i Rozliczeń Kosztów.
5. Dział Księgowości i Finansów wraz z Sekcją Ewidencji i Rozliczeń Kosztów jest samodzielną komórką organizacyjną Szpitala, która podlega bezpośrednio Głównemu Księgowemu.
6. Do zadań Działu Księgowości i Finansów należy realizacja zadań wynikających z ustawy o rachunkowości, a w szczególności:
   1) prowadzenie ewidencji księgowej zgodnie z obowiązującymi przepisami,
   2) prowadzenie gospodarki gotówkowej,
   3) prowadzenie rejestrów faktur oraz terminowa realizacja zapłat,
   4) prowadzenie ewidencji i rozliczanie dotacji i środków celowych, terminowe sporządzanie sprawozdań finansowych, podatkowych i statystycznych (w tym GUS) wynikających z bieżących przepisów prawnych oraz zarządzeń podmiotu tworzącego analiza stanu zobowiązań i należności oraz ich windykacja,
   5) nadzór i kontrola prawidłowości, kompletności, rzetelności i terminowości wpływu i obiegu dokumentów księgowych oraz informacji dotyczących operacji gospodarczych w nich zawartych,
   6) terminowe regulowanie zobowiązań Szpitala,
   7) prowadzenie kontroli stanu majątku Szpitala, przygotowywanie dokumentacji potrzebnej do przeprowadzenia inwentaryzacji oraz jej rozliczenie,
   8) kalkulacja, księgowanie i ewidencja kosztów,
   9) aktywny udział w budowaniu, wdrażaniu i rozwoju narzędzi IT w zakresie dostosowania systemów do potrzeb ewidencyjnych, analitycznych, sprawozdawczych i statystycznych,
   10) właściwe przechowywanie i archiwizowanie dokumentów Działu i Sekcji.
7. Do zadań Sekcji Ewidencji i Rozliczeń Kosztów należy realizacja zadań wynikających z ustawy o rachunkowości, rozporządzenia Ministra Zdrowia w zakresie Rachunku kosztów, a w szczególności:

1) wyodrębnianie i aktualizacja ośrodków powstawania kosztów zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz regulacjami wewnętrznymi w zakresie poszczególnych rodzajów działalności,
2) analiza prawidłowości dokonanej ewidencji kosztów wg rodzaju oraz ich przypisania do poszczególnych ośrodków powstawania kosztów (OPK),
3) kalkulacja kosztu wytworzenia OPK, z uwzględnieniem regulacji prawnych i rodzajów prowadzonej działalności przez Szpital,
4) rozliczanie kosztów zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa dotyczącego podmiotów leczniczych,
5) opracowywanie, weryfikacja i nadzór nad aktualizacją kluczy podziałowych,
6) analiza, weryfikacja i ocena kosztów wytworzenia OPK, wskaźników i wyników finansowych,
7) aktywny udział w budowaniu, wdrażaniu i rozwoju narzędzi IT w zakresie dostosowania systemów do potrzeb ewidencyjnych, analitycznych, sprawozdawczych i statystycznych w zakresie rachunku kosztów i sprawozdań finansowych Szpitala,
8) nadzór nad prawidłową ewidencją kosztów i przychodów Szpitala warunkującą prawidłową informację finansową i zarządczą w zakresie wyników Szpitala i poszczególnych OPK,
9) tworzenie projektów wewnętrznych regulacji dotyczących ewidencji i rachunku kosztów,
10) dostarczanie niezbędnych danych dla controlingu fiansowego i wyceny procedur medycznych, świadczeń zdrowotnych i usług szpitalnych,
11) ścisła współpraca z Działem Planowania i Controlingu w obszarze realizacji rachunku kosztów i wielopłaszczyznowych analiz,
12) definiowanie i nadzór nad stworzeniem w systemach informatycznych sprawozdań finansowych i raportów zarządczych,
13) właściwe przechowywanie i archiwizowanie dokumentów Sekcji.

8. Szczegółowe zadania Działu Księgowości i Finansów z Sekcją Ewidencji i Rozliczeń Kosztów określa ramowy zakres działania.

§65

II. DZIAŁ ZATRUDNIENIA I WYNAGRODZEŃ

1. Dział Zatrudnienia i Wynagrodzeń jest samodzielną komórką organizacyjną Szpitala.
2. Działem Zatrudnienia i Wynagrodzeń kieruje Kierownik działu, który podlega bezpośrednio Z-cy Dyrektora do spraw Finansów i Administracji.
3. Do zadań Działu Zatrudnienia i Wynagrodzeń należy prowadzenie całokształtu spraw kadrowych i pracowniczych, a w szczególności:
   1) koordynacja szkoleń i dokształcania pracowników,
   2) nadzór nad przestrzeganiem dyscypliny pracy,
   3) prowadzenie ewidencji pracowników według obowiązujących przepisów,
   4) rekrutacja pracowników według wniosków zastępców Dyrektora Szpitala,
   5) ustalanie planów i prowadzenie ewidencji urlopów,
   6) sporządzanie planu zatrudnienia i wynagrodzeń,
   7) bieżące gospodarowanie funduszem płac, premii i nagród,

8) sporządzanie sprawozdań dotyczących funduszu płac i ich analiza,
9) bieżąca obsługa pracowników w zakresie wydawania dokumentacji kadrowo – płacowej,
10) opracowanie i wdrażanie ekonomicznych systemów motywacyjnych,
11) rozliczanie Szpitala z budżetem Państwa,
12) gospodarka zakładowym funduszem świadczeń socjalnych,
13) prowadzenie wymaganej sprawozdawczości GUS,
14) archiwizowanie dokumentacji kadrowo-płacowej,
15) realizacja zadań „HR- miękkiego".

4. Kierownikowi Działu Zatrudnienia i Wynagrodzeń podlega bezpośrednio Sekcja Rozwoju Kadr.
5. Do zadań Sekcji Rozwoju Kadr należy:
   1) zbieranie i przetwarzanie informacji o potencjale pracy w Szpitalu,
   2) realizowanie rozwoju zawodowego i szkoleń pracowników zgodnie z celami i strategią Szpitala,
   3) tworzenie i realizacja programów rozwojowych,
   4) sporządzanie planów szkoleń, harmonogramów, ankiet po szkoleniowych,
   5) zapewnienie odpowiedniego poziomu (ilościowo i jakościowo) pracowników, organizowanie rozwoju zawodowego i szkoleń pracowników,
   6) planowanie zatrudnienia zgodnie z obowiązującymi normami i polityką zatrudnienia,
   7) przygotowywanie i dokonywanie zmian w systemie okresowych ocen pracowniczych, adaptacji zawodowej nowo zatrudnionych pracowników, satysfakcji pracowniczej,
   8) redagowanie i sporządzanie Regulaminu Wynagradzania, Regulaminu Pracy, Regulaminu Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych,
   9) współpraca z uczelniami, szkołami w zakresie praktyk studenckich i uczniowskich.
6. Dział Zatrudnienia i Wynagrodzeń realizuje zadania zgodnie wymaganiami standardów akredytacyjnych dla Szpitali oraz zgodnie z normą jakości ISO 9001:2015.
7. Szczegółowe zadania Działu Zatrudnienia i Wynagrodzeń określa ramowy zakres działania.

§66

III. DZIAŁ PROJEKTÓW

1. Dział Projektów jest samodzielną komórką organizacyjną Szpitala.
2. Działem Projektów kieruje Kierownik działu podległy bezpośrednio Z-cy Dyrektora do spraw Finansów i Administracji.
3. Do zadań Działu Projektów należy pozyskiwanie środków finansowych na realizację inwestycji z UE, zewnętrznych źródeł krajowych, koordynacja działań w tym zakresie oraz prawidłowe rozliczanie pozyskanych środków, a w szczególności:
   a) monitorowanie informacji na temat możliwości pozyskiwania środków finansowych z UE oraz źródeł krajowych (MZ, UM WD) na realizację projektów określonych przez Dyrekcję Szpitala oraz ocena merytoryczna możliwości ich pozyskiwania,

b) opracowywanie dokumentacji aplikacyjnych lub współpraca z firmami konsultingowymi w celu opracowania dokumentacji aplikacyjnych,

c) koordynacja prac prowadzonych w ramach projektów, w tym współpraca z innymi komórkami organizacyjnymi Szpitala w celu opracowywania dokumentacji aplikacyjnych o zewnętrzne środki finansowe,

d) ostateczna weryfikacja merytoryczna i formalna dokumentacji aplikacyjnych,

e) składanie wniosków o środki z UE oraz zewnętrznych źródeł krajowych do odpowiednich instytucji,

f) prowadzenie korespondencji zewnętrznej w związku z pozyskiwaniem środków finansowych z UE oraz zewnętrznych źródeł krajowych na realizację projektów, zgodnie z opracowanymi w tym zakresie procedurami,

g) nadzór nad realizacją projektów, środków na zadania i prowadzonymi inwestycjami współfinansowanymi z UE oraz zewnętrznych źródeł krajowych w celu zapewnienia zgodności ich realizacji z zawartymi umowami, przepisami prawa, w tym wytycznymi Instytucji Pośredniczących i odrębnymi regulacjami w tym zakresie,

h) dbałość o prawidłowe i terminowe wykonywanie obowiązków Szpitala jako m.in. Beneficjenta wynikających z umów w tym: o dotacje, dofinansowanie projektów, w szczególności obowiązków sprawozdawczych wobec Instytucji Pośredniczących, Darczyńców oraz Donatorów,

i) rozliczanie pozyskanych środków na wnioskowane zadania, potrzeby i inwestycje Szpitala współfinansowanych ze środków finansowych z UE oraz zewnętrznych źródeł krajowych,

j) tworzenie Planu Projektów i Inwestycji Kluczowych,

k) współudział przy tworzeniu planu finansowego Szpitala,

l) prowadzenie całokształtu spraw Działu związanych z dokumentacją, sprawozdawczością i archiwizacją zgodnie z przyjętymi w Szpitalu procedurami.

4. Dział Projektów realizuje zadania zgodnie wymaganiami standardów akredytacyjnych dla Szpitali oraz zgodnie z normą jakości ISO 9001:2015.

5. Szczegółowe zadania Działu Projektów określa ramowy zakres działania.

§66 A

IV. DZIAŁ KONTROLINGU

1. Dział Kontrolingu jest samodzielną komórką organizacyjną Szpitala.

2. Działem Kontrolingu kieruje Kierownik działu podległy bezpośrednio Z-cy Dyrektora do spraw Finansów i Administracji.

3. Do zadań Działu Kontrolingu należy kształtowanie optymalnej polityki ekonomiczno-finansowej Szpitala i jego poszczególnych komórek organizacyjnych, w szczególności poprzez:

a) prowadzenie analiz ekonomicznych procesów biznesowych szpitala, obejmujących systematyczne raportowanie,

b) nadzór nad prawidłowym funkcjonowaniem systemu budżetowania w Szpitalu,

c) kalkulację kosztów procedur i usług,

d) koordynację procesu planowania finansowego poprzez opracowywanie wytycznych i procedur tworzenia planów finansowych szpitala i planów inwestycyjnych, zbieranie i analizę danych, opracowywanie końcowego projektu planu i jego bieżący monitoring,

e) wprowadzanie usprawnień systemowych dla gromadzenia i przetwarzania informacji finansowych (raporty finansowe, system BI),

f) sporządzaniu kompleksowych raportów dla Dyrekcji oraz Kierowników komórek organizacyjnych wspierających procesy zarządcze i decyzyjne,

g) bieżącą analizę sytuacji Szpitala i danych statystyczno-ekonomicznych,

h) opracowanie analiz oraz wniosków w odniesieniu do polityki ekonomiczno-finansowej Szpitala, usług i zadań, czy też poszczególnych komórek organizacyjnych,

i) wsparcie w zakresie dostosowania potencjału Szpitala i Oddziałów do zrealizowania zakontraktowanych usług,

j) analiza opłacalności rozwoju zasobów i potencjału do realizacji usług,

k) bieżące informowanie Ordynatorów (lekarzy kierujących oddziałami) o wynikach finansowych oraz zagrożeniach w realizacji planów,

l) wsparcie Oddziałów Szpitalnych w rozliczaniu usług (wewnętrznych i zewnętrznych),

m) współpracę z Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w ramach postępowań z zakresu taryfikacji świadczeń medycznych,

n) prowadzenie całokształtu spraw Działu związanych z dokumentacją, sprawozdawczością i archiwizacją zgodnie z przyjętymi w Szpitalu procedurami.

6. Dział Kontrolingu realizuje zadania zgodnie wymaganiami standardów akredytacyjnych dla Szpitali oraz zgodnie z normą jakości ISO 9001:2015.
7. Szczegółowe zadania Działu Kontrolingu określa ramowy zakres działania.

§67

V. DZIAŁ ZAOPATRZENIA I ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH

1. Dział Zaopatrzenia i Zamówień Publicznych jest samodzielną komórką organizacyjną Szpitala.
2. Działem Zaopatrzenia i Zamówień Publicznych kieruje Kierownik działu podległy bezpośrednio Z-cy Dyrektora do spraw Finansów i Administracji.
3. Do zadań Działu Zaopatrzenia i Zamówień Publicznych należy prowadzenie gospodarki zaopatrzeniowej Szpitala, a w szczególności:
   1) planowanie i realizacja dostaw materiałów i usług dla jednostek organizacyjnych Szpitala,
   2) realizacja kooperacji zewnętrznej i wewnętrznej,
   3) prowadzenie gospodarki magazynowej,
   4) współudział w opracowywaniu planu finansowego Szpitala w odniesieniu do niezbędnych środków finansowych na zakupy materiałów,
   5) bilansowanie zapotrzebowań na materiały ze stanem zapasów materiałów znajdujących się w magazynie centralnym oraz w fazie realizacji zamówień,
   6) prowadzenie rozliczeń finansowych dostaw (faktur) pod względem zgodności z warunkami zamówień i umów,
   7) prowadzenie rozliczeń zawartych umów zaopatrzeniowych pod względem zgodności z czasem trwania, wartością i ilością,
   8) prowadzenie rejestru zamówień publicznych dla wszystkich komórek organizacyjnych Szpitala odpowiedzialnych za wydatkowane środki,

9) składanie reklamacji, interweniowanie u wykonawców i dostawców zgodnie z zasadami określonymi w Regulaminie udzielania zamówień publicznych,

10) realizacja dyspozycji materiałowych i kontrola wydawania materiałów zgodnie z normami zużycia, planem, zapotrzebowaniami,

11) prowadzenie okresowej kontroli rzeczywistego stanu zapasów materiałowych, analizowania przekroczeń i formułowania zaleceń,

12) sporządzanie obowiązującej sprawozdawczości w zakresie gospodarki materiałowej, magazynowej, wykorzystanych środków finansowych,

13) przygotowywanie przetargów na podstawie ustawy Prawo Zamówień Publicznych.

4. Kierownikowi Działu Zaopatrzenia i Zamówień Publicznych podlega bezpośrednio:
   1) Sekcja Zamówień Publicznych,
   2) Sekcja Zaopatrzenia,
   3) Sekcja Transportu.
5. Do zadań Sekcji Zamówień Publicznych należy:
   a) prowadzenie wszystkich postępowań o udzielenie zamówienia publicznego o wartości równej lub przekraczającej, kwotę 130 000 zł, na zasadach określonych w ustawie Prawo zamówień publicznych,
   b) sporządzanie rocznego planu postępowań o udzielenie zamówień publicznych na podstawie zatwierdzonego planu finansowego Szpitala przekazanego przez Głównego Księgowego,
   c) zamieszczanie planu i aktualizacji planu postępowań o udzielenie zamówienia w Biuletynie Zamówień Publicznych oraz zamieszczanie na stronie internetowej zamawiającego,
   d) sporządzanie wniosków o wszczęcie postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na podstawie planu finansowego.
   e) opiniowanie wniosków o zamówienie dodatkowe na dostawę, usług lub robotę budowlana
   f) przekazywanie wniosków, o których mowa w pkt 5d do akceptacji:
      a) Radcy Prawnego w celu zaopiniowania pod względem formalno – prawnym,
      b) Głównego Księgowego celem jego kontrasygnaty,
      c) Dyrektora Szpitala lub osoby przez niego upoważnionej do zatwierdzenia,
   g) nadzór nad prawidłowym stosowaniem klasyfikacji wszystkich dostaw, usług i robót budowlanych zgodnie z ewidencją kosztów według kryterium rodzajowego w celu uniknięcia niedozwolonego ustawą Prawo zamówień publicznych dzielenia zamówienia na części lub zaniżania jego wartości,
   h) nadzór nad zgodnym z przepisami ustawy Prawo zamówień publicznych przygotowaniem i przeprowadzeniem postępowań przetargowych,
   i) prowadzenie Rejestru Zamówień Publicznych postępowań o udzielenie zamówienia publicznego.
6. Do zadań Sekcji Zaopatrzenia należy:
   1) odpowiedzialność za dostawy i usługi:
      a) dostaw niemedycznych środków trwałych i niskocennych środków trwałych a w szczególności zakup sprzętu AGD, mebli, bielizny szpitalnej itp,
      b) dostaw odzieży ochronnej i roboczej,

c) usług wynajmu odzieży operacyjnej,

d) dostaw paliw,

e) dostaw środków czystości,

f) dostaw materiałów biurowych, druków, prenumeraty,

g) dostaw innych materiałów dotyczących obszaru działania działu,

h) dostaw materiałów do badań diagnostycznych i odczynników,

i) dostaw pozostałych niesterylnych materiałów medycznych,

j) dostaw materiałów do konserwacji,

k) dostaw i usług objętych projektami naukowo badawczymi prowadzonymi przez Ośrodek Badawczo Rozwojowy,

l) usług pozostałych dotyczących obszaru działania działu.

2) przygotowanie planów rocznych w zakresie zaopatrzenia Szpitala w materiały i usługi,

3) prowadzenie zaopatrzenia zgodnie z obowiązującymi rozdzielnikami i planem rocznym,

4) realizacja zakupów zgodnie z zasadami określonymi w ustawie z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych,

5) sporządzanie zamówień oraz lokowanie ich u wykonawców,

6) sprawdzanie terminowości realizacji zamówień i interweniowanie w przypadku opóźnień w dostawach,

7) sprawdzanie dokumentów PZ w zakresie zgodności ze złożonymi zamówieniami,

8) prowadzenie postępowań reklamacyjnych dla wyżej wymienionych artykułów zgłaszanych przez Oddziały Szpitalne,

9) prowadzenie gospodarki magazynowej (Magazyn Centralny) a w szczególności:

a) przyjmowanie, przechowywanie i wydawanie artykułów spożywczych, gospodarczych, materiałów technicznych, bielizny i pościeli, sprzętu i inwentarza

b) przyjmowanie materiałów dostarczonych do magazynu, ustalenie ilości przyjmowanych materiałów, czuwanie nad ich odbiorem technicznym (jakościowym), sporządzanie prawidłowej dokumentacji na podstawie sprawdzonych dowodów dostawy i podpisywanie dowodów przyjęcia,

c) rozmieszczanie i układanie przyjętych materiałów w magazynie, zabezpieczanie ich przed ubytkami, zniszczeniem i kradzieżą,

d) wydawanie materiałów na podstawie prawidłowych, sprawdzonych dokumentów rozchodowych,

e) prowadzenie, zgodnie z obowiązującymi przepisami, ewidencji ruchu i stanów zapasów (ilościowej ewidencji magazynowej) oraz innych wymaganych ewidencji, rejestrów

f) przestrzeganie obowiązujących normatywów magazynowych oraz zgłaszanie potrzeby ich uzupełnienia,

g) zabezpieczenie pomieszczeń magazynowych przed kradzieżą i pożarem,

h) odpowiednie zabezpieczenie opakowań, zwłaszcza zwrotnych przed uszkodzeniem,

i) kontrolowanie zgodności rzeczywistego stanu zapasów ze stanem ewidencyjnym,

j) rozliczanie się z powierzonego majątku na podstawie inwentaryzacji,

k) przestrzeganie zasad obiegu dokumentacji i porządku w przechowywaniu dokumentów magazynowych,

l) rozliczanie się z dokumentów „PZ" i „RW" z Działem Księgowości i Finansów,

m) zgłaszanie powstałych zapasów kierownikowi Działu,

n) dokładne zamykanie i plombowanie magazynu na zakończenie pracy,

o) sprawdzanie przed otwarciem stanu plomb i zamków, w przypadku stwierdzenia oznak włamania lub usiłowania włamania, bezzwłocznie powiadomienie kierownika Działu,

p) zachowanie w magazynie wzorowego porządku i czystości.

7. Do zadań Sekcji Transportu należy:
   1) wykonywanie czynności spedycyjnych,
   2) przewóz materiałów i dokumentów.
8. Dział Zaopatrzenia i Zamówień Publicznych realizuje zadania zgodnie wymaganiami standardów akredytacyjnych dla Szpitali oraz zgodnie z normą jakości ISO 9001:2015.
9. Szczegółowe zadania Działu Zaopatrzenia i Zamówień Publicznych określa ramowy zakres działania.

§68

VI. DZIAŁ INFORMATYKI

1. Dział Informatyki jest samodzielną komórką organizacyjną Szpitala.
2. Działem Informatyki kieruje Kierownik działu podległy bezpośrednio Z-cy Dyrektora do spraw Finansów i Administracji.
3. Do zadań Działu Informatyki należy zapewnienie ciągłości pracy sytemu teleinformatycznego, a w szczególności:
   1) zapewnienie ciągłości pracy sytemu teleinformatycznego poprzez zgodną z normami jego eksploatację, monitorowanie zagrożeń oraz planowanie prac konserwacyjnych,
   2) planowanie rozwoju sytemu teleinformatycznego w oparciu o kryteria ekonomiczności i zasadności,
   3) administrowanie siecią komputerową tj. monitoring pracy sieci, kontrola i ustalanie uprawnień użytkowników sieci, archiwizowanie danych poszczególnych systemów informatycznych i kontrola poprawności przepływu danych do poszczególnych jednostek organizacyjnych, wdrażanie oprogramowania, szkolenie użytkowników i udzielanie merytorycznych porad,
   4) prowadzenie całokształtu spraw związanych z obsługą telefoniczną,
   5) administrowanie systemami informatycznymi eksploatowanymi w Szpitalu, poprzez nadawanie, odbieranie, zawieszanie i kontrolowanie uprawnień do pracy w systemie, za wyjątkiem systemów, dla których ustalono oddzielnych administratorów.
5. Dział Informatyki realizuje zadania zgodnie wymaganiami standardów akredytacyjnych dla Szpitali oraz zgodnie z normą jakości ISO 9001:2015.
4. Szczegółowe zadania Działu Informatyki określa ramowy zakres działania.

§68A

VII. DZIAŁ ZARZĄDZANIA DOKUMENTACJĄ/ARCHIWUM ZAKŁADOWE

1. Dział Zarządzania Dokumentacją/Archiwum Zakładowe jest samodzielną komórką organizacyjną Szpitala.
2. Działem Zarządzania Dokumentacją/Archiwum Zakładowym kieruje Kierownik podległy bezpośrednio Z-cy Dyrektora do spraw Finansów i Administracji.
3. Do zadań Działu Zarządzania Dokumentacją/Archiwum Zakładowe należy wspomaganie procesów zarządzania, obiegu dokumentów oraz archiwizacja dokumentacji zgodnie z obowiązującymi przepisami w szczególności poprzez:
   1) Szkolenie i udzielanie pomocy pracownikom Szpitala w zakresie prawidłowego przygotowania akt przeznaczonych do przekazania do archiwum zakładowego, a w szczególności nadzór nad poprawnym sporządzaniem spisów zdawczo – odbiorczych.
   2) Merytoryczne wsparcie i nadzór nad elektronicznym obiegiem dokumentów w Szpitalu oraz przestrzeganie zasad wynikających z Instrukcji kancelaryjnej,
   3) Wsparcie w zakresie szkoleń z zakresu elektronicznego obiegu dokumentów.
   4) Współpracę z komórkami organizacyjnymi w zakresie prawidłowego archiwizowania poprzez klasyfikowanie i kwalifikowanie dokumentacji oraz tworzenia teczek spraw i ich właściwego przygotowania do przekazania do archiwum zakładowego.
   5) Uzgadnianie terminów okresowego przekazywania dokumentacji z komórek organizacyjnych i samodzielnych stanowiska pracy do archiwum zakładowego.
   6) Przyjmowanie akt z poszczególnych komórek organizacyjnych i samodzielnych stanowisk pracy.
   7) Weryfikowanie przejętych akt ze spisami zdawczo – odbiorczymi.
   8) Gromadzenie, scalanie i przechowywanie akt posiadanych w archiwum zakładowym oraz przejmowanych do archiwum zakładowego.
   9) Rozmieszczanie i przemieszczanie akt w magazynach archiwalnych.
   10) Zabezpieczanie zasobu archiwalnego oraz wykonanie niezbędnych prac konserwatorskich.
   11) Prowadzenie archiwalnych środków ewidencyjnych i aktualizowanie ewidencji archiwum zakładowego.
   12) Opracowywanie i porządkowanie dokumentacji niewłaściwie uporządkowanej.
   13) Udostępnianie i wypożyczanie akt w celach służbowych, badawczych, naukowych bądź innych.
   14) Nadzór nad terminowym zwrotem akt wypożyczonych z archiwum zakładowego.
   15) Inicjowanie i koordynowanie brakowania dokumentacji niearchiwalnej, udział w jej komisyjnym brakowaniu oraz przekazywanie wybrakowanej dokumentacji na makulaturę.
   16) Zachowanie czystości i bezpieczeństwa archiwum zakładowego.
   17) Monitorowanie wskaźników temperatury i wilgotności oraz prowadzenie rejestru.
   18) Przekazywanie materiałów archiwalnych do właściwego terytorialnie archiwum państwowego.
   19) Współpraca z właściwym miejscowo archiwum państwowym i innymi instytucjami.

20) Opracowywanie dokumentacji i udział w pracach komisji przetargowych oraz realizacji zakupów/dostaw i usług będących w kompetencji działu zgodnie z obowiązującymi przepisami.

21) Przygotowywanie wszelkich analiz, zestawień oraz raportów dotyczących spraw archiwalnych.

22) Przygotowywanie stałej i okresowej sprawozdawczości dotyczącej:

a) przejętych akt z komórek organizacyjnych w podziale na materiały archiwalne i dokumentację niearchiwalną,

b) akt udostępnionych i wypożyczonych.

4. Szczegółowe zadania Działu Zarządzania Dokumentacją/Archiwum Zakładowego określa ramowy zakres działania.

II. RAMOWE ZAKRESY KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH PODLEGAJACYCH ZASTĘPCY DYREKTORA DO SPRAW EKSPLOATACJI

§69

I. DZIAŁ GOSPODARKI NIERUCHOMOŚCIAMI I UTRZYMANIA RUCHU

1. Dział Gospodarki Nieruchomościami i Utrzymania Ruchu jest samodzielną komórką organizacyjną Szpitala.
2. Działem Gospodarki Nieruchomościami i Utrzymania Ruchu kieruje Kierownik działu podległy bezpośrednio Z-cy Dyrektora do spraw Eksploatacji.
3. Do zadań Działu Gospodarki Nieruchomościami i Utrzymania Ruchu należy utrzymanie w stałej bieżącej gotowości eksploatacyjnej budynków i obiektów Szpitala oraz zapewnienie ciągłości pracy urządzeń zgodnie z ich przeznaczeniem, a w szczególności:

1) prowadzenie gospodarki remontowej i konserwacji:

a) maszyn i urządzeń medycznych,

b) urządzeń transportu wewnątrzzakładowego,

c) maszyn i urządzeń energetycznych,

d) sieci i urządzeń wodnokanalizacyjnych,

e) sieci i urządzeń grzewczych

f) sieci i urządzeń wentylacji z klimatyzacją

2) zapewnienie na koniecznym poziomie dostaw czynników energetycznych (energii elektrycznej, ciepła, wody, gazu) oraz rozliczanie ich zużycia na miejsca powstawania kosztów,

3) wykonywanie remontów, konserwacji, modernizacji oraz zapewnienie stałej bieżącej gotowości eksploatacyjnej budynków i obiektów Szpitala,

4) rozliczanie i dokumentowanie wykonywanych prac (karty pracy, dokumenty RW, protokoły przerobu

5) przyjmowanie zgłoszeń napraw i usterek infrastruktury technicznej,

6) pełnienie wszystkich obowiązków przypisanych funkcji głównego zarządcy środków trwałych w Szpitalu,

7) całokształt zadań związanych z gospodarką aparaturą medyczną,

8) sporządzanie obowiązującej sprawozdawczości w zakresie gospodarki remontowej i gospodarki środkami trwałymi,

9) sporządzanie planu remontów budynków, maszyn i urządzeń w tym opracowywanie planu rzeczowo-finansowego w zakresie gospodarki remontowej na podstawie przeprowadzonych przeglądów,

10) sporządzanie planów inwestycyjnych dla całego Szpitala w oparciu o wnioski poszczególnych jednostek organizacyjnych,

11) efektywne gospodarowanie gruntami i obiektami Szpitala, prowadzenie spraw wynikających z najmu lokali mieszkalnych oraz pomieszczeń na cele użytkowe,

12) efektywne gospodarowanie majątkiem zbędnym (odsprzedaż, przekazanie nieodpłatne, kasacja)

13) administrowanie obiektami Szpitala, utrzymanie ich w należytej czystości i estetyce oraz zabezpieczenie przed pożarem i kradzieżą,

14) prowadzenie rozliczeń finansowych dostaw (faktur) pod względem zgodności z warunkami zamówień w tym cen, terminów dostaw,

15) prowadzenie całokształtu spraw związanych z dokumentacją, sprawozdawczością i archiwizacją zadań działu,

4. Kierownikowi Działu Gospodarki Nieruchomościami i Utrzymania Ruchu podlega bezpośrednio:

   1) Sekcja Inwestycji i Remontów,
   2) Sekcja Zarządzania Nieruchomościami,
   3) Sekcja Utrzymania Ruchu,
   4) Sekcja Aparatury Medycznej,
   5) Sekcja Koordynacji Wsparcia Oddziałów.

5. Do zadań Sekcji Inwestycji i Remontów należy:

   1) współpraca przy tworzeniu wieloletniego planu zagospodarowania przestrzennego celem wystąpienia do Wydziału Architektury i Budownictwa Urzędu Miejskiego Wrocławia o decyzję warunków zabudowy bądź lokalizacji inwestycji celu publicznego,
   2) tworzenie planów rocznych inwestycyjnych i remontowych dla obiektów przy ul. Kamieńskiego 73a we Wrocławiu, ul. Poświęckiej 8 we Wrocławiu, osiedla przyszpitalnego przy ul. Jutrosińskiej we Wrocławiu,
   3) tworzenie planów rocznych zakupów inwestycyjnych technologii medycznych i infrastruktury technicznej,
   4) zlecanie wykonania prac projektowo-kosztorysowych, programów funkcjonalno-użytkowych, ekspertyz technicznych, analiz itp.,
   5) opracowywanie opisu przedmiotu zamówienia SIWZ,
   6) wnioskowanie o decyzje administracyjne,
   7) opracowywanie SIWZ w części określenia przedmiotu zamówienia, rozliczenia robót budowlanych, warunków które musi spełniać wykonawca,
   8) opracowywanie SIWZ dla dostaw i montażu sprzętu i aparatury medycznej infrastruktury technicznej,
   9) współpraca z inspektorami nadzoru inwestorskiego nad realizacją robót budowlanych,
   10) prowadzenie inwestycji zgodnie z ustawą prawo budowlane,
   11) uczestniczenie w odbiorach częściowych i końcowych robót,
   12) rozliczanie budowy robót budowlanych, rozliczenie dostaw i montażu sprzętu,

13) organizowanie szkoleń związanych z dostawą nowej aparatury medycznej,

14) prowadzenie umów objętych gwarancją w zakresie robót budowlanych jak i aparatury medycznej, infrastruktury technicznej,

15) nadzór nad dokumentacją projektową wykonanych inwestycji przez okres użytkowania obiektu.

6. Do zadań Sekcji Zarządzania Nieruchomościami należy:

1) prowadzenie Książek Obiektu Budowlanego,

2) zlecanie przeglądów okresowych obiektów,

3) prowadzenie książek rewizyjnych dla urządzeń podlegających UDT (windy, kotły, zbiorniki, autoklawy),

4) opracowanie rocznego planu dostaw i usług związanych z utrzymaniem infrastruktury,

5) planowanie i organizowanie przetargów oraz konkursów na wynajem i dzierżawę powierzchni i wyposażenia Szpitala,

6) nadzór nad umowami najmu, dzierżawy w obiektach szpitalnych ul Kamieńskiego 73a we Wrocławiu i ul. Poświęckiej 8 we Wrocławiu,

7) prowadzenie ewidencji zawartych umów najmu i dzierżawy, użyczenia oraz użytkowania nieruchomości,

8) prowadzenie ewidencji zawartych umów na zbycie, oddanie w dzierżawę, najem, użyczenie albo użytkowanie mienia ruchomego,

9) naliczanie czynszów, wystawianie faktur

10) rozliczanie najemców i dzierżawców,

11) nadzór nad usługami porządkowymi terenu zewnętrznego, utrzymania terenów zieleni i utrzymania zimowego dróg i chodników

12) nadzorowanie ochrony osób i mienia na terenie i w budynkach szpitala

13) współpraca i nadzór nad umowami z inspektorem p/poż i inspektorem ochrony radiologicznej, dezynfekcji i deratyzacji obiektów,

14) administrowanie osiedlem przyszpitalnym przy ul Jutrosińskiej we Wrocławiu oraz prowadzenie Hotelu pracowniczego,

15) naliczanie podatków gruntowych zgodnie z aktualnym stanem prawnym nieruchomości,

16) sporządzanie zestawień do GUS i Wydziału Ochrony Środowiska i Rolnictwa,

17) analiza kosztowa i ilościowa dostarczanych mediów (energia elektryczna, gaz, energia cieplna, woda, ścieki),

18) nadzór nad realizacją umów za media,

19) nadzór nad szatniami pracowniczymi (inwentaryzacja i przydział szafek),

20) współpraca z firmą zewnętrzną w zakresie wydawania przepustek na wjazd do Szpitala, utrzymania parkingu,

21) prowadzenie dokumentacji przekazania złomu i fakturowanie,

22) nadzór nad szatnią dla odwiedzających, salą audiowizualną i klubem Rotary - wynajem i fakturowanie.

7. Do zadań Sekcji Utrzymania Ruchu należy:

1) wykonywanie bieżących zgłoszeń spływających z oddziałów, w tym wykonywanie mebli po akceptacji Z-cy Dyrektora,

2) usuwanie awarii w sieciach wewnętrznych i zewnętrznych szpitala, bieżąca konserwacja, naprawy na sieciach instalacji elektrycznej, wodno- kanalizacyjnej, ciepłowniczej wraz z naprawą i wymianą armatury,
3) wykonywanie za pomocą konserwatorów drobnych bieżących prac ogólnobudowlanych, prac ślusarskich,
4) nadzór nad pracą kotłowni, przepompowni wód drenażowych, hydroforni, wentylacji, węzłów ciepłowniczych, stacji trafo, rozdzielni elektrycznych,
5) zlecenie innych prac technicznych firmom specjalistycznym,
6) zlecanie wykonania mebli i napraw stolarskich zgłaszanych przez użytkowników,
7) nadzór nad usługą konserwacji instalacji i dostaw gazów medycznych,
8) okresowe sprawdzenia urządzeń pomiarowych mediów,
9) zaopatrzenie w materiały i narzędzia niezbędne do wykonywania prac konserwatorskich i naprawczych,

8. Do zadań Sekcji Aparatury Medycznej należy:
   1) zlecanie przeglądów serwisowych,
   2) zlecanie bieżących napraw sprzętu medycznego,
   3) tworzenie zapisów dotyczących wykonywanych przeglądów i napraw sprzętu medycznego,
   4) bieżąca aktualizacja danych dla programu ewidencji sprzętu medycznego i tworzenie kart technicznych urządzeń,
   5) planowanie roczne zakupu części zużywalnych – wielokrotnego użytku do aparatury medycznej,
   6) planowanie roczne obsługi serwisowej aparatury medycznej,
   7) zakupy części i akcesoriów wielokrotnego użytku do aparatury medycznej,
   8) nadzór nad rozliczeniem napraw i przeglądów,
   9) nadzorowanie praktyk studenckich w zakresie aparatury medycznej
9. Do zadań Sekcji Koordynacji Wsparcia Oddziałów należy:
   1) nadzór nad bieżącą współpracą z firmami zewnętrznymi świadczącymi usługi na rzecz Szpitala,
   2) kontrola realizacji ustaleń zawartych w umowach na:
      a) usługi pralnicze,
      b) usługi żywienia,
      c) usługi medycznego transportu wewnętrznego,
      d) usługi porządkowe wewnętrzne,
      e) usługi odbioru odpadów komunalnych,
      f) usługi odbioru i unieszkodliwiania odpadów medycznych.
   3) nadzór nad rozliczaniem usług świadczonych przez firmy zewnętrzne,
   4) ocena pracy firm zewnętrznych na terenie Szpitala,
   5) analiza efektywności procesów w zakresie usług świadczonych przez firmy zewnętrzne,

6) wsparcie merytoryczne dla Działu Zaopatrzenia i Zamówień Publicznych w przygotowywaniu materiałów przetargowych do ogłaszanych zamówień publicznych na usługi wykonywane przez firmy zewnętrzne,
7) współpraca z Działem Zaopatrzenia i Zamówień Publicznych na etapie przygotowania projektów umów z wykonawcami,
8) współpraca, z innymi komórkami Szpitala w ramach swojej działalności.

10. Dział Gospodarki Nieruchomościami i Utrzymania Ruchu realizuje zadania zgodnie wymaganiami standardów akredytacyjnych dla Szpitali oraz zgodnie z normą jakości ISO 9001:2015.
11. Szczegółowe zadania Działu Gospodarki Nieruchomościami i Utrzymania Ruchu określa ramowy zakres działania.

§70

II. DZIAŁ CENTRALNEJ STERYLIZATORNI

1. Dział Centralnej Sterylizatorni jest samodzielną komórką organizacyjną Szpitala.
2. Działem Centralnej Sterylizatorni kieruje Kierownik działu podległy bezpośrednio Z-cy Dyrektora do spraw Eksploatacji.
3. Do zakresu zadań Działu Centralnej Sterylizatorni należy w szczególności prowadzenie procedur sterylizacyjnych, zgodnie z obowiązującymi standardami jakościowymi w zakresie dezynfekcji i sterylizacji narzędzi i zestawów narzędziowych, sprzętu medycznego, materiałów termolabilnych oraz sterylizacji materiałów opatrunkowych i bielizny operacyjnej w tym:
   1) przyjmowanie do mycia, dezynfekcji i sterylizacji narzędzi i zestawów narzędziowych,
   2) kontrolowanie jakości oraz ilości przyjmowanego sprzętu,
   3) przygotowanie sprzętu i urządzeń do dezynfekcji wstępnej i dezynfekcji właściwej zgodnie z zaleceniami producenta,
   4) przeprowadzanie procesów myjąco – dezynfekcyjnych,
   5) pakowanie i kompletowanie zestawów,
   6) składanie bielizny operacyjnej,
   7) sterylizacja narzędzi, zestawów narzędziowych oraz bielizny i materiałów opatrunkowych przy zastosowaniu dostępnych metod sterylizacji,
   8) wydawanie sterylnych materiałów na oddziały,
   9) kontrola procesów sterylizacji,
   10) prowadzenie dokumentacji procesów dezynfekcji i sterylizacji.
4. Dyrektor Szpitala określi w drodze zarządzenia szczegółowy zakres działalności Działu Centralnej Sterylizatorni.
5. Dział Centralnej Sterylizatornii realizuje zadania zgodnie wymaganiami standardów akredytacyjnych dla Szpitali oraz zgodnie z normą jakości ISO 9001:2015.

§71

III. BIBLIOTEKA

1. Do podstawowych zadań Biblioteki należy:

1) gromadzenie, opracowywanie, przechowywanie i ochrona materiałów bibliotecznych, uwzględniających potrzeby naukowe, dydaktyczne i informacyjne Szpitala w zakresie medycyny, farmacji, pielęgniarstwa i ochrony zdrowia;
2) obsługa użytkowników, przede wszystkim udostępnianie zbiorów oraz prowadzenie działalności informacyjnej, zwłaszcza informowanie o zbiorach własnych oraz o zbiorach innych bibliotek i ośrodków informacji poprzez tworzenie odpowiednich narzędzi informacyjnych;
3) prowadzenie działalności bibliograficznej, dokumentacyjnej, naukowo-badawczej, edukacyjnej, popularyzatorskiej i instrukcyjno-metodycznej.

2. Szczegółowe zadania Biblioteki określa jej ramowy zakres działalności.

§72

IV. SEKCJA BEZPIECZEŃSTWA OBIEKTU

INSPEKTOR DO SPRAW BEZPIECZEŃSTWA I HIGIENY PRACY

1. Zakres działania Inspektora do spraw BHP regulują przepisy Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 2.09.1997 r. w sprawie służby bezpieczeństwa i higieny pracy.
2. Inspektor do spraw BHP realizuje zadania zgodnie wymaganiami standardów akredytacyjnych dla Szpitali oraz zgodnie z normą jakości ISO 9001:2015.

§73

INSPEKTOR OCHRONY PRZECIWPOŻAROWEJ

1. Do podstawowych zadań Inspektora Ochrony Przeciwpożarowej należy:
   1) realizacja zadań w zakresie zabezpieczenia przeciwpożarowego zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz wytycznymi Głównego Inspektora Ochrony Przeciwpożarowej,
   2) prowadzenie kontroli stanu zabezpieczenia przeciwpożarowego na podstawie wytycznych Głównego Inspektora Ochrony Przeciwpożarowej,
   3) zgłaszanie Zastępcy Dyrektora do spraw Eksploatacji wniosków zmierzających do poprawy stanu ochrony przeciwpożarowej,
   4) udział w pracach komisji pożarowo-technicznej,
   5) współdziałanie w szkoleniu przeciwpożarowym i przygotowaniu pracowników do czynnego udziału w zapobieganiu i zwalczaniu pożarów,
   6) sprawowanie nadzoru nad rozmieszczeniem, sprawnością i konserwacją sprzętu oraz innych urządzeń przeciwpożarowych, oznakowaniem i utrzymaniem we właściwym stanie dróg ewakuacyjnych i pożarowych, środków łączności i alarmowania, punktów czerpania wody do celów gaśniczych
   7) opracowywanie i aktualizowanie instrukcji alarmowania na wypadek powstania pożaru,
   8) współdziałanie z właściwymi jednostkami organizacyjnymi w zakresie ustalania wymogów bezpieczeństwa pożarowego przy prowadzeniu prac pożarowo niebezpiecznych, remontowych, modernizacyjnych, adaptacyjnych i innych,
   9) zgłaszanie wniosków i wyłączanie z użytkowania maszyn, urządzeń, instalacji lub aparatury grożącej pożarem,
   10) udział w komisjach oceny projektów inwestycyjnych w zakresie budowy, przebudowy, instalowania maszyn, urządzeń i aparatury oraz w komisjach odbioru po zakończeniu wymienionych prac,

11) opracowywanie i aktualizowanie regulaminu ochrony przeciwpożarowej, planów ewakuacji i planów ochrony przeciwpożarowej,

12) przekazywanie meldunków o pożarach do Głównego Inspektora Ochrony Przeciwpożarowej, prowadzenie ewidencji i analizowanie przyczyn powstałych pożarów (zapłonów) i ich skutków wspólnie ze służbami technicznymi.

2. Zakres organizacji ochrony przeciwpożarowej regulują postanowienia decyzji MZiOS z 17.09.1993 r. (nie publikowanej).

3. Inspektor Ochrony Przeciwpożarowej realizuje zadania zgodnie wymaganiami standardów akredytacyjnych dla Szpitali oraz zgodnie z normą jakości ISO 9001:2015.

§74

INSPEKTOR DO SPRAW OBRONNYCH I REZERW

1. Do podstawowych zadań Inspektora do spraw obronnych i rezerw należy:

1) planowanie i kontrola realizacji zadań obronnych Szpitala,

2) ustalanie struktur organizacyjnych przewidzianych do działania w szczególnych sytuacjach,

3) opracowywanie kalendarzowych i tematycznych planów szkolenia dla formacji i zespołów OC,

4) współpraca z komendantami formacji OC i pomoc w opracowywaniu niezbędnej dla nich dokumentacji ewidencyjno-szkoleniowej,

5) planowanie i kierowanie kadry na kursy formacji OC,

6) nadzorowanie szkolenia organizowanego i prowadzonego przez komendantów formacji OC oraz prowadzenie zajęć z wybranych tematów,

7) sprawowanie nadzoru nad funkcjonowaniem systemu powiadamiania i powszechnego ostrzegania,

8) ewidencjonowanie i wypełnianie kart przydziału do formacji OC,

9) sukcesywne uaktualnianie dokumentacji organizacyjno-ewidencyjnej stanów osobowych formacji i zespołów OC,

10) planowanie oraz właściwe przechowywanie sprzętu OC dla pracowników Szpitala i ich formacji,

11) planowanie i zapotrzebowanie środków finansowych na potrzeby OC,

12) upowszechnianie problematyki OC,

13) opracowywanie sprawozdań i analiz z działalności OC,

2. Inspektor do spraw obronnych i rezerw realizuje zadania zgodnie wymaganiami standardów akredytacyjnych dla Szpitali oraz zgodnie z normą jakości ISO 9001:2015.

§75

INSPEKTOR OCHRONY RADIOLOGICZNEJ

1. Do zakresu obowiązków 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:

1) 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, przybywających w jednostce w warunkach narażenia, z wyjątkiem ochrony radiologicznej pacjentów poddanych terapii i diagnostyce z wykorzystaniem promieniowania jonizującego;

2) nadzór nad spełnieniem warunków dopuszczających pracowników do zatrudnienia na danym stanowisku pracy, w tym dotyczących szkolenia pracowników na stanowisku pracy w zakresie bezpieczeństwa jądrowego i ochrony radiologicznej;

3) opracowanie programu pomiarów dozymetrycznych środowisku pracy i pomiarów oraz ewidencji dawek indywidualnych i przedstawienie ich do zatwierdzenia kierownikowi jednostki organizacyjnej;

4) dokonywanie wstępnej oceny narażenia pracowników na podstawie wyników pomiarów dawek indywidualnych lub pomiarów dozymetrycznych w środowisku pracy i przedstawianie jej kierownikowi jednostki organizacyjnej;

5) ustalenie 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;

6) Współpraca z zakładowymi służbami bezpieczeństwa i higieny pracy, osobami wdrażającymi program zapewnienia jakości, służbami przeciwpożarowymi i ochrony środowiska w zakresie ochrony przed promieniowaniem jonizującym;

7) Wydawanie kierownikowi jednostki organizacyjnej opinii w zakresie ochrony przed promieniowaniem jonizującym, stosownie do charakteru działalności i typu posiadanych uprawnień;

8) występowanie do kierownika jednostki organizacyjnej z wnioskiem o wstrzymanie prac w warunkach narażenia, gdy są naruszone warunki zezwolenia lub wymagania bezpieczeństwa jądrowego i ochrony radiologicznej, oraz informowanie o tym organu, który wydał zezwolenie;

9) nadzór nad postępowaniem wynikającym z zakładowego planu postępowania awaryjnego, jeżeli na terenie jednostki organizacyjnej zaistnieje zdarzenie radiacyjne;

10) nadzór nad postępowaniem ze źródłami promieniotwórczymi, materiałami jądrowymi oraz odpadami promieniotwórczymi w sytuacji przekształcenia jednostki organizacyjnej lub zakończenia przez nią działalności oraz poinformowanie organu, który wydał zezwolenie, o naruszeniu wymagań bezpieczeństwa jądrowego i ochrony radiologicznej w tym zakresie.

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

1) występowanie do kierownika jednostki organizacyjnej z wnioskiem o zmianę warunków pracy pracowników, w szczególności w sytuacji, gdy wyniki pomiarów dawek indywidualnych uzasadniają taki wniosek:

2) wydawanie kierownikowi jednostki organizacyjnej opinii, w ramach badania i sprawdzania urządzeń ochrony i przyrządów pomiarowych, w zakresie skuteczności stosowanych środków i technik ochrony przed promieniowaniem jonizującym oraz sprawności i właściwego użytkowania przyrządów pomiarowych;

3) sprawdzanie kwalifikacji pracowników w zakresie bezpieczeństwa jądrowego i ochrony radiologicznej i występowanie z wynikającymi z tego wnioskami do kierownika jednostki organizacyjnej;

4) występowanie do kierownika jednostki organizacyjnej z wnioskiem o wprowadzenie zmian w instrukcjach pracy, jeżeli wnioskowane zmiany nie zwiększają limitów

użytkowych dawki określonych w zezwoleniu.

3. Inspektor Ochrony Radiologicznej realizuje zadania zgodnie wymaganiami standardów akredytacyjnych dla Szpitali oraz zgodnie z normą jakości ISO 9001:2015.

§76

Skreśla się

DZIAŁ II.

ROZDZIAŁ I.

PRZEBIEG PROCESU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

I. ZASADY OGÓLNE PROCESU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

§77

1. Szpital nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia.
2. Pacjent, ubiegający się o udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej jest obowiązany przedstawić potwierdzenie prawa do ich uzyskania.
3. Dokumentem potwierdzającym prawo pacjenta do świadczeń opieki zdrowotnej oraz umożliwiającym potwierdzanie wykonania świadczeń opieki zdrowotnej jest karta ubezpieczenia zdrowotnego – w przypadku pacjenta ubezpieczonego, natomiast w przypadku pacjenta innego niż ubezpieczony dokument, o którym mowa w art. 54 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
4. Przedstawienie przez pacjenta dokumentów, o których mowa w ust. 3 Regulaminu, nie jest wymagane, jeżeli zostaną spełnione następujące warunki:
    1) pacjent potwierdzi swoją tożsamość poprzez okazanie dowodu osobistego, paszportu, prawa jazdy albo legitymacji szkolnej; legitymacja szkolna może być okazana jedynie przez osobę, która nie ukończyła 18 roku życia;
    2) lekarz lub niebędąca lekarzem osoba uprawniona w rozumieniu art. 2 pkt 14 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych uzyska potwierdzenie prawa do świadczeń opieki zdrowotnej osoby ubiegającej się o udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej w sposób określony w ust. 3.
5. Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej może zostać potwierdzone na podstawie dokumentu elektronicznego, o którym mowa w art. 3 pkt 2 ustawy z dnia 17 lutego 2005r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne sporządzonego, na podstawie numeru PESEL, przez Fundusz dla lekarza lub niebędącej lekarzem osoby uprawnionej w rozumieniu art. 2 pkt 14 ustawy o refundacji i przesłanego za pomocą środków komunikacji elektronicznej w rozumieniu art. 2 pkt 5 ustawy z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną z zapewnieniem integralności i poufności zawartych w nim danych oraz uwierzytelnieniem stron uprawnionych do przetwarzania tych danych.
6. Dokument elektroniczny, o którym mowa w ust. 5 Regulaminu, zawiera imię i nazwisko oraz numer PESEL pacjenta, a także informację, według stanu na dzień sporządzenia dokumentu, o prawie do świadczeń opieki zdrowotnej.

7. W przypadku niepotwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej w sposób określony w ust. 3 lub 5 Regulaminu pacjent po okazaniu dokumentu, o którym mowa w ust. 4 pkt 1, może przedstawić inny dokument potwierdzający prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, a jeżeli takiego dokumentu nie posiada, złożyć pisemne oświadczenie o przysługującym mu prawie do świadczeń opieki zdrowotnej.
8. Pacjent składający oświadczenie, o którym mowa w ust. 7 Regulaminu, jest obowiązany do zawarcia w nim klauzuli następującej treści: "Posiadam prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.".
9. Oświadczenie, o którym mowa w ust. 7 Regulaminu, zawiera imię i nazwisko, adres zamieszkania, wskazanie podstawy prawa do świadczeń opieki zdrowotnej, numer PESEL oraz wskazanie dokumentu na podstawie którego Szpital potwierdził tożsamość pacjenta, a w przypadku osób nieposiadających numeru PESEL - dane, o których mowa w art. 188 ust. 4 pkt 9 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Świadczeniodawca albo niebędąca świadczeniodawcą osoba uprawniona w rozumieniu art. 2 pkt 14 ustawy o refundacji potwierdza podpisem na oświadczeniu dane identyfikujące dokument na podstawie, którego potwierdzono tożsamość.
10. W przypadku pacjentów małoletnich oraz innych osób nieposiadających pełnej zdolności do czynności prawnych oświadczenie, o którym mowa w ust. 7 Regulaminu, składa przedstawiciel ustawowy albo opiekun prawny lub faktyczny w rozumieniu ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Przepisy ust. 8 i 9 stosuje się odpowiednio.
11. Informacja o rodzaju wymaganych dokumentów potwierdzających prawo do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych zamieszczona jest w widocznym miejscu przy Rejestracjach oraz dostępna jest na stronie internetowej Szpitala.
12. Do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych mają prawo:

    1) osoby objęte powszechnym - obowiązkowym i dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym
    2) inne niż ubezpieczone osoby posiadające miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które posiadają obywatelstwo polskie lub uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą, lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach spełniające kryterium dochodowe, o którym mowa w art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej co do których nie stwierdzono okoliczności, o której mowa w art. 12 tej ustawy, na zasadach i w zakresie określonych dla ubezpieczonych,
    3) inne niż wymienione w pkt 1 i 2 osoby, które nie ukończyły 18. roku życia:
        a) posiadające obywatelstwo polskie lub
        b) które uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach, posiadające miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
    4) inne niż wymienione w pkt 1-3 osoby posiadające miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które są w okresie ciąży, porodu lub połogu:
        a) posiadające obywatelstwo polskie lub
        b) które uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą, lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach.

13. Osobom nieposiadającym obywatelstwa polskiego, innym niż określone w ust. 12, świadczenia zdrowotne udzielane są na zasadach określonych w przepisach odrębnych i umowach międzynarodowych.

§78

1. W Szpitalu świadczenia zdrowotne udzielane są przez osoby wykonujące zawód medyczny oraz spełniające wymagania zdrowotne określone w odrębnych przepisach.
2. Niedopuszczalne jest udzielanie świadczeń zdrowotnych za odpłatnością przez osoby wykonujące zawody medyczne w Szpitalu osobom niebędącymi pacjentami Szpitala, a także pacjentom Szpitala w imieniu własnym.

§79

1. Szpital może udzielić zamówienia na udzielanie w określonym zakresie świadczeń zdrowotnych podmiotowi wykonującemu działalność leczniczą, lub osobie legitymującej się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny.
2. Przedmiot zamówienia nie może wykraczać poza zakres działalności leczniczej oraz zakres świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez udzielającego zamówienia i przyjmującego zamówienie, zgodnie z wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.
3. Udzielenie zamówienia następuje w trybie konkursu ofert.

§80

Świadczenia zdrowotne dla pacjentów Szpitala, udzielane są w pomieszczeniach spełniających wymagania odpowiednie do rodzaju wykonywanej działalności leczniczej oraz zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych.

§81

1. Szpital prowadzi i przechowuje dokumentację medyczną pacjentów korzystających ze świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez medyczne komórki organizacyjne Szpitala, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami.
2. Szpital zapewnia ochronę danych zawartych w dokumentacji medycznej pacjentów.
3. Dokumentacja indywidualna zawiera:
   1) oznaczenie podmiotu:
      a) nazwę podmiotu,
      b) kod resortowy, stanowiący część I systemu resortowych kodów identyfikacyjnych,
      c) nazwę zakładu leczniczego - w przypadku podmiotu leczniczego,
      d) nazwę jednostki organizacyjnej oraz jej kod resortowy stanowiący część V systemu resortowych kodów identyfikacyjnych - w przypadku podmiotu leczniczego, w którego strukturze organizacyjnej wyodrębniono jednostki organizacyjne,
      e) nazwę komórki organizacyjnej, w której udzielono świadczeń zdrowotnych, oraz jej kod resortowy stanowiący część VII systemu resortowych kodów

identyfikacyjnych - w przypadku podmiotu leczniczego, w którego strukturze organizacyjnej wyodrębniono komórki organizacyjne;

2) oznaczenie pacjenta zgodnie z art. 25 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, przy czym:

   a) określenie rodzaju dokumentu potwierdzającego tożsamość obejmuje jego nazwę oraz nazwę kraju, w którym został wystawiony,

   b) datę urodzenia oraz płeć pacjenta wpisuje się tylko w przypadku, jeżeli numer PESEL nie został nadany,

   c) adres miejsca zamieszkania wpisuje się w pierwszej wytworzonej dla tego pacjenta dokumentacji wewnętrznej;

3) oznaczenie osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych oraz osoby kierującej na badanie diagnostyczne, konsultację lub leczenie:

   a) imię (imiona) i nazwisko,

   b) tytuł zawodowy - nie dotyczy osoby upoważnionej, o której mowa w art. 31b ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia,

   c) numer prawa wykonywania zawodu, jeżeli został nadany,

   d) unikalny identyfikator upoważnienia nadany przez Rejestr Asystentów Medycznych, o którym mowa w art. 31b ust. 7 pkt 7 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia - w przypadku osoby upoważnionej, o której mowa w art. 31b ust. 1 tej ustawy,

   e) podpis;

4) informacje dotyczące stanu zdrowia lub stanu funkcjonowania oraz procesu diagnostycznego, leczniczego, pielęgnacyjnego lub rehabilitacji, w szczególności:

   a) opis udzielonych świadczeń zdrowotnych,

   b) rozpoznanie choroby, problemu zdrowotnego, urazu lub rozpoznanie ciąży lub opis stanu funkcjonowania,

   c) zalecenia,

   d) informacje o wydanych zaświadczeniach, orzeczeniach oraz opiniach,

   e) informacje o produktach leczniczych, wraz z dawkowaniem, lub wyrobach medycznych przepisanych pacjentowi na receptach lub zleceniach na zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz unikalne numery identyfikujące recepty w postaci elektronicznej, o których mowa w art. 96a ust. 1 pkt 6 ustawy z dnia 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne.

5) inne informacje wynikające z innych przepisów prawa powszechnie obowiązującego;

6) adres poczty elektronicznej lub elektronicznej skrzynki podawczej pacjenta, na który ma być przekazana dokumentacja medyczna - w przypadkach udostępniania

dokumentacji w sposób, o którym mowa w art. 27 ust. 1 pkt 4 i ust. 3 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

4. Do historii choroby w części dotyczącej przyjęcia pacjenta do Szpitala dołącza się:
   1) Oświadczenie pacjenta o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania informacji o jego stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej oraz danych umożliwiających kontakt z tą osobą albo oświadczenie o braku takiego upoważnienia.
   2) Oświadczenie pacjenta o upoważnieniu bliskiej osoby do uzyskiwania dokumentacji ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej albo oświadczenie o braku takiego upoważnienia.
   3) Dokumentację indywidualną zewnętrzną udostępnioną przez pacjenta, a w szczególności karty informacyjne, opinie, zaświadczenia, wyniki wcześniejszych badań diagnostycznych, jeżeli są istotne dla procesu diagnostycznego lub leczniczego. Powyższe oryginały dokumentów zwraca się za pokwitowaniem pacjentowi przy wypisie, sporządzając ich kopie, które pozostawia się w dokumentacji Szpitala.
5. Po śmierci pacjenta dokumentacja medyczna jest udostępniana osobie upoważnionej przez pacjenta za życia lub osobie, która w chwili zgonu pacjenta była jego przedstawicielem ustawowym. Dokumentacja medyczna jest udostępniana także osobie bliskiej, chyba że udostępnieniu sprzeciwi się inna osoba bliska lub sprzeciwił się temu pacjent za życia, z zastrzeżeniem pkt 1) i 2)
   1) w przypadku sporu między osobami bliskimi o udostępnienie dokumentacji medycznej, zgodę na udostępnienie wyraża sąd, o którym mowa w art. 628 ustawy z dnia 17 listopada 1964 r. – Kodeks postępowania cywilnego, w postępowaniu nieprocesowym na wniosek osoby bliskiej lub osoby wykonującej zawód medyczny. Osoba wykonująca zawód medyczny może wystąpić z wnioskiem do sądu także w przypadku uzasadnionych wątpliwości, czy osoba występująca o udostępnienie dokumentacji lub sprzeciwiająca się jej udostępnieniu jest osobą bliską.
   2) W przypadku gdy pacjent za życia sprzeciwił się udostępnieniu dokumentacji medycznej, o którym mowa w ust. 5, sąd, o którym mowa w art. 628 ustawy z dnia 17 listopada 1964r. – Kodeks postępowania cywilnego, w postępowaniu nieprocesowym na wniosek osoby bliskiej, może wyrazić zgodę na udostępnienie dokumentacji medycznej i określić zakres jej udostępnienia , jeżeli jest to niezbędne:
      a) w celu dochodzenia odszkodowania lub zadośćuczynienia, z tytułu śmierci pacjenta;
      b) dla ochrony życia lub zdrowia osoby bliskiej.
   3) W przypadku wystąpienia do sądu z wnioskiem, o którym mowa w pkt 1) albo 2), sąd bada:
      a) interes uczestników postępowania;
      b) rzeczywistą więź osoby bliskiej ze zmarłym pacjentem;
      c) wolę zmarłego pacjenta;
      d) okoliczności wyrażenia sprzeciwu.
6. Szpital udostępnia dokumentację medyczną:
   1) pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu,
   2) osobie upoważnionej przez pacjenta,
   3) upoważnionym organom.
7. Dokumentacja medyczna jest udostępniana:

1) do wglądu, w tym także do baz danych w zakresie ochrony zdrowia, w siedzibie Szpitala, z wyłączeniem medycznych czynności ratunkowych, albo w siedzibie Szpitala, 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 sadów 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.

Zdjęcia rentgenowskie wykonane na kliszy, przechowywane przez Szpital, są udostępniane za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu.

§82

1. Za udostępnienie dokumentacji medycznej w sposób określony w §81 Szpital może pobierać opłatę z zastrzeżeniem art. 32b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
2. Opłata za udostępnienie pierwszej kopii dokumentacji medycznej dla pacjenta albo jego przedstawiciela ustawowego nie jest pobierana.
3. Opłaty, o której mowa w ust. 1, nie pobiera się w przypadku udostępniania dokumentacji medycznej w związku z postępowaniem przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych.
4. Maksymalna wysokość opłaty za:
   1) jedną stronę wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej - nie może przekraczać 0,002 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale, ogłaszanego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej "Monitor Polski" na podstawie art. 20 pkt 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, począwszy od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym nastąpiło ogłoszenie;
   2) jedną stronę kopii albo wydruku dokumentacji medycznej - nie może przekraczać 0,00007 przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa w pkt 1;
   3) udostępnienie dokumentacji medycznej na informatycznym nośniku danych - nie może przekraczać 0,0004 przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa w pkt 1.
5. Udostępnienie dokumentacji do wglądu w siedzibie Szpitala, po uprzednim uzgodnieniu terminu jest bezpłatne.

§83

Dyrektor Szpitala określi w drodze zarządzenia wysokość opłaty za udostępnienie wyciągu odpisu lub kopii dokumentacji medycznej.

§84

1. Szpital przechowuje dokumentację medyczną przez okres 20 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu, z wyjątkiem:
   1) dokumentacji medycznej w przypadku zgonu pacjenta na skutek uszkodzenia ciała lub zatrucia, która jest przechowywana przez okres 30 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym nastąpił zgon;

2) dokumentacji medycznej zawierającej dane niezbędne do monitorowania losów krwi i jej składników, która jest przechowywana przez okres 30 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu;

3) zdjęć rentgenowskich przechowywanych poza dokumentacją medyczną pacjenta, które są przechowywane przez okres 10 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym wykonano zdjęcie;

4) skierowań na badania lub zleceń lekarza, które są przechowywane przez okres:

   a) 5 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym udzielono świadczenia zdrowotnego będącego przedmiotem skierowania lub zlecenia lekarza;

   b) 2 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym wystawiono skierowanie – w przypadku gdy świadczenie zdrowotne nie zostało udzielone z powodu niezgłoszenia się pacjenta w ustalonym terminie, chyba że pacjent odebrał skierowanie;

5) dokumentacji medycznej dotyczącej dzieci do ukończenia 2 roku życia, która jest przechowywana przez okres 22 lat.

2. Po upływie okresów wymienionych w ust. 1 Szpital niszczy dokumentację medyczną w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta, którego dotyczyła. Dokumentacja medyczna przeznaczona do zniszczenia może być wydana pacjentowi, jego przedstawicielowi ustawowemu lub osobie upoważnionej przez pacjenta.

3. Po upływie okresów, o których mowa w ust. 1, do postępowania z dokumentacją medyczną będącą materiałem archiwalnym w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach, stosuje się przepisy wydane na podstawie art. 5 ust. 2 i 2b tej ustawy.

§84A

1. Każdy pacjent przyjęty do Szpitala zostaje objęty profesjonalną opieką pielęgniarską i lekarską dostosowaną do jego indywidualnych potrzeb (opieka całościowa)

2. Personel medyczny sprawuje opiekę, o której mowa w ust. 1 nad wszystkimi pacjentami przebywającymi w Oddziale także tymi przekazanymi tymczasowo z innych Oddziałów Szpitalnych.

II. ZAPEWNIENIE DOSTĘPNOŚCI I JAKOŚCI ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

§85

Świadczenia opieki zdrowotnej w Szpitalu i świadczenia specjalistyczne w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej są udzielane według kolejności zgłoszenia w dniach i godzinach ich udzielania przez Szpital.

§86

1. Szpital umieszcza pacjenta z wyjątkiem pacjenta znajdującego się w stanie nagłym, na liście oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej na podstawie kryteriów medycznych opartych na aktualnej wiedzy medycznej:

   1) stanu zdrowia pacjenta,

   2) rokowania co do dalszego przebiegu choroby,

3) chorób współistniejących mających wpływ na chorobę z powodu, której ma być udzielone świadczenie,

4) zagrożenie wystąpienia, utrwalenia lub pogłębienia niepełnosprawności.

2. Szpital stosując kryteria, o których mowa w ust. 1:

1) kwalifikuje pacjentów do kategorii medycznej:

a) stan **nagły** - stan polegający na nagłym, lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała lub utrata życia, wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia;

b) przypadek **pilny** - jeżeli istnieje konieczność pilnego udzielenia świadczenia ze względu na dynamikę procesu chorobowego i możliwość szybkiego pogorszenia stanu zdrowia lub znaczącego zmniejszenia szans na powrót do zdrowia;

c) przypadek **stabilny** - w przypadku innym niż przypadek nagły i przypadek pilny.

2) umieszcza pacjenta na liście oczekujących po stwierdzeniu, że pacjent posiada wymagane skierowanie na świadczenie danego rodzaju albo jest uprawniony do uzyskania świadczenia bez skierowania.

3. W przypadku świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w Szpitalu, lekarz potwierdza kategorię medyczną, o której mowa w ust. 2 pkt 1 lit. b i c wskazaną na skierowaniu wystawionym przez lekarza kierującego albo kwalifikuje pacjenta do odpowiedniej kategorii medycznej.

4. W przypadku świadczeń specjalistycznych udzielanych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej, na które wymagane jest skierowanie, Szpital bierze pod uwagę kategorię medyczną, o której mowa w ust. 2 pkt 1 lit. b i c, wskazaną na skierowaniu wystawionym przez lekarza kierującego, jeżeli została określona.

§87

Kolejność udzielenia świadczeń zdrowotnych ustalana jest na podstawie opartych na aktualnej wiedzy medycznej kryteriów medycznych, o których mowa w §86, przy czym świadczenia udzielane są pacjentom:

1) w stanie nagłym - niezwłocznie przez Szpitalny Oddział Ratunkowy (SOR) oraz w razie potrzeby, przez inne medyczne komórki organizacyjne Szpitala, przy czym w razie braku możliwości udzielania świadczeń zdrowotnych z przyczyn leżących po stronie Szpitala lub w związku z wystąpieniem okoliczności niezawinionych przez Szpital, w przypadku stanu nagłego, zapewnia się udzielenie świadczeń zdrowotnych przez inny podmiot wykonujący działalność leczniczą,

2) w przypadku pilnym i stabilnym – według kolejności zgłoszenia pacjenta, w dniach i godzinach ich udzielania przez Szpital określonych w umowie o udzielanie świadczeń zdrowotnych podpisanej przez Szpital z Narodowym Funduszem Zdrowia.

III. PRZYJĘCIA NAGŁE

§88

1. W stanach nagłych świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane pacjentowi niezwłocznie.
2. W razie braku możliwości udzielania świadczeń zdrowotnych z przyczyn leżących po stronie Szpitala lub w związku z wystąpieniem siły wyższej, Szpital zapewnia w stanach nagłych udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej przez inny podmiot wykonujący działalność leczniczą.
3. Udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej pacjentom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego odbywa się w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym (SOR).
4. SOR udziela świadczeń opieki zdrowotnej polegających na wstępnej diagnostyce oraz podjęciu leczenia w zakresie niezbędnym do stabilizacji funkcji życiowych osób, które znajdują się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.
5. Osoby wymagające realizacji świadczeń w SOR podlegają segregacji medycznej i są przydzielane do jednej z pięciu kategorii zróżnicowanych pod względem stopnia pilności udzielania im świadczeń zdrowotnych:
   1) kolor czerwony oznacza natychmiastowy kontakt z lekarzem
   2) kolor pomarańczowy oznacza czas na pierwszy kontakt z lekarzem do 10 minut
   3) kolor żółty oznacza czas na pierwszy kontakt z lekarzem do 60 minut
   4) kolor zielony oznacza czas na pierwszy kontakt z lekarzem do 120 minut
   5) kolor niebieski oznacza czas na pierwszy kontakt z lekarzem do 240 minut
6. Osoby, które zostały przydzielone do kategorii pilności oznaczonej kolorem zielonym lub niebieskim mogą być kierowane ze Szpitalnego Oddziału Ratunkowego do miejsc udzielania świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) tj.
   1) w dniach od poniedziałku do piątku od godziny 8.00 do 18.00 do lekarza POZ zadeklarowanego przez pacjenta,
   2) na dyżur nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w dni powszednie pomiędzy godziną 18.00 a 8.00 rano dnia następnego, natomiast w soboty, niedziele i święta całodobowo.
7. Segregację medyczną osób, o których mowa w ust. 5 przeprowadza pielęgniarka systemu, ratownik medyczny lub lekarz systemu przez przeprowadzenie wywiadu medycznego i zebranie danych służących ocenie stanu zdrowia i zakwalifikowaniu do jednej z kategorii o których mowa w ust. 5 z wykorzystaniem systemu zarządzającego trybami obsługi pacjenta w SOR.
8. Osoby, o których mowa w ust. 5 pozostają na terenie SOR pod opieką pielęgniarki systemu, ratownika medycznego lub lekarza systemu i w razie potrzeby poddawane są ocenie ich stanu klinicznego. Ocena stanu klinicznego dokonywana jest nie rzadziej niż co 90 minut, licząc od chwili pobrania biletu, a jej wyniki są odnotowywane w dokumentacji medycznej.
9. W Szpitalnym Oddziale Ratunkowym prowadzona jest karta segregacji medycznej w postaci elektronicznej, w systemie zarządzającym trybami obsługi Pacjenta. Karta segregacji medycznej zawiera:
   1) dane, zawierające oznaczenie osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych
   2) informacje dotyczące rejestracji pacjenta do szpitala: numer księgi głównej, numer księgi oddziałowej;
   3) informacje dotyczące stanu zdrowia pacjenta objętego procesem segregacji medycznej:

a) informacje uzyskane w trakcie wywiadu medycznego,

b) określenie poziomu świadomości,

c) określenie poziomu bólu w skali od 0–10,

d) wartości parametrów krytycznych obejmujące:

– zapis badania EKG,

– tętno (HR),

– puls (PR),

– częstość oddechów (RR),

– ciśnienie krwi skurczowe, rozkurczowe i średnie (nieinwazyjny pomiar ciśnienia tętniczego krwi – NIBP),

– wysycenie hemoglobiny tlenem (saturacja, SpO2),

– temperatura (TEMP)

– o ile zostały oznaczone,

e) wybór metody tlenoterapii, jeżeli była stosowana,

f) ocenę stanu psychicznego;

4) panel Triage ESI 4.0, zawierający punkty decyzyjne zgodnie z algorytmem Emergency Severity Index (ESI) wersja 4.0 oraz wynik segregacji medycznej – priorytet;

5) datę i godzinę zakończenia segregacji medycznej.

10. Przyjęcia pacjentów w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego odbywają się wg następujących zasad:

1) Przyjęcia nagłe lub poród oraz pacjenci przywiezieni przez pogotowie ratunkowe nie wymagają skierowania na leczenie.

2) Lekarz Poradni specjalistycznej kierujący pacjenta do SOR celem przyjęcia w stanie nagłym powinien wystawić skierowanie na hospitalizację.

3) Tożsamość pacjentów przyjmowanych do SOR powinna być ustalana na podstawie dowodu osobistego lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość.

4) W stanach nagłych lub w przypadku, gdy ze względu na stan zdrowia nie jest możliwe złożenie oświadczenia, o którym mowa w §77 ust. 7 Regulaminu, 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, o którym mowa w §77 ust. 7, 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.

5) Późniejsze niż przewidziane terminami określonymi w pkt. 4, 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, o którym mowa w §77 ust. 7, nie może stanowić podstawy odmowy przez Szpital zwolnienia pacjenta z obowiązku poniesienia kosztów udzielonego świadczenia opieki zdrowotnej albo zwrotu tych kosztów.

6) Roszczenia Szpitala przysługujące na podstawie pkt. 4 ulegają przedawnieniu z upływem 5 lat od dnia upływu terminów określonych w pkt. 4.

7) W przypadku dzieci do ukończenia 3 miesiąca życia, które nie posiadają numeru PESEL, potwierdzenie, o którym mowa w §77 ust. 5, następuje na podstawie numeru PESEL osoby obowiązanej do zgłoszenia dziecka do ubezpieczenia zdrowotnego.

8) W przypadku gdy świadczenie opieki zdrowotnej zostało udzielone pomimo braku prawa do świadczeń opieki zdrowotnej w wyniku:

   1) posługiwania się kartą ubezpieczenia zdrowotnego albo innym dokumentem potwierdzającym prawo do świadczeń opieki zdrowotnej przez osobę, która utraciła to prawo w okresie ważności karty albo innego dokumentu, albo

   2) złożenia oświadczenia, o którym mowa w §77 ust. 7

   - osoba, której udzielono świadczenia opieki zdrowotnej, jest obowiązana do uiszczenia kosztów tego świadczenia.

9) Przepisu ust. 8 pkt 2 nie stosuje się do osoby, która w chwili składania oświadczenia, o którym mowa §77 ust. 7, działała w usprawiedliwionym błędnym przekonaniu, że posiada prawo do świadczeń opieki zdrowotnej.

10) Każdy pacjent zgłaszający się lub przywieziony do Szpitala podlega wstępnemu badaniu medycznemu, wykonywanemu przez lekarza SOR, celem ustalenia rozpoznania wstępnego i zaplanowania dalszego postępowania.

11) Jeżeli z wstępnego badania medycznego wynikają bezwzględne wskazania do natychmiastowego leczenia szpitalnego, względnie obserwacji szpitalnej, lekarz SOR wydaje konieczne zlecenia lecznicze, w tym diagnostyczne oraz kieruje pacjenta na właściwy Oddział Szpitala.

12) Decyzję o przyjęciu pacjenta SOR do Szpitala podejmuje lekarz SOR. Decyzja w tym zakresie powinna zostać podjęta w terminie 12 godzin od chwili zgłoszenia się pacjenta na SOR.

13) Wątpliwości o charakterze klinicznym rozstrzyga Lekarz Kierujący SOR lub Z-ca Dyrektora do spraw Medycznych opierając się w uzasadnionych przypadkach na opinii zwołanego w konkretnym przypadku konsylium lekarskiego.

14) Pacjenci, których stan zdrowia tego wymaga powinni być przetransportowani do właściwego Oddziału Szpitala w sposób wskazany przez lekarza SOR.

15) Jeżeli w czasie badania pacjenta na SOR okaże się, że istnieje podejrzenie występowania u niego choroby zakaźnej, należy bezzwłocznie skierować pacjenta do właściwego podmiotu wykonującego działalność leczniczą, a w pomieszczeniach, w których przebywał przeprowadzić doraźną dezynfekcję.

16) Jeżeli lekarz przy badaniu pacjenta poweźmie uzasadnione podejrzenie, że uszkodzenie ciała lub zaburzenia czynności organizmu pacjenta pozostają w związku z popełnieniem przestępstwa bezzwłocznie zawiadamia o tym fakcie właściwą jednostkę organizacyjną Policji.

§89

1. Odmowa udzielania świadczenia zdrowotnego w ramach SOR może mieć miejsce w sytuacji, gdy wyrażona potrzeba zdrowotna pacjenta wykracza poza zakres zadań SOR. W takim przypadku pacjent winien być pouczony odnośnie możliwości uzyskania świadczeń zdrowotnych w innych komórkach organizacyjnych Szpitala lub poza Szpitalem.
2. W Szpitalnym Oddziale Ratunkowym prowadzony jest Wykaz odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych udzielanych opatrzony numerem wykazu i zawiera:

1) numer kolejny pacjenta w wykazie;

2) imię (imiona) i nazwisko, numer PESEL - jeżeli został nadany, w przypadku noworodka - numer PESEL matki, a w przypadku braku numeru PESEL - rodzaj, serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość;

3) oznaczenie lekarza kierującego,

4) datę zgłoszenia się pacjenta, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym;

5) rozpoznanie ustalone przez lekarza kierującego albo adnotację o braku skierowania;

6) istotne dane z wywiadu lekarskiego i badania przedmiotowego oraz wyniki wykonanych badań diagnostycznych;

7) rozpoznanie choroby, problemu zdrowotnego lub urazu;

8) informację o udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz produktach leczniczych wraz z dawkowaniem lub wyrobach medycznych, w ilościach odpowiadających ilościom przepisanym na receptach lub zleceniach na zaopatrzenie w wyroby medyczne wydanych pacjentowi;

9) datę odmowy przyjęcia pacjenta do szpitala, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym;

10) wskazanie powodu odmowy przyjęcia do szpitala;

11) adnotację o braku zgody pacjenta na pobyt w szpitalu;

12) adnotację o miejscu, do którego pacjent został skierowany, wraz z adnotacją o zleceniu transportu sanitarnego, jeżeli zostało wydane;

13) oznaczenie lekarza.

3. W przypadku odmowy przyjęcia do szpitala pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy otrzymuje informację o rozpoznaniu choroby, problemu zdrowotnego lub urazu, wynikach przeprowadzonych badań, przyczynie odmowy przyjęcia do szpitala, udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz ewentualnych zaleceniach.
4. W przypadku nieprowadzenia wykazu, o którym mowa w ust. 2, adnotacji, o której mowa w ust. 2 pkt 11, dokonuje się w historii choroby.

§89A

Lekarz dyżurny SOR powinien podjąć decyzję o skierowaniu pacjenta na leczenie do oddziałów szpitala, w którym działa oddział lub odmówić przyjęcia do oddziału osoby niebędącej w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego maksymalnie w terminie 12 godzin od chwili zgłoszenia się pacjenta na SOR.

§90

Dyrektor Szpitala określi, w drodze zarządzenia, szczegółowe procedury przyjmowania pacjentów na Oddział Szpitalny.

IV. PRZYJĘCIA PLANOWE

§91

1. Przyjęcia planowe w ramach stacjonarnej i ambulatoryjnej opieki zdrowotnej oraz w celu udzielania świadczeń wysokospecjalistycznych odbywają się w trybie odpowiadającym potrzebom zdrowotnym pacjentów (pilny/stabilny), wedle określonego porządku i na zasadach szczegółowo określonych przez Dyrektora Szpitala odrębnym zarządzeniem.
2. Pacjentów zakwalifikowanych do kategorii medycznej "przypadek pilny" umieszcza się na liście oczekujących na udzielenie świadczeń zdrowotnych przed pacjentami zakwalifikowanymi do kategorii medycznej "przypadek stabilny".
3. Pacjentów, którzy wymagają okresowego, w ściśle ustalonych terminach, wykonywania kolejnych etapów leczenia, przyjmuje się w celu udzielenia świadczenia zgodnie z planem leczenia.

§92

1. Świadczenia opieki zdrowotnej w Szpitalu i świadczenia specjalistyczne w poradniach specjalistycznych są udzielane według kolejności zgłoszenia w dniach i godzinach ich udzielania przez Szpital.

   Na liście oczekujących na udzielenie świadczenia nie umieszcza się pacjentów kontynuujących leczenie w Szpitalu.
2. Szpital:
   1) ustala kolejność udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej na podstawie zgłoszeń pacjenta;
   2) informuje pisemnie pacjenta o zakwalifikowaniu do kategorii medycznej, ustalonej zgodnie z kryteriami medycznymi i terminie udzielenia świadczenia oraz na żądanie pacjenta uzasadnia przyczyny wyboru tego terminu;
   3) wpisuje:
      a) numer kolejny,
      b) datę i godzinę wpisu,
      c) identyfikator skierowania wystawiony w postaci papierowej albo w postaci elektronicznej E-skierowanie,
      d) imię i nazwisko pacjenta,
      e) numer PESEL, a w przypadku jego braku - numer dokumentu potwierdzającego tożsamość pacjenta,
      f) rozpoznanie lub powód przyjęcia,
      g) adres pacjenta,
      h) numer telefonu lub oznaczenie innego sposobu komunikacji z pacjentem lub jego opiekunem,
      i) dane termin udzielenia świadczenia,
      j) imię i nazwisko oraz podpis osoby dokonującej wpisu

      - w kolejnej pozycji prowadzonej przez siebie listy oczekujących na udzielenie świadczenia;
   4) wpisuje datę i przyczynę skreślenia pacjenta z prowadzonej przez siebie listy oczekujących na udzielenie świadczenia.

5) przechowuje oryginał skierowania w postaci papierowej przekazany przez pacjenta, w przypadku świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych na podstawie skierowania.

6) na żądanie pacjenta wystawia zaświadczenie o wpisie na listę oczekujących na udzielenie świadczenia oraz o zakwalifikowaniu do kategorii medycznej i terminie udzielenia świadczenia.

3. W przypadku świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych na podstawie skierowania, pacjent jest obowiązany:

1) dostarczyć oryginał skierowania w postaci papierowej, nie później niż w terminie 14 dni roboczych od dnia dokonania wpisu na listę oczekujących, pod rygorem skreślenia z listy oczekujących, albo

2) udostępnić, przed dokonaniem wpisu na listę oczekujących,

a) klucz dostępu do skierowania, albo

b) kod dostępu do skierowania w postaci elektronicznej oraz nr PESEL, a w przypadku osoby, która nie ma nadanego numeru PESEL – serię i numer paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość.

4. Do terminu dostarczenia świadczeniodawcy oryginału skierowania w postaci papierowej stosuje się przepisy art. 165 ustawy z dnia 17 listopada 1964 r. - Kodeks postępowania cywilnego.

5. W przypadku, o którym mowa w ust. 3 pkt 2 Szpital dokonuje wpisu na listę oczekujących na udzielenie świadczenia przez określenie odpowiedniego statusu skierowania.

6. W przypadku skreślenia pacjenta z listy oczekujących w wyniku rezygnacji z udzielenia świadczenia, niezgłoszenia się na ustalony termin udzielenia świadczenia albo zakończenia przez Szpital wykonywania umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej Szpital:

1) zwraca pacjentowi oryginał skierowania, w przypadku skierowania w postaci papierowej, albo
2) umożliwia ponowne użycie skierowania przez odpowiednią zmianę jego statusu w systemie teleinformatycznym, o którym mowa w art. 7 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia.

7. W przypadku braku dostępu do systemu teleinformatycznego, o którym mowa w art. 7 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia Szpital wpisuje pacjenta w kolejnej pozycji prowadzonej przez siebie listy oczekujących na świadczenia.

8. Niezwłocznie po uzyskaniu dostępu do systemu teleinformatycznego Szpital dokonuje czynności, o której mowa w ust. 5.

9. Dokonanie przez Szpital czynności, o których mowa w ust. 2 pkt 2 i 3 jest równoznaczne z zobowiązaniem się do udzielenia danego świadczenia opieki zdrowotnej.

10. Lista oczekujących na udzielenie świadczenia stanowi część harmonogramu przyjęć.

11. Listę oczekujących prowadzi się w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz zgodnie z kryteriami medycznymi określonymi w przepisach wydanych na podstawie ust. 11 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

12. Szpital ustala kolejność przyjęć i zapewnia prawidłowe prowadzenie list oczekujących albo wyznacza osoby odpowiedzialne za realizację tych zadań.

13. W razie zmiany stanu zdrowia pacjenta, wskazującej na potrzebę wcześniejszego niż w ustalonym terminie udzielenia świadczenia, Szpital informuje o tym pacjenta, który, jeżeli wynika to z kryteriów medycznych, koryguje odpowiednio termin udzielenia świadczenia i informuje niezwłocznie pacjenta o nowym terminie.
14. W przypadku 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 każdy dostępny sposób o zmianie terminu wynikającego ze zmiany kolejności udzielenia świadczenia i jej przyczynie. Przepis ten dotyczy także przypadku zmiany terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej na wcześniejszy. W przypadku gdy pacjent nie wyraża zgody na zmianę terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej na wcześniejszy, Szpital informuje o możliwości zmiany terminu następnego pacjenta z listy oczekujących, zgodnie z kolejnością ustaloną na podstawie zgłoszenia.
15. W przypadku, o którym mowa w ust. 14 przekazanie pacjentowi informacji o zmianie terminu udzielenia świadczenia, w przypadku świadczeń, dla których do planowanego terminu udzielenie świadczenia pozostało więcej niż 180 dni, może odbywać się raz na trzy miesiące.
16. W przypadku gdy pacjent nie może stawić się w Szpitalu w terminie określonym w trybie ust. 2, 7 lub 8 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych lub gdy zrezygnował ze świadczenia opieki zdrowotnej, jest on obowiązany niezwłocznie powiadomić o tym Szpital.
17. W przypadku, o którym mowa w ust. 16 Szpital może informować o możliwości zmiany terminu udzielania świadczenia opieki zdrowotnej pacjentów oczekujących na udzielenie świadczenia wpisanych na tę listę, którym określono termin udzielenia świadczenia w przedziale miedzy 7. a 30. dniem liczonym od upływu terminu wyznaczonego dla pacjenta, który nie stawił się w Szpitalu w celu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej lub zrezygnował z udzielenia tego świadczenia, z uwzględnieniem kryteriów medycznych.
18. W celu otrzymania danego świadczenia opieki zdrowotnej pacjent może wpisać się na jedną listę oczekujących w jednym podmiocie leczniczym.

    18.1 W przypadku zakończenia wykonywania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, pacjent wpisany na listę oczekujących w Szpitalu, który wykonywał tę umowę, może wpisać się na listę oczekujących prowadzoną przez inny Szpital wykonujący umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie.

    18.2 Szpital, do którego zgłasza się pacjent, ustala kolejność przyjęć, z uwzględnieniem daty zgłoszenia w podmiocie leczniczym, który zakończył wykonywanie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

    18.3 Podmiot leczniczy, który zakończył wykonywanie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, jest obowiązany wydać pacjentowi zaświadczenie o wpisaniu na listę oczekujących wraz z podaniem daty zgłoszenia się pacjenta. Za wydanie zaświadczenia pacjent nie ponosi opłaty.

    18.4 W przypadku niezgłoszenia się na ustalony termin udzielenia świadczenia, pacjent podlega skreśleniu z listy oczekujących, chyba że uprawdopodobni, że niezgłoszenie się nastąpiło z powodu siły wyższej.

    18.5 Wniosek o przywrócenie na listę oczekujących pacjent jest obowiązany zgłosić niezwłocznie, nie później niż w terminie 7 dni od dnia ustania przyczyny niezgłoszenia się na ustalony termin udzielenia świadczenia. W przypadku przywrócenia na listę oczekujących przepis ust. 18.2 stosuje się odpowiednio. W przypadku gdy pacjent otrzyma więcej niż jedno skierowanie, na takie samo świadczenie opieki zdrowotnej stosuje się przepis ust. 18.

18.6 Listy oczekujących na udzielenie świadczeń, o których mowa w ust. 1, prowadzi się w postaci elektronicznej.

19. Dla pacjentów objętych diagnostyką onkologiczną, lub leczeniem onkologicznym, Szpital prowadzi odrębną listę oczekujących na udzielenie świadczenia.

20. Szpital umieszcza pacjenta, z wyjątkiem pacjenta znajdującego się w stanie nagłym, na liście określonej w ust. 14, na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, o której mowa w art. 32a ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, oraz następujących kryteriów medycznych opartych na aktualnej wiedzy medycznej:

1) stanu zdrowia pacjenta;
2) rokowania co do dalszego przebiegu nowotworu;
3) chorób współistniejących mających wpływ na nowotwór, z powodu którego ma być udzielone świadczenie;
3) zagrożenia wystąpienia, utrwalenia lub pogłębienia niepełnosprawności.

21. Przepisów ust. 14 i 15 nie stosuje się do nowotworów złośliwych skóry, z wyjątkiem czerniaka skóry.

22. Listy oczekujących na udzielenie świadczenia podlegają okresowej, co najmniej raz w miesiącu, ocenie Zespołu Oceny Przyjęć powołanego przez Dyrektora Szpitala odrębnym zarządzeniem.

§93

1. Do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej mają prawo:

1) pacjenci w stanie nagłym;
2) inwalidzi wojenni i wojskowi, żołnierze zastępczej służby wojskowej, cywilne niewidome ofiary działań wojennych, kombatanci, działacze opozycji antykomunistycznej i osoby represjonowane z powodów politycznych oraz osoby deportowane do pracy przymusowej oraz osadzone w obozach pracy przez III Rzeszę i Związek Socjalistycznych Republik Radzieckich;
3) osoby posiadające tytuł "Zasłużony Honorowy Dawca Krwi" lub "Zasłużonego Dawcy Przeszczepu" po przedstawieniu legitymacji potwierdzającej ww. tytuł;
4) uprawnieni żołnierze i pracownicy oraz weterani poszkodowani - w zakresie leczenia urazów i chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa,
5) kobiety w ciąży,
6) pacjenci do 18 roku życia, u których stwierdzono ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalna chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym w okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu, posiadający zaświadczenie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej,
7) osoby posiadające orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności.
8) uprawnieni żołnierze lub pracownicy, których ustalony uszczerbek na zdrowiu wynosi co najmniej 30%,
9) pacjenci , o których mowa w art. 47 ust. 1a i 1b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

2. Korzystanie poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej i świadczeń specjalistycznych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej oznacza, że Szpital udziela tych świadczeń poza kolejnością przyjęć wynikającą z prowadzonej listy oczekujących.

3. Szpital udziela świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w ust. 1 i 2, w dniu zgłoszenia.

4. W przypadku gdy udzielenie świadczenia nie jest możliwe w dniu zgłoszenia, Szpital wyznacza inny termin poza kolejnością przyjęć wynikającą z prowadzonej listy oczekujących.

   Świadczenie z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej nie może być udzielone w terminie późniejszym niż w ciągu 7 dni roboczych od dnia zgłoszenia.

5. Pisemna informacja o uprawnieniach określonych w ust. 1-4 widoczna jest w miejscu rejestracji pacjentów.

6. Zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przepisów:
   1) art. 19-23 w/w ustawy nie stosuje się do świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu przeszczepów udzielanych osobom, które są wpisywane na krajowe listy osób oczekujących na przeszczepienie komórek, tkanek i narządów, zgodnie z przepisami o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów.
   2) art. 20-23 w/w ustawy nie stosuje się w stosunku do uprawnionego żołnierza lub pracownika. Osoby te korzystają ze świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie leczenia urazów i chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa, poza kolejnością.
   3) art. 20-23 w/w ustawy nie stosuje się w stosunku do weterana poszkodowanego. Osoba ta korzysta ze świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie leczenia urazów i chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa, poza kolejnością.
   4) Weteranom poszkodowanym przysługuje prawo do korzystania poza kolejnością ze stacjonarnych i całodobowych świadczeń opieki zdrowotnej innych niż te, o których mowa w art. 20, w zakresie leczenia urazów i chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa.

      Weteran poszkodowany ma prawo do bezterminowego czasu trwania leczenia w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej.

V. PRZEBIEG PROCESU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ. STACJONARNA OPIEKA ZDROWOTNA

§94

1. Przyjęcia do hospitalizacji - do leczenia w ramach stacjonarnej opieki zdrowotnej (lecznictwo szpitalne), odbywają się na podstawie skierowania do Szpitala wystawionego przez lekarza, lekarza dentystę lub felczera, jeżeli cel leczenia nie może być osiągnięty przez leczenie ambulatoryjne.
2. Do skierowania lekarz kierujący (rodzinny, specjalista) dołącza wyniki badań, które uzasadniają wstępne rozpoznanie i skierowanie pacjenta na leczenie szpitalne. Zgodnie z zasadą wyrażoną w § 92 ust. 1 (pacjent wpisuje się tylko na jedną listę oczekujących) oryginał skierowania zostaje w dokumentacji Szpitala.
3. Skierowanie na leczenie szpitalne, zachowuje swoją ważność do czasu realizacji poprzez ustalenie terminu przyjęcia pacjenta.

4. Przyjęcia do hospitalizacji poprzedza kwalifikacja medyczna, która ma na celu dokonanie wstępnej oceny stanu pacjenta i zakończona jest wskazaniem, co do dalszego trybu leczenia.
5. Lekarz dokonując wstępnej kwalifikacji pacjenta do leczenia w ramach stacjonarnej opieki zdrowotnej ustala dalszy tryb leczenia pacjenta, poprzez:
   1) ustalenie wstępnego terminu przyjęcia do leczenia w ramach stacjonarnej opieki zdrowotnej zgodnie z ustaloną dla pacjenta kategorią medyczną (przypadek pilny/ stabilny) i umieszczenie go na liście oczekujących;
   2) skierowanie pacjenta do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego lub udzielenie mu pomocy medycznej, jeżeli stan pacjenta ocenia, jako nagły. Udzielenie świadczeń pacjentowi w stanie nagłym należy odnotować w dokumentacji prowadzonej dla Szpitalnego Oddziału Ratunkowego (pacjent nie jest wpisywany na listę oczekujących).

   Jeżeli cel leczenia może być osiągnięty przez leczenie ambulatoryjne, lekarz informuje pacjenta o konieczności kontynuowania leczenia we właściwej poradni specjalistycznej, odnotowując ten fakt na skierowaniu dostarczonym przez pacjenta wraz z podaniem uzasadnienia i przyczyny nie przyjęcia do hospitalizacji na Oddziale.

§95

1. W dniu ustalonego terminu przyjęcia do Szpitala do leczenia w danym Oddziale w trybie planowym pacjent zgłasza się do Punktu Przyjęć Planowych, gdzie ma zakładaną historię choroby.
2. W momencie przyjęcia do Szpitala pacjent obowiązany jest przedstawić:
   1) skierowanie do Szpitala wraz z posiadaną dokumentacją medyczną i wynikami badań zleconych przez lekarza kierującego,
   2) dokument określony w §77 ust. 4 i 5.
3. W przypadku nie potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej o którym mowa w ust. 2 pkt 2 pacjent składa oświadczenie o przysługującym mu prawie do świadczeń zdrowotnych.
4. Pacjent skierowany do Szpitala powinien zabrać ze sobą: przybory toaletowe, szlafrok, pidżamę i kapcie. Odzież i obuwie osobiste pacjent powinien przekazać rodzinie lub do magazynu odzieży za pokwitowaniem.
5. Przedmioty wartościowe w momencie przyjęcia do Szpitala pacjent powinien przekazać rodzinie lub do depozytu Szpitala. Szpital nie ponosi odpowiedzialności materialnej za przedmioty wartościowe pacjenta, jeśli nie zostały oddane do depozytu.
6. Po złożeniu przedmiotów wartościowych oraz odzieży do magazynu odzieży pacjent zgłasza się na Punkt pielęgniarski danego Oddziału Szpitalnego w celu przyjęcia do leczenia w Oddziale Szpitalnym.

§96

Dyrektor Szpitala określi, w drodze zarządzenia sposób prowadzenia depozytu przedmiotów wartościowych oraz magazynu odzieży w Szpitalu, zabezpieczenia rzeczy wartościowych oraz przechowywania rzeczy pacjenta w magazynie odzieży.

§97

1. Osoby zatrudnione w Szpitalu oraz pozostające w stosunku cywilnoprawnym ze Szpitalem są obowiązane nosić w widocznym miejscu identyfikator imienny zawierający: logo Szpitala, tytuł zawodowy lub naukowy, imię i nazwisko, stanowisko oraz nazwę komórki organizacyjnej.

2. Dyrektor Szpitala określi, w drodze zarządzenia sposób zapewnienia możliwości identyfikacji personelu Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego we Wrocławiu.

§98

1. Pacjenta zaopatruje się w znak identyfikacyjny przy przyjęciu do Szpitala, po ustaleniu jego tożsamości.
2. Pacjenta, którego tożsamości nie można ustalić przy przyjęciu do Szpitala, zaopatruje się w znak identyfikacyjny zawierający oznaczenie „NN" oraz dodatkowe oznaczenie numeryczne, umożliwiające identyfikacje pacjenta do czasu ustalenia jego tożsamości.
3. Pacjenta, który potrzebuje natychmiastowego udzielenia świadczenia zdrowotnego ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia, zaopatruje się w znak identyfikacyjny niezwłocznie po udzieleniu takiego świadczenia.

§99

1. Noworodka urodzonego w Szpitalu zaopatruje się w znak identyfikacyjny niezwłocznie po urodzeniu.
2. Czynności, o której mowa w ust. 1 dokonuje się w obecności matki lub osoby bliskiej w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta obecnej przy porodzie, chyba że przebieg porodu na to nie pozwala.
3. Adnotacje o dokonaniu czynności, o której mowa w ust. 2, dokonuje się w indywidualnej dokumentacji medycznej noworodka oraz indywidualnej dokumentacji medycznej matki.

§100

Znak identyfikacyjny umieszcza się:

1) na opasce,
2) na zdjęciu – w przypadku, o którym mowa w §102 – oraz w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta.

§101

1. Opaskę zakłada się na nadgarstek pacjenta a w przypadku, gdy jest to niemożliwe albo niewskazane ze względu na przebieg procesu leczenia, na kostkę nogi.
2. W przypadku noworodka opaskę zakłada się na oba nadgarstki, a gdy jest to niemożliwe albo niewskazane ze względu na przebieg procesu leczenia, na obie kostki nóg albo na nadgarstek i kostkę nogi.
3. Opaska powinna być zapięta w sposób zapewniający jej utrzymanie się na nadgarstku lub kostce nogi pacjenta w trakcie jego pobytu w szpitalu.

§102

1. W przypadku, gdy założenie opaski dziecku, które nie ukończyło szóstego roku życia, w sposób określony w §101 ust. 1 nie jest możliwe, wykonuje się i umieszcza w widocznym miejscu na łóżku dziecka albo na inkubatorze, za zgodą matki lub osoby bliskiej, o której mowa w § 99 ust. 2, zdjęcie dziecka, na którym umieszcza się znak identyfikacyjny.
2. W przypadku braku zgody, o której mowa w ust. 1, na łóżku dziecka albo na inkubatorze umieszcza się opaskę ze znakiem identyfikacyjnym.

§103

Adnotacji o okolicznościach uniemożliwiających założenie opaski w sposób określony w §101 ust. 1 oraz oświadczenie o wyrażeniu zgody na wykonanie i umieszczenie na łóżku albo na inkubatorze zdjęcia dziecka, albo braku takiej zgody, dokonuje się w indywidualnej dokumentacji medycznej dziecka.

§104

1. Przy wypisywaniu pacjenta ze Szpitala, po sprawdzeniu zgodności znaku identyfikacyjnego umieszczonego na opasce, a w przypadku, o którym mowa w §100, na zdjęciu dziecka ze znakiem identyfikacyjnym umieszczonym w indywidualnej dokumentacji medycznej, opaskę albo zdjęcie wydaje się pacjentowi albo jego opiekunowi prawnemu.
2. W przypadku, o którym mowa w §101 ust. 2, drugą opaskę dołącza się do indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta.

§105

1. W przypadku stwierdzenia braku albo zniszczenia opaski albo zdjęcia, niezwłocznie potwierdza się tożsamość pacjenta i zakłada się pacjentowi albo umieszcza na łóżku albo inkubatorze nową opaskę albo zdjęcie.
2. Adnotacji o okolicznościach, o których mowa w ust. 1, dokonuje się w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta.

§106

1. Ordynator (lekarz kierujący oddziałem) wyznacza dla każdego pacjenta lekarza odpowiedzialnego za bieżącą terapię i opiekę medyczną, bieżące informowanie oraz prowadzenie jego dokumentacji. Wyznaczenie to może być dokonane poprzez przydział określonych sal chorych.
2. Obejmując opiekę nad pacjentem lekarz zobowiązany jest przedstawić się imieniem i nazwiskiem oraz podać stanowisko służbowe.
3. Każdy lekarz kontaktujący się z pacjentem zobowiązany jest do analogicznej procedury przedstawiania się, niezależnie od obowiązku noszenia identyfikatorów.
4. Pielęgniarka/położna oddziałowa wyznacza dla każdego pacjenta pielęgniarkę opiekująca się nim w trakcie zmiany. Wyznaczenie to może być dokonane poprzez przydział określonych sal chorych.
5. Pielęgniarka sprawująca opiekę ma obowiązek przedstawić się imieniem i nazwiskiem.

§107

Personel Szpitala jest obowiązany zachować w tajemnicy wszystkie informacje uzyskane w czasie wykonywania swoich obowiązków służbowych.

§108

1. Lekarze w godzinach ustalonych przez Ordynatora (lekarza kierującego oddziałem) udzielają osobom upoważnionym/przedstawicielowi ustawowemu informacji o stanie zdrowia pacjentów.
2. O stanie zdrowia ciężko chorych pacjentów bądź w przypadkach szczególnie uzasadnionych lekarze udzielają informacji osobom upoważnionym/przedstawicielowi ustawowemu na bieżąco.

§109

1. Lekarze Oddziału Szpitalnego są obowiązani prowadzić na bieżąco historię choroby pacjenta wraz z codziennym dekursusem podpisanym przez lekarza.
2. Historia choroby zawierać powinna informacje dotyczące przyjęcia pacjenta do Szpitala, przebiegu hospitalizacji, wypisania pacjenta ze Szpitala. Wpisy dotyczące hospitalizacji są dokonywane na bieżąco przez lekarza leczącego i okresowo kontrolowane przez

Ordynatora (lekarza kierującego oddziałem). Lekarz wypisujący pacjenta do domu wystawia kartę informacyjną w trzech egzemplarzach. Kartę informacyjną podpisuje lekarz wypisujący i Ordynator (lekarz kierujący oddziałem).

3. Archiwalna dokumentacja Szpitala jest przechowywana zgodnie z obowiązującymi przepisami.

§109A

1. Szpital jest obowiązany zgłosić, na podany przez jednostkę Policji numer telefonu, numer faksu lub adres poczty elektronicznej, fakt:
   1) przyjęcia pacjenta małoletniego, z którego przedstawicielem ustawowym albo opiekunem faktycznym nie można się skontaktować – nie później niż w okresie 4 godzin od przyjęcia;
   2) przyjęcia albo zgonu pacjenta, którego tożsamości nie można ustalić albo potwierdzić na podstawie dokumentów stwierdzających tożsamość – nie później niż w okresie 8 godzin odpowiednio od przyjęcia albo zgonu.
2. Szpital na żądanie Policji udziela informacji o fakcie przyjęcia osoby zaginionej w rozumieniu art. 14 ust. 1 pkt. 3 ustawy z dnia 6 kwietnia 1990 r. o Policji.

VI. PRZEKAZYWANIE PACJENTÓW KOLEJNYM ZMIANOM

§110

Codziennie w wyznaczonych godzinach w Oddziałach Szpitalnych odbywa się przekazanie pacjentów kolejnym zmianom lekarzy i pielęgniarek, położnych, poprzez przekazanie informacji o stanie zdrowia pacjentów oraz innych istotnych informacji zawartych w raportach lekarskich i pielęgniarskich.

§111

Wykaz raportów lekarskich zawiera informacje niezbędne dla zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów i ciągłości udzielania świadczeń zdrowotnych oraz oznaczenie lekarza dokonującego wpisu.

§112

1. Wykaz raportów pielęgniarskich zawiera informacje niezbędne dla zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów i ciągłości udzielania świadczeń zdrowotnych oraz oznaczenie pielęgniarki lub położnej dokonującej wpisu
2. Opisy poszczególnych pacjentów, zawierające sprawozdania o stanie pacjenta sporządzane są w indywidualnej dokumentacji pacjenta po zakończeniu każdego dyżuru.

§112A

Wykaz raportów fizjoterapeutycznych zawiera informacje niezbędne dla zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów i ciągłości udzielania świadczeń zdrowotnych oraz oznaczenie fizjoterapeuty dokonującego wpisu.

§113

1. Lekarze dyżurni, przekazując pacjentów kolejnej zmianie przedstawiają istotne informacje o stanie zdrowia pacjentów, nowych przyjęciach na Oddział Szpitalny, interwencjach lekarskich oraz innych istotnych zdarzeniach i podjętych działaniach podczas wykonywania obowiązków służbowych.

2. Lekarze dyżurni zobowiązani są prowadzić raporty lekarskie w Księdze raportów lekarskich.
3. Codziennie zgodnie z harmonogramem ustalonym przez Ordynatora (lekarza kierującego oddziałem) odbywa się „wizyta ordynatorska", podczas której, w poszczególnych salach chorych, w obecności lekarzy Oddziału, lekarz leczący przedstawia informację o efektach i postępach leczenia poszczególnych pacjentów. Wizyta Ordynatorska ma na celu konsultację przebiegu leczenia i jego efektów z Ordynatorem (lekarzem kierującym oddziałem) oraz innymi lekarzami Oddziału. W konsultacji z innymi lekarzami ustalany jest dalszy przebieg leczenia, diagnostyka oraz ewentualne zmiany w procesie leczenia.
4. Wizyta ordynatorska 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.

§114

Dyrektor Szpitala określi, w drodze zarządzenia, szczegółową procedurę przekazywania pacjentów kolejnym zmianom w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym we Wrocławiu.

VII. WYPISANIE PACJENTA

§115

1. Wypisanie pacjenta ze Szpitala, jeżeli przepisy odrębne nie stanowią inaczej, następuje:
   1) gdy stan zdrowia pacjenta nie wymaga dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych,
   2) na żądanie pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego,
   3) gdy pacjent w sposób rażący narusza porządek lub przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych a nie zachodzi obawa, że odmowa lub zaprzestanie udzielania świadczeń może spowodować bezpośrednie niebezpieczeństwo dla jego życia lub zdrowia albo życia lub zdrowia innych osób.
2. Jeżeli przedstawiciel ustawowy żąda wypisania ze Szpitala pacjenta, którego stan zdrowia wymaga dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych, Dyrektor Szpitala lub lekarz przez niego upoważniony może odmówić wypisania do czasu wydania w tej sprawie orzeczenia przez właściwy ze względu na siedzibę Szpitala sąd opiekuńczy, chyba, że przepisy szczególne stanowią inaczej. Właściwy sąd opiekuńczy zawiadamiany jest niezwłocznie o odmowie wypisania ze Szpitala i przyczynach odmowy.
3. Pacjent występujący z żądaniem wypisania ze Szpitala na własne żądanie jest informowany przez lekarza o możliwych następstwach zaprzestania dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych. Pacjent taki składa pisemne oświadczenie o wypisaniu ze Szpitala na własne żądanie. W przypadku braku takiego oświadczenia lekarz sporządza adnotację w dokumentacji medycznej.
4. Lekarz wypisujący pacjenta wystawia kartę informacyjną z leczenia szpitalnego na podstawie informacji zawartych w historii choroby albo w karcie noworodka.
5. Kartę informacyjną z leczenia szpitalnego podpisuje lekarz wypisujący i Ordynator (lekarz kierujący oddziałem) albo lekarz przez niego upoważniony.
6. Karta informacyjna z leczenia szpitalnego zawiera:
   1) rozpoznania choroby w języku polskim wraz z numerem statystycznym,
   2) wyniki badań diagnostycznych wraz z opisem oraz wyniki konsultacji;

3) opis zastosowanego leczenia, a w przypadku wykonania zabiegu lub operacji - datę wykonania;

4) wskazania dotyczące dalszego sposobu leczenia, rehabilitacji, żywienia, pielęgnowania lub trybu życia;

5) orzeczony przy wypisie okres czasowej niezdolności do pracy, a w miarę potrzeby ocenę zdolności do wykonywania dotychczasowego zatrudnienia;

6) adnotacje o produktach leczniczych wraz z dawkowaniem i wyrobach medycznych w ilościach odpowiadających ilościom na receptach lub zleceniach na zaopatrzenie w wyroby medyczne wystawionych pacjentowi;

7) terminy planowanych konsultacji, na które wystawiono skierowania;

8) datę wypisu.

7. Karta informacyjna z leczenia szpitalnego w przypadku zgonu pacjenta zawiera dane, o których mowa w § 81 ust. 3 pkt 1-4 Regulaminu, rozpoznanie choroby w języku polskim oraz dane, o których mowa w § 16 ust. 4 pkt 1, 2 i 4 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.
8. Kartę informacyjną z leczenia szpitalnego wydaje się pacjentowi, jego przedstawicielowi ustawowemu albo osobie, o której mowa w §8 ust. 1 pkt 2 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, w dniu wypisu, a w przypadku, o którym mowa w art. 29 ust. 1 pkt 2 lub 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, bez zbędnej zwłoki.
9. Gmina właściwa ze względu na miejsce zamieszkania, a w przypadku niemożności ustalenia miejsca zamieszkania właściwa ze względu na ostatnie miejsce pobytu pacjenta pokrywa koszty transportu sanitarnego pacjenta małoletniego lub osoby niezdolnej do samodzielnej egzystencji do miejsca pobytu, jeżeli przedstawiciel ustawowy pacjenta albo osoba, na której w stosunku do pacjenta ciąży ustawowy obowiązek alimentacyjny, nie odbiera pacjenta w wyznaczonym terminie.

§116

VIII. AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA

1. Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne finansowane ze środków publicznych są udzielane na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.
2. Jeżeli w wyniku finansowanych ze środków publicznych badań przesiewowych wykonywanych u dzieci stwierdzono występowanie chorób wrodzonych, udzielanie ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych finansowanych ze środków publicznych w zakresie leczenia tych chorób następuje bez skierowania, o którym mowa w ust. 1.
3. Skierowanie na ambulatoryjne leczenie specjalistyczne obejmuje całość świadczeń zdrowotnych związanych ze schorzeniem, które stanowiło podstawę wydania skierowania.
4. Skierowanie nie jest wymagane do świadczeń:
   1) ginekologa i położnika;
   2) dentysty;

3) wenerologa;
4) onkologa;
5) psychiatry;
6) dla osób chorych na gruźlicę;
7) dla osób zakażonych wirusem HIV;
8) dla inwalidów wojennych i wojskowych, osób represjonowanych, kombatantów, żołnierzy zastępczej służby wojskowej, działaczy opozycji antykomunistycznej i osób represjonowanych z powodów politycznych oraz osób deportowanych do pracy przymusowej;
9) dla cywilnych niewidomych ofiar działań wojennych;
10) w zakresie leczenia uzależnień:
    a) dla osób zgłaszających się z powodu uzależnienia,
    b) dla osób zgłaszających się z powodu współuzależnienia – osób spokrewnionych lub niespokrewnionych z osobą uzależnioną, wspólnie z nią zamieszkujących i gospodarujących, oraz osób, których stan psychiczny powstał na skutek pozostawania w związku emocjonalnym z osobą uzależnioną;
11) dla uprawnionego żołnierza lub pracownika, w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa;
12) dla weterana poszkodowanego, w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa ora uprawnionego żołnierza lub pracownika, którego ustalony procentowy uszczerbek na zdrowiu wynosi co najmniej 30%.
13) dla osób posiadających zaświadczenie, o którym mowa w art. 47 ust. 1a i 1b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

5. W stanach nagłych świadczenia zdrowotne są udzielane bez wymaganego skierowania.
6. Skierowania wystawione przez lekarzy wykonujących zawód w innych niż Rzeczpospolita Polska państwach członkowskich Unii Europejskiej traktuje się jako skierowania w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, jeżeli spełniają określone w niej wymagania.
7. Do skierowania, o którym mowa w ust. 6, wystawionego w języku obcym, dołącza się jego tłumaczenie na język polski. Tłumaczenie nie musi być sporządzone przez tłumacza przysięgłego.

7a. Skierowanie w postaci elektronicznej.

1) W przypadku skierowania w postaci elektronicznej, Pacjent otrzymuje informację o wystawionym skierowaniu zawierającą następujące dane:
    a) klucz dostępu do skierowania;
    b) kod dostępu do skierowania;
    c) identyfikator zbioru wersji skierowania;
    d) datę wystawienia skierowania;
    e) imię i nazwisko pacjenta;
    f) imię i nazwisko osoby wystawiającej skierowanie;

g) numer prawa wykonywania zawodu osoby wystawiającej skierowanie;

h) numer telefonu kontaktowego do osoby wystawiającej skierowanie;

i) nazwę dokumentu, jeżeli jest inna niż "skierowanie";

j) typ skierowania zgodny z klasyfikacją skierowań stosowaną w Systemie Informacji Medycznej, o którym mowa w ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia;

k) informację "przypadek pilny", jeżeli dotyczy;

l) oznaczenie rodzaju podmiotu, do którego kieruje się Pacjenta, jeżeli dotyczy;

m) wskazane przez osobę wystawiającą skierowanie miejsce jego realizacji, jeżeli dotyczy.

2) Informację, o której mowa w ust. 1), Pacjent otrzymuje:

a) na adres poczty elektronicznej wskazany w systemie informacji w ochronie zdrowia, o którym mowa w ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia;

b) na wskazany w systemie informacji w ochronie zdrowia, o którym mowa w ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, numer telefonu, w formie wiadomości tekstowej zawierającej kod dostępu, o którym mowa w ust. 1 pkt 1 lit.b, oraz informację o wymagalności numeru dokumentu potwierdzającego tożsamość przy realizacji skierowania;

c) w przypadku braku wskazania w systemie informacji w ochronie zdrowia, o którym mowa w ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia danych, o których mowa w pkt 1 i 2, oraz na każde żądanie świadczeniobiorcy, w formie wydruku, a w przypadku udzielania świadczenia zdrowotnego w miejscu wezwania i braku możliwości przekazania informacji w formie wydruku, w innej uzgodnionej formie.

3) Informację, o której mowa w ust. 2) lit. c), wydaje osoba wystawiająca skierowanie.

4) Informacja o wystawionym skierowaniu nie może zawierać żadnych innych treści, w szczególności o charakterze reklamy.

5) Informacja o wystawionym skierowaniu nie zastępuje skierowania.

8. Pacjent, u którego lekarz stwierdził podejrzenie nowotworu złośliwego, ma prawo do diagnostyki onkologicznej na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, bez skierowania.

9. Pacjent, u którego:

1) w wyniku diagnostyki onkologicznej stwierdzono nowotwór złośliwy lub miejscowo złośliwy,

2) lekarz udzielający ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych lub świadczeń szpitalnych stwierdził nowotwór złośliwy lub miejscowo złośliwy

– ma prawo do leczenia onkologicznego na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, bez skierowania.

10. Przepisów ust. 8 i 9 nie stosuje się do nowotworów złośliwych skóry, z wyjątkiem czerniaka skóry.

11. Kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego wydaje pacjentowi odpowiednio lekarz.

12. Lekarz udzielający ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych lub świadczeń szpitalnych, który stwierdził nowotwór złośliwy, dokonuje zgłoszenia Karty Zgłoszenia Nowotworu Złośliwego bezpośrednio do Krajowego Rejestru Nowotworów, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 20 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia.

13. Lekarz, o którym mowa w ust. 12, wpisuje w karcie diagnostyki i leczenia onkologicznego numer Karty Zgłoszenia Nowotworu Złośliwego nadawany przez Krajowy Rejestr Nowotworów.

14. Pacjent zamierzający skorzystać z diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego pozostawia kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego w Szpitalu, w którym świadczenia te będą udzielane.

15. W przypadku konieczności zmiany Szpitala, karta diagnostyki i leczenia onkologicznego jest wydawana pacjentowi.

16. Szpital sporządzający dokumentację medyczną dotyczącą diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego ma obowiązek sporządzić i przekazać nieodpłatnie pacjentowi posiadającemu kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego kopię tej dokumentacji, za której wykonanie Szpital nie pobiera opłaty, o której mowa w art. 28 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Kopia dokumentacji medycznej dotyczącej diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego stanowi załącznik do karty diagnostyki i leczenia onkologicznego.

17. W przypadku:

    1) gdy w wyniku diagnostyki onkologicznej nie stwierdzono nowotworu złośliwego lub miejscowo złośliwego, pacjent pozostawia kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego w Szpitalu, który wykonywał tę diagnostykę;

    2) zakończenia leczenia onkologicznego, pacjent pozostawia kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego w Szpitalu, który zakończył to leczenie.

18. W przypadkach, o których mowa w ust. 17, Szpital przekazuje kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego wraz z kopią dokumentacji medycznej dotyczącej diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego lekarzowi, wskazanemu przez pacjenta w deklaracji wyboru. Kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego dołącza się do dokumentacji medycznej.

19. Karta diagnostyki i leczenia onkologicznego zawiera:

    1) oznaczenie pacjenta, pozwalające na ustalenie jego tożsamości:

        a) nazwisko i imię (imiona),

        b) adres miejsca zamieszkania,

        c) numer PESEL, jeżeli został nadany, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL - rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, a w przypadku noworodka - numer PESEL jednego z rodziców lub opiekuna prawnego oraz numer kolejny noworodka oraz datę urodzenia i oznaczenie płci,

d) w przypadku gdy pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody - nazwisko i imię (imiona) przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, oraz adres jego miejsca zamieszkania,

e) podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta,

f) numer telefonu,

g) adres poczty elektronicznej;

2) oznaczenie Szpitala, w tym imię i nazwisko lekarza, który udzielił świadczeń opieki zdrowotnej;

3) nazwę i adres miejsca udzielania świadczeń

4) dane lekarza biorącego udział w ustaleniu planu leczenia onkologicznego:

a) imię i nazwisko,

b) numer prawa wykonywania zawodu;

5) dane koordynatora leczenia onkologicznego:

a) imię i nazwisko,

b) numer telefonu służbowego,

c) adres służbowej poczty elektronicznej;

6) dane inne niż określone w pkt 1-4:

a) datę sporządzenia karty,

b) datę decyzji o założeniu karty,

c) tryb wydania karty,

d) datę otrzymania karty przez pacjenta,

e) dane o skierowaniu do lekarza specjalisty lub szpitala,

f) dane dotyczące diagnostyki onkologicznej,

g) rozpoznanie,

h) dane dotyczące oceny jakości diagnostyki onkologicznej,

i) dane dotyczące planu leczenia onkologicznego,

j) dane dotyczące leczenia onkologicznego,

k) unikalny numer identyfikacyjny.

§117

1. Rejestracja pacjenta odbywa się na podstawie zgłoszenia, w szczególności: osobistego, telefonicznego lub za pośrednictwem osoby trzeciej. W przypadku braku możliwości przyjęcia pacjenta w dniu rejestracji – wyznacza się termin i przybliżoną godzinę realizacji świadczenia opieki zdrowotnej oraz umieszcza się go na liście osób oczekujących na udzielenie świadczenia.
2. Przed uzyskaniem świadczenia opieki zdrowotnej (podczas rejestracji) pacjent jest zobowiązany do przedłożenia dokumentu poświadczającego jego uprawnienia do uzyskania bezpłatnych świadczeń.

§118

1. W uzasadnionych medycznie przypadkach lekarz specjalista wydaje skierowania na dodatkowe konsultacje, albo leczenie skojarzone do innych Poradni Specjalistycznych Szpitala lub skierowania do leczenia stacjonarnego w Szpitalu.
2. W uzasadnionych medycznie przypadkach lekarz specjalista może objąć pacjenta stałym leczeniem w Poradni Specjalistycznej.
3. Lekarz specjalista w sytuacji określonej w ust. 2 informuje lekarza sprawującego podstawową opiekę zdrowotną nad pacjentem /lekarza rodzinnego/ o przebiegu leczenia oraz o objęciu pacjenta stałym leczeniem specjalistycznym.

§119

IX. ODSTĄPIENIE OD LECZENIA i ODMOWA PRZYJĘCIA

1. Lekarz ma obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki.

2. Lekarz może nie podjąć lub odstąpić od leczenia pacjenta, o ile nie zachodzi przypadek, o którym mowa w ust. 1.

3. W przypadku odstąpienia od leczenia, lekarz ma obowiązek dostatecznie wcześnie uprzedzić o tym pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego bądź opiekuna faktycznego i wskazać realne możliwości uzyskania tego świadczenia u innego lekarza lub w podmiocie leczniczym.

4. Jeżeli lekarz wykonuje swój zawód na podstawie stosunku pracy lub w ramach służby, może nie podjąć lub odstąpić od leczenia, jeżeli istnieją poważne ku temu powody, po uzyskaniu zgody swojego przełożonego.

5. W przypadku odstąpienia od leczenia lekarz ma obowiązek uzasadnić i odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej.

6. Lekarz może powstrzymać się od wykonania świadczeń zdrowotnych niezgodnych z jego sumieniem, z zastrzeżeniem ust.1, z tym że ma obowiązek wskazać realne możliwości uzyskania tego świadczenia u innego lekarza lub w podmiocie leczniczym oraz uzasadnić i odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej. Lekarz wykonujący swój zawód na podstawie stosunku pracy lub w ramach służby ma ponadto obowiązek uprzedniego powiadomienia na piśmie przełożonego.

7. W przypadku, o którym mowa w ust. 2 pacjent, jego przedstawiciel ustawowy lub opiekun faktyczny mają 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.

§120

Dyrektor Szpitala określi, w drodze zarządzenia, szczegółowe zasady postępowania z pacjentem w przypadku odmowy przyjęcia do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego we Wrocławiu.

ROZDZIAŁ II

WARUNKI WSPÓŁDZIAŁANIA MIĘDZY KOMÓRKAMI ORGANIZACYJNYMI SZPITALA

§121

1. Współdziałanie między poszczególnymi komórkami organizacyjnymi Szpitala odbywa się w sposób zapewniający sprawność funkcjonowania Szpitala oraz kompleksowość, dostępność i należytą jakość udzielanych przez Szpital świadczeń zdrowotnych.
2. W zakresie współdziałania miedzy komórkami organizacyjnymi Szpitala uprawnienia nadzorczo - koordynujące posiadają Zastępcy Dyrektora lub osoby przez nich wyznaczone.
3. W celu zapewnienia stałej współpracy pomiędzy poszczególnymi komórkami organizacyjnymi Szpitala oraz podnoszenia jakości i efektywności działalności podstawowej, Dyrektor Szpitala powołuje stałe Komitety, Komisje i Zespoły Opiniodawcze:
   1) Komitet Kontroli Zakażeń Szpitalnych,
   2) Komitet Transfuzjologiczny,
   3) Komitet Terapeutyczny,
   4) Komisja analizująca przyczyny zgonów,
   5) Komisja sprawująca nadzór nad jakością działalności dydaktycznej w zakresie kształcenia podyplomowego lekarzy, lekarzy stażystek, pielęgniarek, pielęgniarek stażystek,
   6) Komisja analizująca skuteczność leczenia,
   7) Komisja sprawująca nadzór nad kształceniem podyplomowym lekarzy,
   8) Komisja Lekarska uprawniona do stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu,
   9) Komisja Bioetyczna przy Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym we Wrocławiu Ośrodku Badawczo – Rozwojowym,
   10) Komisja ds. klinicznych audytów wewnętrznych w pracowniach stosujących promieniowanie jonizujące,
   11) Komisja Etyczna,
   12) Komisja Kasacyjna,
   13) Komisja BHP,
   14) Komisja Socjalna,
   15) Komisja ds. kontroli stanu sanitarno – higienicznego,
   16) Komisja ds. analizy jakości dokumentacji medycznej,
   17) Komisja ds. badań wypadków i zdarzeń potencjalnie wypadkowych,
   18) Komisja bezpieczeństwa ds. zamkniętego użycia mikroorganizmów genetycznie zmodyfikowanych (GMM) kategorii II,
   19) Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych,
   20) Zespół Oceny Przyjęć,
   21) Zespół ds. żywienia,
   22) Zespół ds. reklamacji wyrobów medycznych,
   23) Zespół ds. oceny ryzyka zawodowego,

24) Zespół ds. jakości,
25) Zespół ds. akredytacji,
26) Zespół ds. profilaktyki odleżyn,
27) Zespół ds. antybiotykoterapii,
28) Zespół ds. przygotowania materiałów do wniosków o pozyskanie funduszy unijnych.
29) Zespół liderów jakości,
30) Forum Zarządzania Bezpieczeństwem Informacji.

4. Dyrektor Szpitala określi w drodze zarządzenia skład, zadania i zasady funkcjonowania Komitetów, Komisji i Zespołów.
5. Komitety, Komisje i Zespoły, o których mowa w ust. 3 są uprawnione do przedkładania Dyrektorowi Szpitala uwag, wniosków, opinii, propozycji nowych rozwiązań oraz rekomendacji związanych z przedmiotem swojej działalności, w tym m. in. do dokonywania analizy zjawisk występujących w danej dziedzinie działalności medycznej.

§122

1. W celu zapewnienia ciągłości leczenia Ordynatorzy (lekarze kierujący oddziałami) wyznaczają lekarza konsultującego pacjentów z innych Oddziałów Szpitalnych, wymagających konsultacji specjalistycznych.
2. Informacja o tym, kto w danym dniu jest wyznaczony do konsultowania powinna być dostępna w sekretariatach poszczególnych Oddziałów Szpitalnych. Konsultacji wewnątrzszpitalnych udzielają lekarze wyznaczeni przez Ordynatorów (lekarzy kierujących oddziałami).
3. W celu zlecenia konsultacji wewnątrzszpitalnej należy dokonać kwalifikacji pilności danej konsultacji i w zależności od jej pilności dokonać jej zlecenia.
4. Zlecenia konsultacji dokonuje się poprzez wypełnienie formularza zlecenia konsultacji i dostarczenia jej do sekretariatu właściwego Oddziału Szpitalnego.
5. W przypadku konsultacji pilnych – ratujących życie – zlecenie może nastąpić telefonicznie. Konsultacja powinna odbyć się niezwłocznie od przyjęcia zlecenia.
6. W godzinach popołudniowych, w niedziele, święta i dni wolne od pracy konsultacji pilnych udziela lekarz dyżurny właściwego Oddziału Szpitalnego.

§123

Badania diagnostyczne wykonywane w Dolnośląskim Ośrodku Diagnostyki Obrazowej oraz w Dolnośląskim Centrum Diagnostyki Laboratoryjnej dla pacjentów komórek medycznych Szpitala, wykonywane są na podstawie skierowania na badania wystawionego przez lekarza leczącego lub lekarza dyżurnego Oddziału Szpitalnego.

§124

1. W razie stwierdzenia w wyniku postępowania diagnostycznego rozpoznania wymagającego leczenia będącego w kompetencji innego oddziału lub ze względu na stan pacjenta wymagający leczenia w innym oddziale, następuje przeniesienie pacjenta.
2. Ruch pacjentów między oddziałami odbywa się na podstawie ustaleń poczynionych pomiędzy Ordynatorami (lekarzami kierującymi oddziałem). Ewentualne spory, rozstrzyga, w ramach działalności podstawowej Z-ca Dyrektora do spraw Medycznych lub osoba przez niego wyznaczona.

§125

Dyrektor Szpitala określi w drodze Zarządzenia sposób przekazywania odpowiedzialności za pacjenta oraz rodzaj i zakres informacji medycznej udzielanej przy przekazywaniu pacjenta pomiędzy komórkami organizacyjnymi Szpitala.

§126

1. Lekarz leczący lub lekarz dyżurny jest zobowiązany:
   1) w przypadku pogorszenia się stanu zdrowia pacjenta, powodującego zagrożenie życia lub w razie jego śmierci, niezwłocznie zawiadomić o zaistniałej sytuacji osobę upoważnioną w historii choroby pacjenta do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia, instytucje lub przedstawiciela ustawowego,
   2) zawiadomić osobę upoważnioną w historii choroby pacjenta do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia o przeniesieniu pacjenta do innego podmiotu wykonującego działalność leczniczą z podaniem dokładnego adresu tego podmiotu,
   3) zawiadomić osobę bliską, uprawnionego członka rodziny, przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego o przyjęciu do Szpitala bez ich wiedzy pacjenta niepełnoletniego.
2. Lekarz kierujący Szpitalnym Oddziałem Ratunkowym jest zobowiązany zawiadomić osobę bliską, uprawnionego członka rodziny, przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego o przyjęciu do Szpitala bez ich wiedzy pacjenta niepełnoletniego.

ROZDZIAŁ III.

WARUNKI WSPÓŁDZIAŁANIA Z INNYMI PODMIOTAMI WYKONUJĄCYMI DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ.

§127

1. Szpital współdziała z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w zakresie prawidłowości diagnostyki, leczenia pacjentów i ciągłości postępowania, w szczególności poprzez kierowanie do innych placówek w celu konsultacji specjalistycznych, zlecanie badań diagnostycznych niewykonywanych w Szpitalu, kierowanie na zabiegi specjalistyczne, o ile nie ma możliwości ich wykonania w Szpitalu.
2. W przypadku konieczności przeniesienia pacjenta do innego podmiotu działalności leczniczej lekarz leczący/lekarz SOR nawiązuje kontakt z właściwym podmiotem wykonującym działalność leczniczą celem uzyskania zgody, terminu przeniesienia pacjenta. Po uzgodnieniu warunków przeniesienia lekarz leczący/lekarz SOR informuje pacjenta o podjętych czynnościach i uzyskuje jego zgodę na przeniesienie do innego podmiotu działalności leczniczej oraz zawiadamia członka rodziny pacjenta, przedstawiciela ustawowego lub jego opiekunów faktycznych wraz z podaniem dokładnego adresu podmiotu wykonującego działalność leczniczą, do którego pacjent ma być przeniesiony.
3. Szczegółowe zasady współdziałania z innymi podmiotami działalności leczniczej określają przepisy prawa oraz postanowienia umów i porozumień zawartych pomiędzy tymi podmiotami a Szpitalem.

ROZDZIAŁ IV.

PRAWA I OBOWIĄZKI PACJENTA

§128

1. Każdy pacjent przyjęty do Szpitala jest zapoznawany przez personel Oddziału Szpitalnego z prawami i obowiązkami pacjenta. W sytuacji, gdy pacjent jest nieletni lub gdy stan zdrowia pacjenta uniemożliwia zapoznanie z prawami i obowiązkami, o prawach i obowiązkach informowani są najbliżsi członkowie rodziny (rodzice/opiekunowie).
2. Wyciąg z Karty Praw i Obowiązków Pacjenta umieszczony jest na tablicy informacyjnej każdej medycznej komórki organizacyjnej Szpitala.
3. Karta Praw i Obowiązków Pacjenta dostępna jest dla każdego pacjenta i jego rodziny w Punktach pielęgniarskich każdego Oddziału Szpitalnego.
4. W przypadku pacjenta niemogącego się poruszać personel Oddziału Szpitalnego zobowiązany jest do udostępnienia Karty Praw i Obowiązków Pacjenta w sposób umożliwiający pacjentowi zapoznanie się z nią w pomieszczeniu, w którym pacjent przebywa.

§129

1. Warunkiem udzielania świadczeń zdrowotnych jest świadoma zgoda pacjenta (w tym małoletniego, który ukończył 16 lat).
   1) na wykonanie badania lub udzielenia innych świadczeń zdrowotnych pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy albo opiekun faktyczny, wyraża zgodę lub odmawia takiej zgody.
   2) badanie lub udzielenie pacjentowi innego świadczenia zdrowotnego bez jego zgody jest dopuszczalne, jeżeli wymaga on niezwłocznej pomocy lekarskiej, a ze względu na stan zdrowia lub wiek nie może wyrazić zgody i nie ma możliwości porozumienia się z jego przedstawicielem ustawowym lub opiekunem faktycznym. Decyzję taką lekarz powinien w miarę możliwości skonsultować z innym lekarzem.
2. Lekarz może wykonać zabieg operacyjny albo zastosować metodę leczenia lub diagnostyki stwarzającą podwyższone ryzyko dla pacjenta:
   1) po uzyskaniu jego pisemnej zgody,
   2) jeżeli pacjent jest małoletni lub niezdolny do świadomego wyrażenia zgody, wymagana jest zgoda jego przedstawiciela ustawowego, a gdy pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego lub porozumienie się z nim jest niemożliwe - zezwolenie sądu opiekuńczego.
   3) jeżeli pacjent ukończył 16 lat, wymagana jest także jego pisemna zgoda,
   4) jeżeli jednak małoletni, który ukończył 16 lat, osoba ubezwłasnowolniona albo pacjent chory psychicznie lub upośledzony umysłowo, lecz dysponujący dostatecznym rozeznaniem, sprzeciwia się czynnościom medycznym, poza zgodą jego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego albo w przypadku nie wyrażenia przez nich zgody wymagane jest zezwolenie sądu opiekuńczego,
   5) jeżeli przedstawiciel ustawowy pacjenta małoletniego, ubezwłasnowolnionego bądź niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody nie zgadza się na wykonanie przez lekarza czynności wymienionych w ust. 1, a niezbędnych dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia, lekarz może wykonać takie czynności po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego,

6) lekarz może wykonać zabieg operacyjny albo zastosować metodę leczenia lub diagnostyki bez zgody przedstawiciela ustawowego pacjenta bądź zgody właściwego sądu opiekuńczego, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia. W takim przypadku lekarz ma obowiązek, o ile jest to możliwe, zasięgnąć opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności. O wykonywanych czynnościach lekarz niezwłocznie zawiadamia przedstawiciela ustawowego, opiekuna faktycznego lub sąd opiekuńczy.

3. Zgoda pacjenta (brak zgody pacjenta) na udzielenie świadczenia zdrowotnego lub okoliczności braku możliwości uzyskania świadomej zgody wpisuje się do dokumentacji medycznej pacjenta.

I. PRAWA PACJENTA

§130

1. Korzystając ze świadczeń zdrowotnych Szpitala pacjent ma prawo do natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia, w przypadku porodu pacjentka ma prawo do uzyskania świadczeń zdrowotnych związanych z porodem.
2. Pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością, w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym. Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych osoby wykonujące zawód medyczny kierują się zasadami etyki zawodowej.
3. Pacjent ma prawo do informacji o swoim stanie zdrowia, w szczególności:
   1) 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. Po uzyskaniu powyższych informacji pacjent ma prawo do przedstawienia lekarzowi swojego zdania.
   2) pacjent lub jego ustawowy przedstawiciel maja prawo do wyrażenia zgody na udzielenie informacji wymienionych w pkt.1 innym osobom.
   3) pacjent ma prawo żądać, aby lekarz nie udzielał mu informacji, o której mowa w pkt. 1,,
   4) pacjent w tym małoletni, który ukończył 16 lat, ma prawo do uzyskania od lekarza informacji, o których mowa w pkt.1, w zakresie i formie potrzebnej do prawidłowego przebiegu procesu diagnostycznego lub terapeutycznego,
   5) pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, lub jego ustawowy przedstawiciel mają prawo do uzyskania od pielęgniarki, położnej przystępnej informacji o jego pielęgnacji i zabiegach pielęgniarskich.
   6) pacjent ma prawo do informacji o rodzaju i zakresie świadczeń zdrowotnych udzielanych przez Szpital, w tym o profilaktycznych programach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, realizowanych przez Szpital.
4. Pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy, lub opiekun faktyczny ma prawo zgłaszania osobom wykonującym zawód medyczny, Prezesowi Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych lub podmiotowi odpowiedzialnemu za wprowadzenie produktu leczniczego do obrotu działania niepożądanego produktu leczniczego zgodnie z ustawą z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne.

5. Pacjent ma prawo do zachowania w tajemnicy informacji z nim związanych, uzyskanych przez każdego pracownika Szpitala, który wszedł służbowo w posiadanie takich informacji.
6. Pacjent ma prawo do zachowania w tajemnicy przez osoby wykonujące, w tym udzielające mu świadczeń zdrowotnych, informacji z nim związanych, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu medycznego.
7. Przepisu ust. 6 nie stosuje się w przypadku gdy:
   a) tak stanowią przepisy odrębnych ustaw;
   b) zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób;
   c) pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraża zgodę na ujawnienie tajemnicy;
   d) zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych innym osobom wykonującym zawód medyczny, uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń.
8. Przepisu ust. 6 nie stosuje się także do postępowania przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych.
9. Osoby wykonujące zawód medyczny, z wyjątkiem przypadków, o których mowa w ust. 7 pkt 1-3 i ust. 8 są związane tajemnicą również po śmierci pacjenta, chyba, że zgodę na ujawnienie tajemnicy wyrazi osoba bliska. Osoba bliska wyrażająca zgodę na ujawnienie tajemnicy może określić zakres jej ujawnienia.
10. Zwolnienia z tajemnicy, o którym mowa w ust. 9, nie stosuje się, jeśli ujawnieniu tajemnicy sprzeciwi się inna osoba bliska lub sprzeciwił się temu pacjent za życia z zastrzeżeniem art. 14 ust. 6 i 7 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Sprzeciw dołącza się do dokumentacji medycznej pacjenta.
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 ma prawo żądać, aby podczas udzielania świadczeń zdrowotnych była obecna osoba bliska, jednakże lekarz może odmówić obecności takiej osoby w sytuacji istnienia prawdopodobieństwa wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjenta.
13. Pacjent ma prawo żądać, aby udzielający mu świadczeń zdrowotnych lekarz/pielęgniarka (położna) zasięgnął opinii innego lekarza/pielęgniarki (położnej) lub lekarz zwołał konsylium lekarskie. Lekarz ma prawo do odmowy zwołania konsylium lekarskiego lub zasięgnięcia opinii innego lekarza, jeżeli uzna, że żądanie jest bezzasadne.
14. Pacjent ma prawo do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielanych mu świadczeń zdrowotnych, a także do ochrony tych danych. Szpital może udostępnić dokumentację medyczną również przedstawicielowi ustawowemu pacjenta, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta. Po śmierci pacjenta prawo wglądu w jego dokumentację medyczną ma osoba przez niego za życia upoważniona lub osoba, która w chwili zgonu była jego przedstawicielem ustawowym.
15. Pacjent ma również prawo do:
   1) wypisania ze Szpitala na własne żądanie i uzyskania od lekarza informacji o możliwych następstwach zaprzestania leczenia w Szpitalu;
   2) udzielenia mu niezbędnej pomocy i przewiezienia go do innego szpitala, w sytuacji, gdy pomimo decyzji uprawnionego lekarza o potrzebie niezwłocznego przyjęcia do Szpitala nie może być do tego Szpitala przyjęty.

16. Pacjent ma prawo wskazania osoby lub instytucji, którą Szpital obowiązany jest zawiadomić w razie pogorszenia się jego stanu zdrowia powodującego zagrożenie życia albo w razie jego śmierci.
17. Pacjent ma prawo do leczenia bólu. Szpital jest obowiązany podejmować działania polegające na określeniu stopnia natężenia bólu, leczeniu bólu oraz monitorowaniu skuteczności tego leczenia.
18. Pacjent, któremu udzielane są całodobowe lub całodzienne świadczenia zdrowotne w Szpitalu ma również prawo do:
    1) dodatkowej opieki pielęgnacyjnej. Przez dodatkową opiekę pielęgnacyjną należy rozumieć opiekę, która nie polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w tym także opiekę sprawowaną nad pacjentką w warunkach ciąży, porodu i połogu.
    2) kontaktu (lub odmowy kontaktu) osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z innymi osobami;
    3) opieki duszpasterskiej;
    4) przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie Szpitala.
19. Pacjent w zakresie pobierania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów ma prawo do:
    1) wyrażenia i cofnięcia w każdym czasie sprzeciwu na pobranie po jego śmierci komórek, tkanek i narządów; w innym celu, niż dla ustalenia przyczyny zgonu;
    2) dobrowolnego wyrażenia przed lekarzem zgody na pobranie od niego za życia komórek, tkanek i narządów;
    3) dobrowolnego wyrażenia przed lekarzem zgody na pobranie od niego za życia komórek, tkanek lub narządów w celu ich przeszczepienia określonemu biorcy, jeżeli ma pełną zdolność do czynności prawnych;
    4) ochrony danych osobowych dotyczących dawcy (biorcy) przeszczepu i objęcia ich tajemnicą.
20. Pacjent mający być biorcą ma prawo do umieszczenia go na liście osób oczekujących na przeszczepienie komórek, tkanek i narządów i być wybrany jako biorca w oparciu o kryteria medyczne.
21. Dyrektor Szpitala lub upoważniony przez niego lekarz może ograniczyć korzystanie z praw pacjenta w przypadku wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów, a w przypadku prawa pacjenta do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z innymi osobami, także ze względu na możliwości organizacyjne Szpitala.
22. Prawa pacjenta z zaburzeniami psychicznymi, chorego psychicznie lub upośledzonego umysłowo określają odrębne przepisy, w szczególności określone w przepisach dotyczących ochrony zdrowia psychicznego.
23. W stosunku do pacjenta z zaburzeniami psychicznymi, tj. m.in. pacjenta pobudzonego, znajdującego się pod wpływem substancji psychoaktywnych (np. w stanie upojenia alkoholowego), pacjenta z myślami samobójczymi, Szpital ma możliwość zastosowania przymusu bezpośredniego (fizycznego i farmakologicznego) w oparciu o obowiązujące przepisy. W Szpitalu obowiązuje procedura postępowania w tego typu przypadkach.

§131

1. Pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy mogą wnieść sprzeciw wobec opinii albo orzeczenia określonego w art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, jeżeli opinia albo orzeczenie ma wpływ na prawa i obowiązki pacjenta wynikające z przepisów prawa. Sprzeciw wnosi się do Komisji Lekarskiej

działającej przy Rzeczniku Praw Pacjenta, za pośrednictwem Rzecznika Praw Pacjenta w terminie 30 dni od dnia wydania opinii lub orzeczenia przez lekarza orzekającego o stanie zdrowia pacjenta.

2. W przypadku, jeżeli pacjent uzna, że jego prawa zostały naruszone może złożyć skargę do:
   1) bezpośredniego przełożonego osoby udzielającej świadczeń,
   2) Dyrektora Szpitala lub Z-cy Dyrektora do spraw Medycznych,
   3) Pełnomocnika Dyrektora ds. Praw Pacjenta działającego w Szpitalu lub do właściwych instytucji zewnętrznych (tj. Rzecznika Praw Pacjenta, Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, Narodowego Funduszu Zdrowia)
3. Informacja adresowa i telefoniczna dotycząca składania skargi i wniosków wywieszona jest na tablicy informacyjnej właściwej komórki organizacyjnej Szpitala.

II.OBOWIĄZKI PACJENTA

§132

Obowiązkiem pacjenta Szpitala jest między innymi:

1) przestrzeganie rozkładu dnia podczas pobytu na Oddziale Szpitalnym;
2) nie zakłócanie swoim zachowaniem spokoju innych pacjentów;
3) przestrzeganie zasad higieny osobistej, w tym w szczególności mycie rąk przed spożyciem posiłku i po skorzystaniu z toalety;
4) przestrzeganie zasad korzystania z urządzeń i powierzonego pacjentowi sprzętu oraz utrzymania ładu i porządku w swoim otoczeniu.
5) przestrzeganie zasad bezpieczeństwa przeciwpożarowego;,
6) przestrzeganie bezwzględnego zakazu stosowania środków odurzających, spożywania alkoholu na terenie Szpitala;
7) przestrzeganie zakazu palenia tytoniu;
8) noszenie opasek identyfikacyjnych otrzymanych przy przyjęciu do Szpitala;
9) nie wychodzenie poza teren Szpitala, chyba, że jest to konieczne ze względów leczniczych;
10) przestrzeganie innych zasad wynikających z odrębnych aktów wewnętrznych Szpitala.

III. ZASADY ODWIEDZIN PACJENTÓW

§133

1. Odwiedziny pacjentów możliwe są od poniedziałku do piątku w godzinach od 15:00 do 18:00 a w dni wolne od pracy i dni świąteczne od godz.13:00 do godz. 19:00.
2. Ze względu na specyfikę udzielania świadczeń zdrowotnych na poszczególnych Oddziałach Szpitalnych, Ordynator (lekarz kierujący oddziałem) może ustalić inne niż wymienione w ust. 1 godziny odwiedzin na danym Oddziale Szpitalnym (godziny odwiedzin na poszczególnych Oddziałach Szpitalnych określone są w regulaminach wewnętrznych Oddziałów Szpitalnych).
3. Informacja o dniach i godzinach odwiedzin pacjentów umieszczana jest w widocznym miejscu na Oddziale Szpitalnym.

4. Poza wyznaczonymi godzinami odwiedzin, na terenie Oddziału Szpitalnego poza personelem medycznym oraz pacjentami nie mogą przebywać żadne osoby trzecie. Obecność takich osób jest możliwa tylko za zgodą lekarza prowadzącego leczenie pacjenta (lekarza dyżurnego lub Ordynatora (lekarza kierującego oddziałem).
5. W przypadku wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów, a także ze względu na możliwości organizacyjne Szpitala, Dyrektor Szpitala lub upoważniony przez niego lekarz może ograniczyć prawo pacjenta do kontaktu osobistego z osobami z zewnątrz.
6. Ze względu na warunki przebywania w Szpitalu innych pacjentów, pacjenta mogą odwiedzać w salach chorych jednocześnie nie więcej niż dwie osoby.
7. Dzieci i młodzież od 7 do14 roku życia mogą odwiedzać pacjentów tylko z osobą dorosłą. Nie zaleca się wprowadzania dzieci poniżej 7 lat na Oddział Szpitalny.

§134

Osoby odwiedzające pacjentów lub sprawujące nad nim dodatkową opiekę pielęgnacyjną powinny poświęcać pacjentowi swój czas i dbać o jego bezpieczeństwo.

§135

1. Zakazuje się odwiedzin i sprawowania dodatkowej opieki pielęgnacyjnej:
   1) osobom pozostającym pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych podobnych środków odurzających;
   2) osobom z objawami chorób zaraźliwych np.: z objawami infekcji dróg oddechowych, przewodu pokarmowego, skóry.
2. Osoby odwiedzające pacjentów lub sprawujących nad nimi dodatkową opiekę pielęgnacyjną są zobowiązane do:
   1) zgłaszania odwiedzin w punkcie pielęgniarskim danego Oddziału;
   2) mycia rąk przed kontaktem z pacjentem i po odwiedzinach;
   3) stosowania się do poleceń personelu medycznego Szpitala, w tym także, co do zaleconej pacjentowi diety (dostarczanie pacjentom żywności dopuszczalne jest jedynie za zgodą Ordynatora (lekarza kierującego oddziałem) lub lekarza leczącego pacjenta);
   4) nie zakłócania swoim zachowaniem spokoju innym pacjentom;
   5) przestrzegania zasad izolacji określanych indywidualnie dla niektórych pacjentów.
3. Osoby odwiedzające pacjentów lub sprawujące nad nimi dodatkową opiekę pielęgnacyjną zobowiązane są do przestrzegania następujących zakazów:
   1) spożywania i dostarczania pacjentowi napojów alkoholowych, narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych i innych podobnie działających;
   2) palenia wyrobów tytoniowych;
   3) przynoszenia materiałów i substancji niebezpiecznych, łatwopalnych, wybuchowych, trujących, żrących itp.;
   4) przynoszenia pacjentom kwiatów;
   5) handlu obnośnego;
   6) wprowadzania zwierząt do budynku Szpitala;
   7) siadania na łóżkach pacjentów.

4. Personel Szpitala ma prawo nakazać natychmiastowe opuszczenie Szpitala (z wykorzystaniem wszelkich środków przewidzianych prawem), osobom znajdującym się pod wpływem alkoholu bądź innych środków odurzających albo naruszającym w rażący sposób postanowienia niniejszego rozdziału.

ROZDZIAŁ V.

OBOWIĄZKI SZPITALA W RAZIE ŚMIERCI PACJENTA.

§136

1. W razie pogorszenia się stanu zdrowia pacjenta powodującego zagrożenie życia pacjenta lub w razie jego śmierci Szpital ma obowiązek niezwłocznie zawiadomić wskazaną przez pacjenta osobę, instytucję lub przedstawiciela ustawowego.
2. W sytuacji, o której mowa w ust. 1 Szpital zobowiązany jest:
   1) umożliwić pacjentowi spisanie testamentu;
   2) na życzenie pacjenta zapewnić opiekę duszpasterską ze strony duchownego, zgodnie z wyznaniem pacjenta - w Szpitalu opiekę duszpasterską sprawuje kapelan wyznania rzymsko – katolickiego. Informacje dotyczące możliwości kontaktu z duszpasterzami innych wyznań znajdują się na tablicy informacyjnej danego Oddziału Szpitalnego;
   3) zapewnić warunki umierania w spokoju i godności.
3. W razie śmierci pacjenta Szpital jest zobowiązany:
   1) należycie przygotować zwłoki poprzez ich umycie i okrycie, z zachowaniem godności należnej osobie zmarłej, w celu ich wydania osobie lub instytucji uprawnionej do ich pochowania, o której mowa w ustawie z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych,
   2) przechowywać zwłoki nie dłużej niż przez 72 godziny, licząc od godziny, w której nastąpiła śmierć pacjenta.
4. Czynności, o których mowa w pkt 1, nie stanowią przygotowania zwłok zmarłego pacjenta do pochowania.
5. Nie pobiera się opłat za czynności, o których mowa w ust. 3.

§137

1. Pielęgniarka niezwłocznie zawiadamia o śmierci pacjenta lekarza leczącego lub lekarza dyżurnego.
2. Lekarz leczący lub lekarz dyżurny natychmiast dokonuje oględzin zmarłego, stwierdza zgon i jego przyczynę, odnotowuje w dokumentacji medycznej dzień i godzinę śmierci oraz wystawia kartę zgonu. Karta zgonu wydawana jest w dwóch egzemplarzach.
3. W przypadku przeprowadzania sekcji zwłok stwierdzenie przyczyny zgonu następuje po jej przeprowadzeniu.
4. Lekarz leczący lub lekarz dyżurny niezwłocznie po stwierdzeniu zgonu osoby zmarłej zawiadamia osobę, instytucję lub przedstawiciela ustawowego, o których mowa w §136 ust. 1
5. Po wystawieniu Karty Zgonu przez lekarza leczącego lub lekarza dyżurnego pielęgniarka niezwłocznie przekazuje ją do sekretariatu medycznego Oddziału Szpitalnego.

6. Pielęgniarka, o której mowa w ust. 1, sporządza kartę skierowania zwłok do chłodni oraz zakłada na przegub dłoni albo stopy osoby zmarłej identyfikator wykonany z tasiemki, płótna lub tworzywa sztucznego.
7. Karta skierowania zwłok do chłodni zawiera:
   1) imię i nazwisko osoby zmarłej;
   2) numer PESEL osoby zmarłej, a w przypadku braku numeru PESEL - serię i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość;
   3) datę i godzinę zgonu;
   4) godzinę skierowania zwłok osoby zmarłej do chłodni;
   5) imię, nazwisko i podpis pielęgniarki sporządzającej kartę;
   6) godzinę przyjęcia zwłok osoby zmarłej do chłodni;
   7) imię, nazwisko i podpis osoby przyjmującej zwłoki osoby zmarłej do chłodni.
8. Dane, o których mowa w ust. 7 pkt 1-5, wpisuje pielęgniarka, o której mowa w ust. 1.
9. Dane, o których mowa w ust. 7 pkt 6 i 7, wpisuje osoba przyjmująca zwłoki osoby zmarłej do chłodni.
10. Identyfikator, o którym mowa w ust. 6, zawiera:
    1) imię i nazwisko osoby zmarłej;
    2) numer PESEL osoby zmarłej, a w przypadku braku numeru PESEL - serię i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość;
    3) datę i godzinę zgonu.
11. Jeżeli nie jest możliwe ustalenie tożsamości osoby zmarłej, w karcie skierowania zwłok do chłodni oraz na identyfikatorze, o których mowa w ust. 6, dokonuje się oznaczenia "NN" z podaniem przyczyny i okoliczności uniemożliwiających ustalenie tożsamości.
12. Zwłoki osoby zmarłej wraz z wypełnioną kartą skierowania zwłok do chłodni i identyfikatorem są przewożone do chłodni nie wcześniej niż po upływie dwóch godzin od czasu zgonu, wskazanego w dokumentacji medycznej.
13. W okresie pomiędzy stwierdzeniem zgonu a przewiezieniem do chłodni zwłoki osoby zmarłej są przechowywane w specjalnie przeznaczonym do tego celu pomieszczeniu na oddziale, a w razie jego braku - w innym miejscu, z zachowaniem godności należnej zmarłemu.
14. Zwłoki przewozi się do chłodni Zakładu Patomorfologii, w taki sposób, aby transport nie zwracał uwagi innych pacjentów.
15. Po stwierdzeniu zgonu pacjenta pielęgniarka sporządza protokolarnie spis rzeczy osobistych oraz rzeczy wartościowych zmarłego, następnie przekazując rzeczy wartościowe do depozytu Szpitala, a rzeczy osobiste zmarłego do magazynu przedmiotów należących do pacjentów.

§138

1. Zwłoki pacjenta, który zmarł w Szpitalu, mogą być poddane sekcji, w szczególności, gdy zgon tej osoby nastąpi przed upływem 12 godzin od przyjęcia.
2. Zwłoki pacjenta nie są poddawane sekcji, jeżeli przedstawiciel ustawowy tej osoby wyraził sprzeciw lub uczyniła to ta osoba za życia.
3. O zaniechaniu sekcji zwłok z przyczyny określonej w ust. 2 sporządza się adnotację w dokumentacji medycznej i załącza sprzeciw, o którym mowa w ust. 2.
4. Przepisów ust. 1-3 nie stosuje się w przypadkach:
   1) określonych w Kodeksie postępowania karnego i Kodeksie karnym wykonawczym oraz aktach wykonawczych wydanych na ich podstawie;
   2) gdy przyczyny zgonu nie można ustalić w sposób jednoznaczny;

3) określonych w przepisach o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.

5. W dokumentacji medycznej pacjenta sporządza się adnotację o dokonaniu albo zaniechaniu sekcji zwłok, z odpowiednim uzasadnieniem.
6. Dokonanie sekcji zwłok nie może nastąpić wcześniej niż po upływie 12 godzin od stwierdzenia zgonu.
7. Dyrektor Szpitala na wniosek Ordynatora (lekarza kierującego oddziałem) lub po zasięgnięciu jego opinii, zarządza dokonanie lub odstąpienie od sekcji zwłok.
8. Jeżeli zachodzi potrzeba pobrania ze zwłok komórek, tkanek lub narządów, Dyrektor Szpitala lub Z-ca Dyrektora do spraw Medycznych, a w czasie ich nieobecności lekarz inspekcyjny może zadecydować o dokonaniu sekcji zwłok przed upływem 12 godzin, przy zachowaniu zasad i trybu przewidzianych w przepisach odnoszących się do pobierania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów.

§139

1. W razie zgonu pacjenta, którego tożsamość nie została ustalona, bądź zgonu, co, do którego istnieje pewność lub uzasadnione podejrzenie, że nastąpił wskutek przestępstwa albo nieszczęśliwego wypadku lekarz niezwłocznie powiadamia właściwego prokuratora lub najbliższy posterunek Policji.
2. Szpital jest obowiązany zgłosić, na podany przez jednostkę Policji numer telefonu, numer faksu lub adres poczty elektronicznej fakt zgonu pacjenta, którego tożsamości nie można ustalić albo potwierdzić na podstawie dokumentów stwierdzających tożsamość – nie później niż w okresie 8 godzin od zgonu.
3. Jeżeli lekarz przy oględzinach zwłok będzie miał pewność lub uzasadnione podejrzenie, że przyczyną zgonu była choroba zakaźna, podlegająca obowiązkowemu zgłoszeniu, powinien zawiadomić o tym natychmiast właściwego inspektora sanitarnego.
4. W przypadku braku możliwości ustalenia tożsamości osoby zmarłej w karcie przekazania do chłodni oraz na identyfikatorze, Szpital dokonuje oznaczenia, „NN" z podaniem przyczyny i okoliczności uniemożliwiających ustalenie tożsamości. Szpital w przypadku osoby zmarłej „NN" ma obowiązek powiadomienia prokuratury i podjęcia działań zgodnie z obowiązującymi procedurami w tym zakresie prawa oraz w zakresie współpracy z Ośrodkiem Pomocy Społecznej.
5. Zawiadomienia o zgonie pacjenta o nieznanej tożsamości do właściwego urzędu stanu cywilnego dokonuje pracownik socjalny.

§140

1. Odbiór zwłok (potwierdzony na karcie skierowania zwłok do chłodni) przez pracowników transportu medycznego odbywa się 7 dni w tygodniu przez całą dobę.
2. Obowiązki Szpitala w zakresie odbioru i transportu zwłok z oddziałów szpitalnych, ich przechowywania, przygotowywania w celu ich wydania oraz wydanie osobie lub instytucjom uprawnionym do ich pochowania realizują podmioty zewnętrzne wyłonione w trybie przetargu.
3. Podmiot zewnętrzny przechowuje zwłoki nieodpłatnie nie dłużej niż 72 godziny licząc od godziny, w której nastąpiła śmierć pacjenta.
4. Wysokość opłat za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny określa umowa cywilnoprawna zawarta przez Szpital z podmiotem zewnętrznym.

§141

Dyrektor Szpitala określi, w drodze zarządzenia, szczegółowe zasady postępowania ze zwłokami osób zmarłych w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym we Wrocławiu.

ROZDZIAŁ VI.

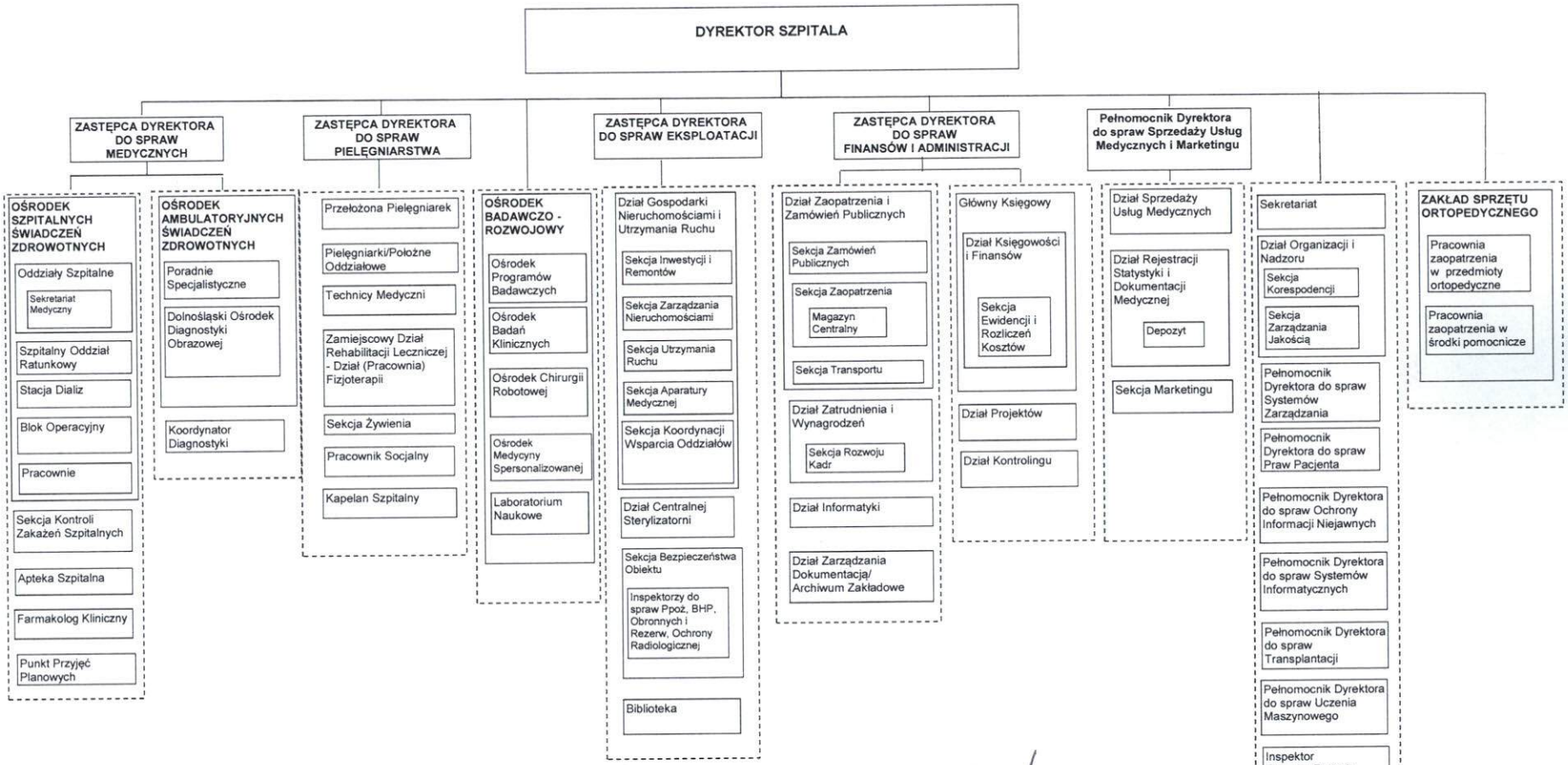
POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§142

1. W przypadkach nieuregulowanych niniejszym Regulaminem zastosowanie mają przepisy ustawy o działalności leczniczej i pozostałe obowiązujące przepisy prawa.
2. Regulamin organizacyjny wchodzi w życie z dniem podpisania.

Załącznik Nr 2
do Zarządzenia nr 113/2022 Dyrektora Wojewodzkiego Szpitala Specjalistycznego we Wrocławiu z dnia 1 lipca 2022 r.

SCHEMAT STRUKTURY ORGANIZACYJNEJ WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO WE WROCŁAWIU



Zatwierdzono:

DYREKTOR SZPITALA

Prof. dr hab. Wojciech Witkiewicz

(5)

Załącznik Nr 3
do Zarządzenia Nr 113/2022 r.
z dnia 01.07.2022 r.

.....
Komórka organizacyjna

Wykaz osób, które zostały zapoznane
z Regulaminem Organizacyjnym
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego we Wrocławiu.

Przyjąłem/am/ do wiadomości i stosowania zapisy
Regulaminu Organizacyjnego
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego we Wrocławiu.

Imię i nazwisko	Stanowisko	Data i podpis

.....
data, podpis Ordynatora (lekarza kierującego oddziałem) /Kierownika komórki organizacyjnej