

REGULAMIN ORGANIZACYJNY
Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 1
im. prof. Tadeusza Sokołowskiego
Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie

CZĘŚĆ I
Postanowienia ogólne

§1

1. Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 im. prof. Tadeusza Sokołowskiego Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie, zwany dalej „**SPSK Nr 1**” lub „**Szpitałem**”, jest podmiotem leczniczym, którego przedmiotem działalności jest udzielanie świadczeń zdrowotnych, realizacja zadań dydaktycznych oraz prowadzenia badań naukowych i prac badawczo – rozwojowych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.
2. SPSK Nr 1 działa na podstawie:
 - a) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (j.t. z 2016 r. DzU poz. 1638ze zm.),
 - b) innych powszechnie obowiązujących przepisów prawa,
 - c) Statutu Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 1 im. prof. Tadeusza Sokołowskiego Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie, zwanego dalej „**Statutem SPSK Nr 1**”, oraz
 - d) niniejszego Regulaminu Organizacyjnego, zwanego dalej „**Regulaminem**”.
3. Firma Szpitala brzmi: Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 im. prof. Tadeusza Sokołowskiego Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie.
4. Szpital może używać nazwy skróconej: SPSK-1.

§2

1. Niniejszy Regulamin określa w szczególności:
 - 1) cele i zadania Szpitala,
 - 2) strukturę organizacyjną Szpitala,
 - 3) strukturę organizacyjną zakładów leczniczych¹ Szpitala,
 - 4) rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń,
 - 5) miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych,
 - 6) przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości tych świadczeń w jednostkach i komórkach organizacyjnych Szpitala,
 - 7) organizację, zadania i obowiązki poszczególnych jednostek i komórek organizacyjnych Szpitala,
 - 8) warunki współdziałania tych jednostek i komórek dla zapewnienia sprawnego i efektywnego funkcjonowania pod względem diagnostyczno-leczniczym, pielęgnacyjnym, rehabilitacyjnym i administracyjno-gospodarczym,
 - 9) 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,

¹ Zarządzenie 12/2018, zmieniono przedsiębiorstwa na: zakłady lecznicze

- 10) sposób kierowania jednostkami lub komórkami organizacyjnymi Szpitala,
 - 11) wysokość opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej,
 - 12) organizację procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat,
 - 13) wysokość opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta od osób uprawnionych do pochowania zwłok na podstawie ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (j.t. z 2011 r., Dz.U. Nr 118, poz. 687 ze zm.) oraz od podmiotów, na zlecenie których przechowuje się zwłoki w związku z toczącym się postępowaniem karnym,
 - 14) wysokość opłat za udzielane świadczenia zdrowotne inne niż finansowane ze środków publicznych,
 - 15) prawa i obowiązki pacjenta,
 - 16) obowiązki Szpitala w razie śmierci pacjenta.
2. Regulamin Organizacyjny ustala Dyrektor Szpitala, po zasięgnięciu opinii Rady Społecznej Szpitala.

CZĘŚĆ II

Organizacja i zarządzanie Szpitalem

Rozdział I

Organy Szpitala

§3

1. Organami Szpitala są:
 - 1) Dyrektor,
 - 2) Rada Społeczna.
2. W Szpitalu działa również Rada Klinikistów, będąca organem pomocniczym i doradczym Dyrektora.

§4

1. Dyrektora powołuje Rektor Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie w wyniku przeprowadzonego konkursu.
2. Umowa o pracę lub cywilnoprawna zawarta z Dyrektorem może być rozwiązana przez Rektora Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie po zaopiniowaniu przez Radę Społeczną Szpitala.

§5

1. Dyrektor kieruje Szpitalem, a w szczególności:
 - 1) ustala plany i kierunki działalności Szpitala,
 - 2) realizuje politykę kadrową,
 - 3) odpowiada za wyniki działalności Szpitala,
 - 4) reprezentuje Szpital,
 - 5) podejmuje decyzje we wszystkich sprawach dotyczących Szpitala, niezastrzeżone dla innych organów,
 - 6) zapewnia prawidłowe funkcjonowanie kontroli zarządczej,
 - 7) odpowiada za realizację nałożonych na Szpital zadań obronnych.
2. Dyrektor jest pracodawcą i przełożonym wszystkich pracowników Szpitala.
3. Dyrektora w czasie jego nieobecności zastępuje Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa.

§6

Skład i tryb powołania Rady Społecznej Szpitala określa ustawa o działalności leczniczej.

§7

1. Rada Społeczna jest organem inicjującym i opiniodawczym Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie i doradczym Dyrektora Szpitala.
2. Szczegółowy zakres zadań Rady Społecznej określa ustawa o działalności leczniczej.
3. Rada Społeczna działa na podstawie uchwalonego przez siebie regulaminu, zatwierdzonego przez Rektora Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie.

§8

1. Rada Klinikistów jest organem pomocniczym i doradczym Dyrektora.
2. Szczegółowy zakres zadań Rady Klinikistów określa Statut Szpitala.
3. Rada Klinikistów działa na podstawie regulaminu zaopiniowanego przez Dyrektora Szpitala i zatwierdzonego przez Rektora Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie.

Rozdział II Zarządzanie Szpitalem

§9

1. Dyrektor zarządza Szpitalem przy pomocy:
 - 1) Zastępców Dyrektora ds. Lecznictwa,
 - 2) Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych – Głównego Księgowego,
 - 3) Zastępcy Dyrektora ds. Eksploatacyjno-Technicznych,
 - 4) Zastępcy Dyrektora ds. Administracyjnych,
 - 5) Pielęgniarki Naczelnej,
2. Zastępcy dyrektora kierują działalnością podporządkowanych im pionów w zakresie ustalonym przez niniejszy regulamin i Dyrektora.
3. Dyrektor może ustanawiać pełnomocników do realizacji określonych zadań oraz ustalać zakres i czas ich umocowania.

Rozdział III Obowiązki zastępców Dyrektora

§10

1. Zastępcy Dyrektora kierują działalnością podległych im pionów, zgodnie z przyjętym w Szpitalu podziałem zadań.
2. Zastępcy Dyrektora ponoszą odpowiedzialność za zadania realizowane przez podległe im jednostki i komórki organizacyjne.
3. Do obowiązków Zastępców Dyrektora w szczególności należy:
 - 1) organizacja i koordynacja pracy podległych jednostek i komórek organizacyjnych oraz samodzielnych stanowisk pracy,
 - 2) merytoryczny i funkcjonalny nadzór nad realizacją zadań pionu poprzez nadzór i kontrolę wykonywania zadań przez podległe jednostki i komórki organizacyjne oraz stanowiska pracy,
 - 3) dokonywanie bieżącej i okresowej analizy wyników działalności podległych jednostek i komórek organizacyjnych oraz samodzielnych stanowisk pracy,
 - 4) ustalanie kierunkowych planów tematycznych działalności podległego pionu,
 - 5) przygotowywanie projektów zmian w wewnętrznej strukturze organizacyjnej pionu i projektów ramowych zadań podległych jednostek i komórek organizacyjnych oraz samodzielnych stanowisk pracy,

- 6) podejmowanie decyzji dotyczących działalności pionu, z wyjątkiem spraw zastrzeżonych do wyłącznej decyzji Dyrektora lub właściwości Rady Społecznej,
 - 7) realizacja przyjętej w Szpitalu polityki kadrowej w oparciu o zasadę optymalizacji zatrudnienia i racjonalnego wykorzystywania istniejących zasobów kadrowych,
 - 8) właściwy dobór kadry kierowniczej, opiniowanie kwalifikacji osób na stanowiska kierownicze,
 - 9) przedkładanie Dyrektorowi wniosków w sprawach kadrowych, w tym dotyczących powołania pracownika na stanowisko kierownicze lub odwołania go z zajmowanego stanowiska,
 - 10) nadzór nad prawidłowym zabezpieczeniem składników majątkowych będących w dyspozycji pionu,
 - 11) tworzenie optymalnych warunków pracy, dbałość o podnoszenie kwalifikacji zawodowych podległych pracowników.
4. Zastępcy Dyrektora realizują inne zadania powierzone im przez Dyrektora.

Rozdział IV **Obowiązki kierowników** **jednostek i komórek organizacyjnych**

§11

1. Komórkami organizacyjnymi działalności medycznej Szpitala kierują lekarze kierujący, którzy ponoszą z tego tytułu odpowiedzialność przed Dyrektorem lub Zastępcą Dyrektora ds. Lecznictwa.
2. Innymi niż wskazane w ust. 1 komórkami organizacyjnymi Szpitala kierują kierownicy, którzy ponoszą z tego tytułu odpowiedzialność przed Dyrektorem lub jego właściwym zastępcą.
3. Osoby wymienione w ust. 1 – 2 odpowiadają również za realizację celów i zadań podległej jednostki organizacyjnej, z uwzględnieniem standardów kontroli zarządczej oraz pełną nadzór w zakresie przygotowania lub realizacji zamówień publicznych związanych z działalnością tej jednostki.
4. W jednostkach organizacyjnych Szpitala, może być utworzone stanowisko zastępcy. Zastępca kieruje przydzielonym mu przez lekarza kierującego albo kierownika zakresem pracy i odpowiada przed lekarzem kierującym lub kierownikiem za właściwe wykonanie tych obowiązków. Zastępca zastępuje również lekarza kierującego albo kierownika w czasie jego nieobecności – za pełnienie obowiązków w tym zakresie zastępca odpowiada przed Dyrektorem lub jego właściwym zastępcą.
5. W jednostkach organizacyjnych, w których nie utworzono stanowiska zastępcy, funkcję tę pełni w czasie nieobecności lekarza kierującego albo kierownika, upoważniony przez niego pracownik. Powierzenie wykonywania powyższych obowiązków wymaga zgody Dyrektora.

§12

1. Lekarze kierujący i kierownicy ponoszą odpowiedzialność za realizację zadań podległych im jednostek i komórek, a w szczególności za:
 - 1) właściwą organizację pracy w podległych im jednostkach i komórkach organizacyjnych, zapewniającą realizację powierzonych zadań,
 - 2) koordynację bieżących prac,
 - 3) nadzór i kontrolę prawidłowości i terminowości wykonywania obowiązków służbowych przez podległych im pracowników,
 - 4) nadzór nad rzetelnym prowadzeniem dokumentacji oraz sprawozdawczości z zakresu wykonanych przez daną jednostkę lub komórkę organizacyjną prac, zgodnie

- z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa oraz wewnętrznymi regulacjami Szpitala,
- 5) skutki podjętych przez siebie działań lub ich zaniechań,
 - 6) właściwą gospodarkę powierzonym mieniem i jego ochronę, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami i regulacjami wewnętrznymi Szpitala,
 - 7) przestrzeganie przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy oraz przepisów przeciwpożarowych obowiązujących dla poszczególnych stanowisk pracy,
 - 8) dyscyplinę pracy i efektywne wykorzystywanie czasu pracy przez podległych im pracowników.
2. Lekarze kierujący i kierownicy odpowiadają za wykonywanie zadań merytorycznie związanych z zakresem działalności kierowanych przez nich jednostek lub komórek organizacyjnych oraz doraźnie zleczanych przez Dyrektora lub jego Zastępcę właściwego dla przedmiotu działania danej jednostki lub komórki organizacyjnej.
 3. Lekarze kierujący i kierownicy realizują zadania wynikające z niniejszego Regulaminu oraz powierzone im imiennie przez Dyrektora lub jego Zastępcę, zgodnie z podporządkowaniem organizacyjnym.
 4. Lekarz kierujący i kierownik jest przełożonym pracowników zatrudnionych w danej jednostce organizacyjnej.

§13

Do obowiązków lekarzy kierujących i kierowników należy zapoznawanie się z powszechnie obowiązującymi i wewnętrznymi przepisami prawa oraz przekazywanie ich podległym pracownikom w celu umożliwienia zapoznania się z ich treścią i stosowania w realizacji bieżących zadań.

§14

1. Lekarze kierujący i kierownicy uczestniczą w realizacji przyjętej w Szpitalu polityki kadrowej, kierując się zasadą optymalnego dla potrzeb danej jednostki zatrudnienia oraz racjonalnego wykorzystania istniejących zasobów kadrowych.
2. Lekarze kierujący i kierownicy dbają o podnoszenie kwalifikacji zawodowych podległych im pracowników.
3. Lekarze kierujący i kierownicy realizują politykę kadrową również poprzez wnioskowanie o nagradzanie, awansowanie lub ukaranie pracownika, zgodnie z obowiązującymi regulaminami pracy i wynagradzania.

§15

1. Lekarze kierujący i kierownicy ustalają indywidualne zakresy obowiązków dla pracowników jednostek organizacyjnych im podległych.
2. Lekarze kierujący i kierownicy zobowiązani są do ustalenia indywidualnych zakresów obowiązków niezwłocznie po przystąpieniu pracownika do pracy lub po zmianie rodzaju pracy.
3. Zakresy obowiązków, o których mowa w ust. 1-2, są ustalane w formie pisemnej (opis stanowiska pracy) i podpisywane przez kierującego danym pionem.
4. Opisy stanowisk pracy sporządzane są w dwóch egzemplarzach: jeden dla pracownika, drugi do akt osobowych.

Rozdział V **Obowiązki i uprawnienia** **pracowników Szpitala**

§16

1. Obowiązki służbowe pracowników Szpitala określają ich indywidualne zakresy czynności.
2. Ogólne prawa i obowiązki pracowników wynikające z przepisów prawa pracy określają regulaminy pracy i wynagradzania.

Rozdział VI Organizacja Szpitala

§17

1. Struktura organizacyjna Szpitala, z zastrzeżeniem ust. 2, obejmuje: piony, jednostki i komórki organizacyjne oraz samodzielne stanowiska pracy.
2. W strukturze organizacyjnej pionu Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa wyodrębnia się nadto zakłady lecznicze², na zasadach określonych w dalszej części niniejszego Regulaminu.
3. Niemedyczne: piony, jednostki i komórki organizacyjne lub samodzielne stanowiska pracy, tworzy, likwiduje lub przekształca Dyrektor.
4. Strukturę organizacyjną Szpitala określa **Załącznik Nr 1** do Regulaminu.

§18

Zadania Szpitala realizowane są przez piony:

- 1) Dyrektora,
- 2) Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa,
- 3) Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomiczno – Finansowych, Głównego Księgowego
- 4) Zastępcy Dyrektora ds. Eksploatacyjno – Technicznych,
- 5) Zastępcy Dyrektora ds. Administracyjnych,
- 6) Naczelnej Pielęgniarki,

§19

1. Strukturę niemedycznych jednostek organizacyjnych tworzą: działy, sekcje lub samodzielne stanowiska pracy.
2. Wewnętrzną strukturę organizacyjną działów mogą tworzyć sekcje.

§20

1. W strukturę organizacyjną pionu Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa wchodzi: kliniki, oddziały kliniczne, oddziały, zakłady, izba przyjęć, apteka, poradnie, pracownie i inne jednostki o charakterze medycznym.
2. W strukturę organizacyjną pionu Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa mogą również wchodzić sekcje lub samodzielne stanowiska pracy.
3. Wewnętrzną strukturę organizacyjną klinik mogą tworzyć: oddziały, pododdziały, zakłady oraz pracownie.
4. Wewnętrzną strukturę organizacyjną zakładów mogą tworzyć pracownie.
5. W przypadkach uzasadnionych specyfiką zakresu działania, wymagającą szczególnej formy organizacyjnej, nazewnictwo jednostek i komórek organizacyjnych pionu może odbiegać od wskazanego w ust 1–4.

§21

1. Jednostki i komórki organizacyjne oraz stanowiska pracy pionu Dyrektora wykonują zadania na rzecz realizacji celów statutowych Szpitala, a w szczególności w zakresie:

² Zarządzenie 12/2018, zmieniono przedsiębiorstwa na: zakłady lecznicze

- 1) organizacji i zarządzania, obsługi prawnej i kształtowania stosunków prawnych z innymi podmiotami,
 - 2) współpracy z Radą Społeczną i Radą Klinikistów,
 - 3) prowadzenia polityki kadrowej i obsługi pracowników w zakresie spraw pracowniczych, w tym w zakresie naliczania wynagrodzeń i innych świadczeń związanych z pracą,
 - 4) systemu zarządzania jakością (ISO),
 - 5) kontaktów z mediami,
 - 6) obsługi administracyjnej,
 - 7) obsługi kancelaryjnej,
 - 8) administrowania bezpieczeństwem informacji,
 - 9) przestrzegania warunków bezpieczeństwa i higieny pracy,
 - 10) obronności i obrony cywilnej.
2. Zadania statutowe realizowane są bezpośrednio przez jednostki i komórki organizacyjne oraz stanowiska pracy pionów:
- 1) Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa oraz Naczelnej Pielęgniarki – w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych,
 - 2) Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomiczno – Finansowych, Głównego Księgowego – w zakresie finansów i księgowości,
 - 3) Zastępcy Dyrektora ds. Eksploatacyjno – Technicznych – w zakresie obsługi technicznej i zabezpieczenia eksploatacyjnego,
 - 4) Zastępcy Dyrektora ds. Administracyjnych w zakresie obsługi administracyjnej i gospodarczej.
3. Jednostki i komórki organizacyjne oraz stanowiska pracy pionu Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa wykonują zadania w zakresie:
- 1) lecznictwa stacjonarnego – zapewnienie pacjentom całodobowej opieki,
 - 2) leczniczego ogólnego i wysokospecjalistycznego,
 - 3) lecznictwa ambulatoryjnego – prowadzenie działalności konsultacyjnej, leczniczej i profilaktycznej,
 - 4) postępowania rehabilitacyjnego – udzielanie świadczeń w zakresie fizjoterapii oraz psychoterapii w ramach opieki stacjonarnej,
 - 5) diagnostyki – wykonywanie badań i procedur dla potrzeb rozpoznania choroby, ustalenia sposobu terapii i rehabilitacji,
 - 6) zakupu usług zdrowotnych,
 - 7) sprzedaży i rozliczania udzielanych przez Szpital usług medycznych,
 - 8) zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych,
 - 9) profilaktyki i promocji zdrowia,
 - 10) kształcenia przeddyplomowego i podyplomowego oraz innych form szkolenia i doskonalenia zawodowego personelu medycznego,
 - 11) zarządzania jakością, poprawy jakości i efektywności ekonomicznej udzielania świadczeń zdrowotnych oraz wdrażania nowych technologii medycznych,
 - 12) analizy rynku i konkurencyjności w zakresie usług medycznych,
 - 13) nadzoru nad realizacją planu finansowego i inwestycyjnego w zakresie zakupu produktów leczniczych, sprzętu i aparatury medycznej,
 - 14) koordynowania badań i prac prowadzonych z udziałem innych podmiotów,
 - 15) prowadzenia dokumentacji badań klinicznych,
 - 16) współpracy z Pomorskim Uniwersytetem Medycznym w Szczecinie oraz innymi uczelniami i jednostkami naukowo – badawczymi w zakresie badań naukowych,
 - 17) nałożonych na Szpital zadań obronnych, wynikających z przepisów ustawy o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej (t.j. Dz.U. z 2015r., poz. 827).

4. Jednostki i komórki organizacyjne oraz stanowiska pracy pionu Naczelnej Pielęgniarki wykonują zadania w szczególności w zakresie: organizacji pracy pielęgniarskiej, czynności pielęgnacyjnych i opiekuńczych, monitorowania zaopatrzenia w sprzęt, narzędzia i inne wyroby medyczne, środki do sterylizacji i dezynfekcji oraz kontroli procesów sterylizacyjnych, prowadzenia działalności na rzecz profilaktyki i promocji zdrowia, kształcenia przeddyplomowego i podyplomowego oraz innych form szkolenia i doskonalenia zawodowego personelu pielęgniarskiego i innego podległego, sterylizacji oraz żywienia.
- a. Jednostki i komórki organizacyjne oraz stanowiska pracy pionu Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomiczno – Finansowych, Głównego Księgowego realizują zadania w zakresie obsługi finansowo-księgowej, w tym sprawozdawczości finansowej i statystycznej, prowadzenia ksiąg rachunkowych, realizacji umów i zaopatrzenia.
- b. Jednostki i komórki organizacyjne oraz stanowiska pracy pionu Zastępcy Dyrektora ds. Eksploatacyjno – Technicznych realizują zadania w zakresie w szczególności: administrowania majątkiem, w tym nieruchomościami, inwentaryzacji mienia, nadzoru technicznego, wykonywania remontów budynków i budowli, remontów i konserwacji aparatury medycznej i innych urządzeń technicznych, obsługi technicznej prac wynikających z działalności statutowej Szpitala.
- c. Jednostki i komórki organizacyjne oraz stanowiska pracy pionu Zastępcy Dyrektora ds. Administracyjnych realizują zadania w zakresie w szczególności: zabezpieczenia informatycznego, prowadzenia postępowań o udzielenie zamówienia publicznego, obsługi administracyjno – gospodarczej, transportu oraz archiwizacji dokumentów.
- d. Zakres zadań jednostek i komórek organizacyjnych oraz samodzielnych stanowisk pracy poszczególnych pionów działalności Szpitala określa **Załącznik Nr 2** do niniejszego Regulaminu.

Rozdział VII

Akty kierownictwa wewnętrznego

§22

1. Regulacje określające szczegółowe zasady działalności i/lub tryb postępowania wprowadzane są zarządzeniami Dyrektora lub poleceniami wewnętrznymi Dyrektora lub Zastępcy Dyrektora właściwego dla przedmiotu regulacji.
2. Zarządzeniami Dyrektora, po zaopiniowaniu przez Radę Społeczną, wprowadza się również zmiany do niniejszego Regulaminu.

CZĘŚĆ III

Działalność lecznicza Szpitala

Rozdział I

Działalność lecznicza wykonywana w ramach zakładów leczniczych³

§23

1. Szpital uczestniczy w systemie ochrony zdrowia wykonując zadania w ramach:
 - 1) Zakładów leczniczych⁴ wykonujących zadania z zakresu leczenia stacjonarnego – poprzez zapewnienie pacjentom całodobowej opieki i leczenia,

³ Zarządzenie 12/2018, zmieniono przedsiębiorstwa na: zakłady lecznicze

⁴ Zarządzenie 12/2018, zmieniono przedsiębiorstwa na: zakłady lecznicze

- 2) Zakładów leczniczych⁵ Ambulatorium i Diagnostyka wykonujących zadania z zakresu leczenia ambulatoryjnego i diagnostyki – poprzez prowadzenie działalności konsultacyjnej i leczniczej, wykonywanie badań i procedur dla potrzeb rozpoznania choroby, ustalenia sposobu terapii i rehabilitacji.
2. Zakłady lecznicze⁶ wykonują również zadania z zakresu:
 - 1) profilaktyki – poprzez realizację świadczeń zdrowotnych oraz programów zapobiegania chorobom i ich wczesnego wykrywania,
 - 2) realizacji programów polityki zdrowotnej,
 - 3) prowadzenia edukacji i promocji zdrowia.
3. Przez świadczenia zdrowotne rozumie się działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych, regulujących zasady ich wykonywania.
4. Świadczeniami szpitalnymi są wykonywane całą dobę kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w innych niż stacjonarne i całodobowe warunkach.
5. Świadczeniami szpitalnymi są także świadczenia wykonywane z zamiarem udzielania ich w czasie nieprzekraczającym 24 godzin.
6. Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne obejmują świadczenia specjalistycznej opieki zdrowotnej oraz świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej, udzielane w sytuacjach niewymagających ich udzielania w trybie stacjonarnym i całodobowym. Udzielanie tych świadczeń może odbywać się w odpowiednio urządzonych i wyposażonych stałych pomieszczeniach Szpitala lub w miejscu pobytu pacjenta (dotyczy psychiatrii).
7. Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne mogą obejmować także badania diagnostyczne wykonywane w celu rozpoznania stanu zdrowia i ustalenia dalszego postępowania leczniczego.
8. W Szpitalu świadczenia szpitalne udzielane są w zakresie następujących specjalności medycznych:
 - 1) anestezjologii i intensywnej terapii,
 - 2) chirurgii dziecięcej
 - 3) chirurgii ogólnej,
 - 4) chirurgii plastycznej,
 - 5) chirurgii ręki,
 - 6) chorób wewnętrznych,
 - 7) diabetologii,
 - 8) endokrynologii,
 - 9) gastroenterologii,
 - 10) hematologii,
 - 11) hematologii,
 - 12) hipertensjologii,
 - 13) kardiologii dziecięcej
 - 14) medycyny ratunkowej,
 - 15) położnictwa i ginekologii,
 - 16) neonatologii,
 - 17) neurologii,
 - 18) neurochirurgii,
 - 19) neurochirurgii dziecięcej,
 - 20) otolaryngologii,

⁵ Zarządzenie 12/2018, zmieniono przedsiębiorstwa na: zakłady lecznicze

⁶ Zarządzenie 12/2018, zmieniono przedsiębiorstwa na: zakłady lecznicze

- 21) onkologii,
 - 22) ortopedii i traumatologii,
 - 23) ortopedii i traumatologii dziecięcej,
 - 24) pediatrii,
 - 25) patomorfologii,
 - 26) psychiatrii,
 - 27) radiologii i diagnostyki obrazowej,
 - 28) reumatologii,
 - 29) urologii,
 - 30) immunologii klinicznej,
 - 31) chirurgii onkologicznej,
 - 32) dermatologii i wenerologii⁷.
 - 33) chirurgii naczyniowej,
 - 34) diagnostyki laboratoryjnej,
 - 35) transplantologii klinicznej,
 - 36) chirurgii szczękowo-twarzowej,
 - 37) mikrobiologii⁸.
9. Lecznictwo ambulatoryjne dla dorosłych oraz młodzieży i dzieci prowadzone jest w zakresie następujących specjalności:
- 1) audiologii i foniatryi,
 - 2) chirurgii dziecięcej,
 - 3) chirurgii ogólnej,
 - 4) chirurgii szczękowo-twarzowej,
 - 5) chorób wewnętrznych,
 - 6) diabetologii,
 - 7) dermatologii,
 - 8) endokrynologii,
 - 9) gastroenterologii,
 - 10) genetyki klinicznej,
 - 11) ginekologii,
 - 12) hematologii,
 - 13) hipertensjologii,
 - 14) kardiologii dziecięcej,
 - 15) medycyny nuklearnej,
 - 16) neonatologii,
 - 17) neurochirurgii,
 - 18) neurologii,
 - 19) otolaryngologii,
 - 20) ortopedii i traumatologii,
 - 21) patologii noworodków i wcześniaków,
 - 22) położnictwa i ginekologii,
 - 23) psychiatrii,
 - 24) reumatologii.
10. Działalność diagnostyczna prowadzona jest w szczególności w zakresie:
- 1) diagnostyki laboratoryjnej,
 - 2) diagnostyki obrazowej,
 - 3) mikrobiologii,
 - 4) medycyny nuklearnej,

⁷ Zapis pkt. 30 – 32 dodane zarządzeniem Dyrektora Nr 15/2016

⁸ Pkt. 33-36 dodane Zarządzeniem Nr 8/2017

- 5) patomorfologii.
11. Świadczenia zdrowotne, z zastrzeżeniem świadczeń udzielanych zgodnie z obowiązującymi przepisami w miejscu pobytu pacjenta (w warunkach domowych), udzielane w ramach działalności leczniczej zakładów leczniczych⁹ Szpitala, wykonywane są na terenie Szpitala, w ramach niżej wskazanych zakładów leczniczych i ich lokalizacji:
- 1) Zakład leczniczy Szpital SPSK Nr 1 PUM w Szczecinie, działające w lokalizacji: ul. Unii Lubelskiej 1, 70-252 Szczecin,
 - 2) Zakład leczniczy Ambulatorium i Diagnostyka SPSK Nr 1 PUM w Szczecinie, działające w lokalizacji: ul. Unii Lubelskiej 1, 70-252 Szczecin,
 - 3) Zakład leczniczy Szpital Psychiatryczny SPSK NR 1 PUM w Szczecinie, działające w lokalizacji: ul. Broniewskiego 24/26, Szczecin,
 - 4) Zakład leczniczy Ambulatorium i Diagnostyka Szpitala Psychiatrycznego SPSK Nr 1 PUM w Szczecinie, działające w lokalizacji: ul. Broniewskiego 26, Szczecin,
 - 5) Zakład leczniczy Szpital SPSK Nr 1 PUM w Policach, działające w lokalizacji: ul. Siedlecka 2a, Police,
 - 6) Zakład leczniczy Ambulatorium i Diagnostyka SPSK Nr 1 PUM w Policach, działające w lokalizacji: ul. Siedlecka 2a, Police.
12. Strukturę zakładów leczniczych¹⁰ Szpitala określa **Załącznik Nr 1** do niniejszego regulaminu

§24

1. Zadania, o których mowa w §23, realizowane są przez właściwe jednostki i komórki organizacyjne oraz stanowiska pracy pionów działalności leczniczej, przy czym:
 - 1) przez jednostkę organizacyjną należy rozumieć klinikę, oddział kliniczny, oddział zakład, samodzielny oddział lub samodzielną pracownię,
 - 2) przez komórkę organizacyjną należy rozumieć: oddział, poradnię, pracownię, izbę przyjęć, aptekę, a także dział lub sekcję.
2. Za realizację zadań, o których mowa w §23, odpowiadają odpowiednio lekarze kierujący poszczególnych jednostek i komórek organizacyjnych.
3. W przypadku poradni stanowiących komórki organizacyjne zakładu leczniczego¹¹ o profilu: Ambulatorium i Diagnostyka, bezpośrednim zwierzchnikiem służbowym w zakresie wykonywanych świadczeń ambulatoryjnych jest Kierownik Przychodni, a w pozostałym zakresie lekarz kierujący macierzystej jednostki medycznej tego pracownika.
4. Nadzór nad udzielaniem świadczeń zdrowotnych i pielęgnacją chorych, zgodnie z podziałem kompetencyjnym określonym w niniejszym Regulaminie sprawują: Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa i Naczelną Pielęgniarką.

Rozdział II

Warunki udzielania świadczeń zdrowotnych przez Szpital

§25

1. Obowiązkiem lekarza jest udzielanie świadczeń zdrowotnych, które w szczególności polegają na badaniu pacjenta, ocenie jego stanu zdrowia, zleceniu wykonania koniecznych badań diagnostycznych, rozpoznawaniu chorób i zapobieganiu im, prowadzeniu postępowania leczniczego i rehabilitacyjnego, przepisaniu niezbędnych leków oraz poinformowaniu o sposobie ich zażywania, przeprowadzaniu konsultacji specjalistycznych,

⁹ Zarządzenie 12/2018, zmieniono przedsiębiorstwa na: zakłady lecznicze, wszystkie wystąpienia w ust. 11

¹⁰ Zarządzenie 12/2018, zmieniono przedsiębiorstwa na: zakłady lecznicze

¹¹ Zarządzenie 12/2018, zmieniono przedsiębiorstwa na: zakłady lecznicze

a także wydawaniu opinii i orzeczeń lekarskich, udzielaniu informacji o proponowanym sposobie leczenia i alternatywnych metodach leczenia.

2. Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w Szpitalu obowiązuje tryb określony w niniejszym Regulaminie w zakresie:
 - 1) zgody pacjenta lub opiekuna pacjenta albo odmowy udzielenia zgody na wykonanie świadczenia zdrowotnego,
 - 2) wykonywania czynności związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych,
 - 3) udzielania informacji o stanie zdrowia pacjenta,
 - 4) zachowania w tajemnicy informacji związanych ze stanem zdrowia pacjenta oraz jego danymi osobowymi,
 - 5) innych praw pacjenta.

§26¹²

1. Lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych, z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych w przepisach, po wyrażeniu zgody przez pacjenta.
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 zachodzi potrzeba przeprowadzenia badania osoby, o której mowa w ust. 2, zgodę na przeprowadzenie badania może wyrazić także opiekun faktyczny.
4. W przypadku osoby całkowicie ubezwłasnowolnionej zgodę wyraża przedstawiciel ustawowy tej osoby. Jeżeli osoba taka jest w stanie z rozeznaniem wypowiedzieć opinię w sprawie badania, konieczne jest ponadto uzyskanie zgody tej osoby.
5. Jeżeli pacjent ukończył 16 lat, wymagana jest także jego zgoda.
6. 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 niewyrażenia przez nich zgody wymagane jest zezwolenie sądu opiekuńczego.
7. Jeżeli ustawa nie stanowi inaczej, zgoda osób wymienionych w ust. 1, 2 i 4 może być wyrażona ustnie albo nawet poprzez takie ich zachowanie, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się proponowanym przez lekarza czynnościom medycznym.
8. Jeżeli pacjent, o którym mowa w ust. 2, nie ma przedstawiciela ustawowego ani opiekuna faktycznego albo porozumienie się z tymi osobami jest niemożliwe, lekarz po przeprowadzeniu badania może przystąpić do udzielania dalszych świadczeń zdrowotnych dopiero po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego, chyba że co innego wynika z przepisów.
9. Do czynności, o których mowa w ust. 1, stosuje się odpowiednio przepis §26¹ ust 7.
10. Sądem opiekuńczym właściwym miejscowo dla udzielania zgody na wykonywanie czynności medycznych jest sąd, w którego okręgu czynności te mają być wykonane.

§26¹ ¹³

1. Lekarz może wykonać zabieg operacyjny albo zastosować metodę leczenia lub diagnostyki stwarzającą podwyższone ryzyko dla pacjenta, po uzyskaniu jego pisemnej zgody.
2. Przed wyrażeniem zgody przez pacjenta w sytuacji, o której mowa w ust. 1, lekarz ma obowiązek udzielenia mu informacji zgodnie z art. 31 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry.

¹² Zarządzenie 12/2018, ustalono nową treść §26

¹³ Zarządzenie 12/2018, dodano §26¹

3. Lekarz może wykonać zabieg lub zastosować metodę, o której mowa w ust. 1, wobec pacjenta małoletniego, ubezwłasnowolnionego bądź niezdolnego do świadomego wyrażenia pisemnej zgody, po uzyskaniu zgody jego przedstawiciela ustawowego, a gdy pacjent nie ma przedstawiciela lub gdy porozumienie się z nim jest niemożliwe - po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.
4. Jeżeli pacjent ukończył 16 lat, wymagana jest także jego pisemna zgoda.
5. W sytuacji, o której mowa w ust. 1, stosuje się odpowiednio przepis art. 32 ust. 6 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.
6. 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
7. Lekarz może wykonać czynności, o których mowa w ust. 1, 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
8. O okolicznościach, o których mowa w ust. 3-7, lekarz informuje pacjenta oraz jego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego albo sąd opiekuńczy, a także dokonuje odpowiedniej adnotacji wraz z uzasadnieniem w dokumentacji medycznej

§27¹⁴

1. Jeżeli w trakcie wykonywania zabiegu operacyjnego albo stosowania metody leczniczej lub diagnostycznej wystąpią okoliczności, których nieuwzględnienie groziłoby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkim uszkodzeniem ciała lub ciężkim rozstrojem zdrowia, a nie ma możliwości niezwłocznie uzyskać zgody pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego, lekarz ma prawo, bez uzyskania tej zgody, zmienić zakres zabiegu bądź metody leczenia lub diagnostyki w sposób umożliwiający uwzględnienie tych okoliczności. W takim przypadku lekarz ma obowiązek, o ile jest to możliwe, zasięgnąć opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności.
2. O okolicznościach, o których mowa w ust. 1, lekarz dokonuje odpowiedniej adnotacji w dokumentacji medycznej oraz informuje pacjenta, przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego albo sąd opiekuńczy.

§28

1. Świadczenia zdrowotne udzielane są po uprzednim zakwalifikowaniu pacjenta do leczenia i wyznaczeniu terminu wizyty lub hospitalizacji.
2. Zgłoszenie może nastąpić osobiście, telefonicznie lub drogą pocztową.
3. Świadczenia zdrowotne udzielane są na podstawie skierowania, z wyłączeniem dyscyplin medycznych i grup pacjentów, dla których skierowania nie są wymagane.
4. Do świadczeń zdrowotnych udzielanych bez skierowania należą świadczenia ambulatoryjne w zakresie okulistyki, onkologii, ginekologii, psychiatrii, świadczenia dla osób zakażonych wirusem HIV i chorych na gruźlicę, niewidomych, cywilnych ofiar działań wojennych oraz świadczenia udzielane w trybie nagłym w związku z wypadkiem, urazem, zatruciem, stanem zagrożenia życia, a także badania dawców narządów.

¹⁴ Zarządzenie 12/2018, ustalono nową treść §26

5. Żadne okoliczności nie mogą stanowić podstawy odmowy udzielenia świadczenia zdrowotnego, jeżeli osoba zgłaszająca się do Szpitala wymaga natychmiastowej pomocy ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia.
6. Świadczenia zdrowotne udzielane są bezpłatnie, za częściową odpłatnością lub odpłatnie na zasadach określonych w przepisach ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.) oraz aktów wykonawczych do niej, a także ustawy o działalności leczniczej.
7. Świadczenie zdrowotne może być udzielone bezpłatnie lub za częściową odpłatnością wyłącznie po zweryfikowaniu i stwierdzeniu posiadania przez pacjenta lub opiekuna pacjenta aktualnego prawa do takich świadczeń w rozumieniu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, z zastrzeżeniem ust. 8.
8. Należność za świadczenia zdrowotne udzielane odpłatnie, w szczególności w przypadku nieudokumentowania prawa do świadczeń, jest naliczana zgodnie z obowiązującym w Szpitalu **Cennikiem Usług Medycznych**, stanowiącym **Załącznik Nr 3** do niniejszego Regulaminu.
9. **Cennik Usług Medycznych** jest sporządzany w Dziale Rozliczeń i Marketingu na podstawie dyspozycji uzyskanych z poszczególnych jednostek organizacyjnych Szpitala, zatwierdzonych przez Dyrektora.
10. **Cennik Usług Medycznych** podlega aktualizacji nie rzadziej niż raz w roku w trybie przyjętym dla zmian niniejszego Regulaminu, z zastrzeżeniem ust. 11.
11. W poszczególnych pozycjach **Cennika Usług Medycznych** dopuszcza się zmiany bez zachowania trybu określonego w ust. 10; w takim przypadku ustalone przez Dział Sprzedaży zmiany w Cenniku Usług Medycznych wchodzi w życie po zatwierdzeniu przez Dyrektora.
12. Aktualny **Cennik Usług Medycznych** znajduje się na stronie Internetowej Szpitala, w Kasie Szpitala oraz w Izbie Przyjęć.
13. Informacje o cenach usług świadczonych odpłatnie można uzyskać telefonicznie.

§29

1. Warunki współdziałania z innymi podmiotami leczniczymi w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia pacjentów i ciągłości postępowania określają umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych zawarte z Narodowym Funduszem Zdrowia, Ministrem Zdrowia, a także umowy zawarte przez Szpital z innymi podmiotami leczniczymi.
2. Za prawidłowe pod względem formalno-prawnym i terminowe przygotowanie umów oraz za monitorowanie stopnia ich realizacji odpowiadają kierownicy właściwych merytorycznie działów.
3. Za realizację umów na świadczenia zdrowotne odpowiadają, stosownie do przedmiotu umowy, kierownicy jednostek i komórek organizacyjnych udzielających tych świadczeń.

Rozdział III

Tryb kwalifikowania i przyjmowania pacjentów

§30

1. Pacjenci kwalifikowani są do leczenia w Szpitalu na podstawie skierowania, z zastosowaniem postanowień, o których mowa w §28 Regulaminu.
2. Rejestracje wykonują zadania z zakresu obsługi ruchu pacjenta, do których w szczególności należą:
 - 1) udzielanie pacjentom wszelkich informacji osobiście lub telefonicznie,
 - 2) udzielanie informacji o lokalizacji jednostek,

- 3) obsługa pacjentów pierwszorazowych w zakresie:
 - a) rejestracji skierowań,
 - b) weryfikacji poprawności skierowania i posiadanego ubezpieczenia,
 - c) wprowadzania podstawowych danych identyfikujących pacjenta do systemu informatycznego,
 - d) wyznaczania terminów wizyt,
 - e) informowania o właściwym przygotowaniu się do wizyty,
 - f) wprowadzania do terminarzy potwierdzeń lub wszelkich zmian związanych z terminami,
- 4) obsługa pacjentów Szpitala w zakresie:
 - a) wyznaczania terminów wizyt,
 - b) wprowadzania do terminarzy potwierdzeń lub wszelkich zmian związanych z terminami,
 - c) aktualizacji i uzupełniania brakujących danych o pacjencie w systemie informatycznym.
3. Decyzję w sprawie wyznaczenia terminu przyjęcia pacjenta na leczenie szpitalne, badań diagnostycznych i konsultacji specjalistycznych w klinikach oraz poradniach i pracowniach nienależących do Poradni Specjalistycznych lub udzielenia informacji co do dalszego postępowania (w przypadku niezakwalifikowania pacjenta) podejmuje lekarz kierujący kliniki lub wyznaczony przez niego lekarz. O decyzji, terminie i prawidłowym przygotowaniu się pacjenta do leczenia szpitalnego informacji udziela pracownik wskazany przez lekarza kierującego.
4. O wyznaczeniu terminu przyjęcia pacjenta oraz prawidłowym przygotowaniu się do konsultacji w poradniach należących do Poradni Specjalistycznych informacji udziela rejestracja.
5. O przyjęciu pacjenta kierowanego wyłącznie w celu przeprowadzenia badań diagnostycznych decyduje lekarz kierujący/kierownik zakładu, samodzielnej pracowni lub wyznaczony przez niego pracownik.

§31

1. Wstępne zakwalifikowanie pacjenta i wyznaczenie terminu przyjęcia może nastąpić na podstawie listu pacjenta lub jego opiekuna, wiadomości mailowej, kontaktu telefonicznego lub osobistego, pod warunkiem dostarczenia w dniu przyjęcia właściwego skierowania, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Ewidencjonowanie i kwalifikowanie pacjenta odbywa się na zasadach określonych w §28, z zastrzeżeniem § 28 ust. 4.

§32

1. W Szpitalu sporządza się listy pacjentów oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego.
2. Listy pacjentów, o których mowa w ust. 1, prowadzą komórki organizacyjne udzielające świadczeń.
3. Dane o pacjentach oczekujących, zgodnie z obowiązującymi przepisami ustawowymi, są przesyłane do Zachodniopomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia do dnia 10. każdego miesiąca kalendarzowego.
4. Dyrektor powołuje **Zespół ds. Oceny Przyjęć**, w celu dokonywania oceny list pacjentów oczekujących na świadczenie danego rodzaju, powołuje Dyrektor w drodze zarządzenia.
5. Zespół, o którym mowa w ust. 4, przeprowadzi ocenę list pod względem:
 - 1) prawidłowości prowadzenia dokumentacji,
 - 2) czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia,

- 3) zasadności i przyczyn zmian terminów udzielenia świadczeń.
6. Zespół każdorazowo sporządza raport z oceny i przedstawia go Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.

Rozdział IV

Zasady przyjmowania pacjentów w przypadku pobierania opłat za świadczenia zdrowotne

§33

1. Za leczenie pacjentów nieubezpieczonych oraz nieuprawnionych z innego niż powszechne ubezpieczenie zdrowotne tytułu do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych Szpital pobiera należność wyliczoną według poniesionych kosztów rzeczywistych w oparciu o Cennik, o którym mowa w §28 lub według wyceny świadczeń przez NFZ.
2. Podstawę do naliczenia ostatecznej należności za leczenie szpitalne stanowią dane naniesione w **Karcie Kosztów Leczenia Osoby Nieubezpieczonej** przez lekarza prowadzącego pacjenta.
3. **Karta kosztów leczenia osoby nieubezpieczonej** jest dostarczana przez sekretarki jednostki, w której pacjent był leczony, do Działu Sprzedaży i Marketingu w dniu wypisu pacjenta ze Szpitala celem wystawienia faktury
4. W przypadku nieudokumentowania przez pacjenta prawa do świadczeń zdrowotnych jest on obciążany kosztami udzielonych jej świadczeń na zasadach określonych ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (j.t. z 2015 r., DzU poz. 581 ze zm.)¹⁵.

§34

1. W Szpitalu wykonywane są konsultacje ambulatoryjne i badania diagnostyczne pacjentów nieubezpieczonych oraz nieuprawnionych z innego niż powszechne ubezpieczenie zdrowotne tytułu do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.
2. Za leczenie pacjentów, o których mowa w ust. 1 Szpital pobiera należność według cennika, o którym mowa w §28.
3. Na przyjęcie pacjenta w poradni specjalistycznej bądź pracowni diagnostycznej wyraża zgodę lekarz tej poradni a w przypadku zakładu lekarz kierujący lub inny do tego upoważniony.
4. Badania laboratoryjne są wykonywane bez uzgadniania terminu w pracowniach.
5. Rejestracja (ogólna, poradni, pracowni) informuje pacjenta o konieczności uiszczenia opłaty przed zgłoszeniem się na planowaną konsultację lub badanie.
6. Opłata za wszystkie odpłatne świadczenia uiszczana jest w Kasie Szpitala.
7. Uiszczenie opłaty jest podstawą realizacji wizyty, badania diagnostycznego i laboratoryjnego.

Rozdział V

Przyjmowanie pacjenta do Szpitala Zadania Izby Przyjęć

§35

1. Do zadań Izby Przyjęć/SOR należy w szczególności:

¹⁵ Zapis zmieniony – Zarządzenia Nr 22/2015

- 1) przeprowadzanie badań lekarskich osób zgłaszających się w celu hospitalizacji planowych,
 - 2) konsultowanie chorych zgłaszających się do Szpitala bez ustalonego terminu przyjęcia i ewentualne kwalifikowanie ich do leczenia szpitalnego,
 - 3) przyjmowanie chorych zakwalifikowanych do leczenia szpitalnego,
 - 4) udzielanie pomocy doraźnej w stanie zagrożenia życia i zdrowia,
 - 5) rejestracja pacjentów zgłaszających się do Izby Przyjęć/SOR, w tym osób z wypadków,
 - 6) zgłaszanie wypadków i zgonów w Izbie Przyjęć/SOR do prokuratury lub policji,
 - 7) zgłaszanie do stacji sanitarno-epidemiologicznej stwierdzonych w Izbie Przyjęć/SOR przypadków chorób zakaźnych,
 - 8) prowadzenie dokumentacji medycznej Izby Przyjęć/SOR, do której należy:
 - a) księga główna szpitala (w wersji elektronicznej),
 - b) księga odmów,
 - c) książka porad ambulatoryjnych,
 - d) książka raportów lekarskich i pielęgniarskich,
 - 9) prowadzenie statystyki działalności Izby Przyjęć/SOR w zakresie udzielanych świadczeń ambulatoryjnych.
2. Pracami Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, Izby przyjęć oraz Izby przyjęć Ogólnej kieruje Lekarz Kierujący Szpitalnym Oddziałem Ratunkowym¹⁶.

§36

1. SOR z Izłą Przyjęć jest czynna całą dobę.
2. Praca w SOR/Izbie Przyjęć odbywa się w systemie zmianowym, według rozkładu zajęć ustalonego przez Lekarza Kierującego i pielęgniarkę oddziałową.
3. W celu zapewnienia sprawnego działania SOR/Izby Przyjęć lekarz kierujący lub lekarz pełniący dyżur zobowiązany jest:
 - 1) sprawdzać stan wyposażenia w leki, urządzenia, aparaturę i instrumentarium,
 - 2) zapewnić współpracę z poszczególnymi klinikami i pracownikami diagnostycznymi.
4. W SOR/Izbie Przyjęć znajduje się wykaz numerów alarmowych oraz telefonów i adresów szpitali dyżurnych, komisariatu policji, prokuratury rejonowej.
5. W SOR/Izbie Przyjęć dostępny jest również spis telefonów i adresów pracowników sprawujących funkcje kierownicze w Szpitalu.

§37

1. Świadczenia zdrowotne w Izbie Przyjęć udzielane są po uzyskaniu zgody na ich wykonanie, na zasadach określonych w §26 niniejszego Regulaminu.
2. Udzielenie świadczenia zdrowotnego pacjentowi bez uzyskania zgody odbywa się na zasadach określonych w §27 niniejszego Regulaminu.

§38

1. Pacjenci w stanie zagrożenia życia kierowani są bezpośrednio do gabinetu pomocy doraźnej, gdzie we współpracy z personelem Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, zostają poddani odpowiednim zabiegom.
2. W przypadku podejrzenia lub stwierdzenia choroby zakaźnej pacjent zatrzymywany jest w izolatce, a lekarz decyduje o dalszym postępowaniu, tj.: leczeniu w domu lub przewiezieniu do szpitala zakaźnego¹⁷.

¹⁶ Zapis zmieniony- Zarządzenie 38/2017

¹⁷ Zarządzenie 12/2018, ustalono nową treść §38 ust. 2

§39

1. Przyjęcie pacjenta do szpitala odbywa się za pośrednictwem Izby Przyjęć.
2. Pacjent zgłaszający się do Izby Przyjęć w wyznaczonym terminie hospitalizacji powinien być niezwłocznie zbadany przez lekarza dyżurnego Izby Przyjęć i skierowany do właściwej medycznej jednostki organizacyjnej.

§40

1. Pacjent zgłaszający się bez skierowania lub ustalonego terminu wizyty w poradni czy przyjęcia do szpitala, bądź przywieziony przez zespół ratownictwa medycznego jest badany przez lekarza dyżurnego SOR/Izby Przyjęć, który podejmuje decyzję co do dalszego postępowania, zgodnie z ust. 2-6.
2. Jeżeli z badania wstępnego wynika konieczność hospitalizacji, rodzaj schorzenia mieści się w profilu leczniczym Szpitala a właściwa medyczna jednostka organizacyjna dysponuje wolnym miejscem – pacjent powinien być przyjęty. W zakresie dokumentacji medycznej obowiązuje tryb postępowania określony w §107 niniejszego Regulaminu.
3. Jeżeli lekarz dyżurny SOR/Izby Przyjęć stwierdza potrzebę niezwłocznego umieszczenia pacjenta w szpitalu, a brak miejsc, zakres udzielanych świadczeń lub względy epidemiczne nie pozwalają na przyjęcie pacjenta, lekarz po udzieleniu niezbędnej pomocy i uprzednim porozumieniu się z innym szpitalem, zapewnia przewiezienie pacjenta do tego szpitala. Do dokumentacji medycznej lekarz dokonuje wpisu dotyczącego rozpoznania, stanu zdrowia, podjętych czynności. Stosowna informacja w tym zakresie przekazywana jest szpitalowi, do którego kierowany jest pacjent.
4. Jeżeli u pacjenta stwierdza się zaburzenia psychiczne, po uprzednim skonsultowaniu się z lekarzem psychiatrą, lekarz dyżurny porozumiewa się Kliniką o profilu psychiatrycznym, celem przebadania bądź umieszczenia w niej pacjenta. W zakresie dokumentacji medycznej stosuje się tryb postępowania określony w ust. 2.
5. W przypadku stwierdzenia konieczności przeprowadzenia konsultacji specjalistycznej lub badań diagnostycznych, w zależności od stanu klinicznego pacjenta, lekarz dyżurny wzywa konsultanta w trybie natychmiastowym bądź ustala termin wizyty w poradni lub pracowni. Informację o terminie wizyty lub badania otrzymuje pacjent/opiekun pacjenta, a w dokumentacji medycznej dokonuje się stosownego wpisu dotyczącego udzielonego świadczenia zdrowotnego i ustalonego terminu.
6. Jeżeli pacjent nie wymaga leczenia w Szpitalu, pacjent/ opiekun pacjenta otrzymuje kartę informacyjną z zaleceniami co do dalszego postępowania, a w dokumentacji medycznej Szpitala dokonuje się stosownego wpisu o udzielonym świadczeniu.

§41

1. O fakcie przywiezienia przez zespół ratownictwa medycznego pacjenta, który uległ wypadkowi, Izba Przyjęć/SOR zawiadamia właściwy komisariat policji.
2. Dane personalne i inne informacje o pacjencie przywiezionym w następstwie wypadku wpisuje się do księgi ambulatoryjnej.
3. Lekarz dyżurny Izby Przyjęć/SOR wpisuje także dane personalne osób towarzyszących pacjentowi, informacje dotyczące okoliczności wypadku i miejsca znalezienia pacjenta, jego stanu zdrowia, czasu i okoliczności transportu – na podstawie posiadanych i okazanych przez te osoby dokumentów i ustnych relacji.

§42

Jeżeli lekarz Izby Przyjęć/SOR badając pacjenta stwierdzi lub poweźmie uzasadnione podejrzenie, że uszkodzenie ciała lub zaburzenie czynności ustroju powstało w związku z usiłowaniem zabójstwa lub samobójstwa, zatruciem albo innym działaniem osób trzecich,

jest zobowiązany niezwłocznie o tym przypadku powiadomić właściwy komisariat policji i/lub prokuratora.

§43

W przypadku przywiezienia pacjenta małoletniego bez wiedzy jego opiekunów, Izba Przyjęć niezwłocznie podejmuje próbę powiadomienia ich o tym fakcie. W przypadku braku kontaktu z opiekunami, Izba Przyjęć informuje o tym fakcie medyczną jednostkę organizacyjną przyjmującą pacjenta.

§44

1. Sekretarka medyczna Izby Przyjęć, przed przyjęciem pacjenta, weryfikuje kompletność dokumentacji niezbędnej do przyjęcia, wypełnia obowiązujące formularze związane z przyjęciem do Szpitala oraz dokonuje wpisu do systemu informatycznego.
2. Historia choroby zakładana jest przez SOR/Izbę Przyjęć, zgodnie §107 Regulaminu.

§45

1. Tożsamość pacjenta poniżej 18. roku życia lekarz dyżurny Izby Przyjęć/SOR stwierdza na podstawie oświadczenia jego opiekunów. Do dokumentacji medycznej pacjenta wpisuje się dane personalne jego opiekunów oraz rodzaj, numer i serię dokumentu, na podstawie którego dane te zostały ustalone, z zastrzeżeniem ust. 2. W przypadku braku dokumentu potwierdzającego tożsamość opiekuna, do dokumentacji wpisuje się odpowiednią adnotację. Jeżeli matka nosi inne nazwisko, podpisuje odpowiednie oświadczenie.
2. Zgłasza się Policji, odnotowując ten fakt w dokumentacji medycznej:
 - a) przyjęcie pacjenta małoletniego, z którego przedstawicielem ustawowym albo opiekunem faktycznym nie można się skontaktować - nie później niż w okresie 4 godzin od przyjęcia,
 - b) przyjęcie albo zgon 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.¹⁸
3. Każdy pacjent zostaje zaopatrzony w znaki tożsamości, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie regulacjami.
4. Znak tożsamości, o którym mowa w ust. 3, stanowi nie budzące wątpliwości oznakowanie w postaci bransoletki wykonanej z tworzywa sztucznego, na której dokonuje się czytelnego i trwałego wpisu zawierającego nr księgi głównej oraz nazwę medycznej jednostki organizacyjnej, na którą pacjent jest przyjęty, w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta przez osoby nieuprawnione. W przypadku dziecka urodzonego podaje się imię i nazwisko matki, Pesel, datę i godzinę urodzenia oraz płeć dziecka. Dane te odczytuje się i przedstawia matce do sprawdzenia przed założeniem opaski dziecku¹⁹.
5. Znaki tożsamości zakładane są wokół nadgarstków rąk lub kostek nóg pacjenta, w sposób nieuciążliwy dla pacjenta i zapewniający mu swobodę ruchów, a także zapewniający utrzymanie założonych znaków przez okres udzielania świadczeń.

§46

1. Przed umieszczeniem w medycznej jednostce organizacyjnej, po dokonaniu oceny stanu higieny i w zależności od potrzeb, pacjent poddawany jest zabiegom higieniczno-sanitarnym oraz wyposażany w bieliznę własną lub szpitalną. Czynności te wykonywane są przez pielęgniarkę SOR/Izby Przyjęć, w przypadku pacjenta ciężko chorego pod nadzorem lekarza dyżurnego.

¹⁸ Zarządzenie 12/2018, ustalono nową treść §45 ust. 2

¹⁹ Zarządzenie 12/2018, ustalono nową treść §45 ust. 4

2. Rzeczy osobiste pacjenta mogą być przechowywane w depozycie szpitalnym lub wydane opiekunowi. W przypadku przyjęcia pacjenta w godzinach popołudniowych i nocnych rzeczy osobiste mogą być przyjęte do depozytu podręcznego Izby Przyjęć, a następnie przekazane przez pielęgniarkę Izby Przyjęć do depozytu szpitalnego.
3. Będące w posiadaniu pacjenta przedmioty wartościowe mogą być składane do depozytu szpitalnego.
4. Odbiór przedmiotów wartościowych jest możliwy przez uprawnione do tego zgodnie z przepisami osoby.

§47

Z Izby Przyjęć pacjent jest przewożony do właściwej jednostki medycznej przez personel Izby Przyjęć.

Rozdział VI

Obowiązki lekarza dyżurnego Izby Przyjęć – Kierownika zespołu dyżurującego

§48

1. Kierownikiem zespołu dyżurnego Izby Przyjęć może być lekarz, wyznaczony przez lekarza kierującego Izby Przyjęć i zaakceptowany przez Zastępcę Dyrektora ds. Lecznictwa.
2. Pierwszy lekarz dyżurny SOR/Izby Przyjęć, w godzinach popołudniowych i nocnych, oraz w dni wolne od pracy i w święta jest kierownikiem zespołu dyżurującego Szpitala. Pierwszy lekarz dyżurny pełni funkcję Lekarza Dyżurnego Szpitala.
3. Do lekarza dyżurnego – kierownika zespołu dyżurującego SOR/Izby Przyjęć należy zapewnienie sprawnego funkcjonowania w czasie dyżuru szpitala, a w tym w szczególności:
 - 1) podejmowanie ostatecznej decyzji o pilnym przyjęciu pacjenta do szpitala,
 - 2) podejmowanie działań w celu zapewnienia ciągłości udzielania świadczeń zdrowotnych,
 - 3) zawiadamianie dyżurnego prokuratora/policji w przypadku podejrzenia u pacjenta choroby, uszkodzenia ciała bądź zaburzenia czynności ustroju wynikających z działania osób trzecich,
 - 4) nadzorowanie poszczególnych komórek organizacyjnych działalności medycznej,
 - 5) podejmowanie działań interwencyjnych w przypadkach tego wymagających, w tym m.in. w przypadku zaistnienia zdarzeń o charakterze masowym.
 - 6) Postępowanie w razie wystąpienia awarii technicznych oraz wewnętrznych i zewnętrznych zagrożeń.²⁰
4. W zakładzie leczniczym²¹ Szpital SPSK Nr 1 PUM w Policach, Lekarza Dyżurnego wyznacza Dyrektor Szpitala w drodze zarządzenia^{22 23}.

Rozdział VII

Zakres zadań medycznych jednostek organizacyjnych

§49

1. Jednostkami organizacyjnymi udzielającymi świadczeń zdrowotnych w Szpitalu są: kliniki, oddziały kliniczne, oddziały, pododdziały, zakłady, poradnie i pracownie.
2. Jednostką medyczną kieruje lekarz kierujący, podległy bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.

²⁰ Zarządzenie 12/2018 – dodano pkt 6 w §48 ust. 3

²¹ Zarządzenie 12/2018, zmieniono przedsiębiorstwa na: zakłady lecznicze

²² Zarządzenie 12/2018, nowa treść §48 ust. 4

²³ Zmiana, Zarządzenie Nr 1/2019, poprzednio: W zakładzie leczniczym Szpital SPSK Nr 1 PUM w Policach, funkcję Lekarza Dyżurnego pełni lekarz dyżurny Kliniki Diabetologii i Chorób Wewnętrznych

3. W jednostce medycznej może być wprowadzony Regulamin jednostki. Wprowadzenie takiego Regulaminu wymaga akceptacji lekarza kierującego oraz zatwierdzenia przez Zastępcę Dyrektora ds. Lecznictwa.
4. Do podstawowych zadań personelu jednostki medycznej należy w szczególności:
 - 1) zapewnienie pacjentom całodobowej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej,
 - 2) udzielanie świadczeń jednodniowych,
 - 3) udzielanie konsultacji specjalistycznych,
 - 4) rozpoznawanie, leczenie i orzekanie o stanie zdrowia,
 - 5) zapewnianie pacjentom postępowania leczniczego w reprezentowanej specjalności,
 - 6) udzielanie świadczeń w zakresie fizjoterapii oraz psychoterapii,
 - 7) udzielanie kwalifikowanej pomocy w nagłych wypadkach i zachorowaniach,
 - 8) zgłaszanie chorób zakaźnych oraz rejestracja zakażeń szpitalnych,
 - 9) realizacja programów zdrowotnych zleconych Szpitalowi,
 - 10) działalność oświatowo-zdrowotna i promocja zdrowia,
 - 11) monitorowanie i ciągła poprawa jakości świadczonych usług medycznych oraz wdrażanie nowych technologii medycznych,
 - 12) monitorowanie działań niepożądanych produktów leczniczych i wyrobów medycznych,
 - 13) poprawa jakości i ekonomicznej efektywności udzielania świadczeń zdrowotnych,
 - 14) prowadzenie wymaganej dokumentacji, w szczególności indywidualnej i zbiorczej dokumentacji medycznej pacjentów,
 - 15) wyznaczanie terminów udzielania świadczeń,
 - 16) prowadzenie list pacjentów oczekujących na udzielenie świadczenia,
 - 17) zgłaszanie do Izby Przyjęć wolnych miejsc w jednostce,
 - 18) współuczestnictwo w badaniach naukowych i pracach badawczo-rozwojowych prowadzonych w Szpitalu,
 - 19) dbałość o podnoszenie kwalifikacji zawodowych.

Rozdział VIII

Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie lecznictwa stacjonarnego

§50

1. Zadania lecznictwa stacjonarnego realizowane są przez poszczególne medyczne jednostki organizacyjne szpitala.
2. Liczba łóżek w poszczególnych medycznych jednostkach organizacyjnych uzależniona jest od zakresu udzielanych stacjonarnych świadczeń zdrowotnych, liczby zakontraktowanych i wykonywanych hospitalizacji oraz od możliwości lokalowych.
3. Liczbę łóżek ustala Dyrektor na wniosek Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.
4. Liczba łóżek będących w dyspozycji poszczególnych medycznych jednostek organizacyjnych podlega wpisowi do rejestru podmiotów leczniczych.
5. Zmiana liczby łóżek następuje na umotywowany wniosek Kierującego medyczną jednostką organizacyjną albo z inicjatywy Dyrektora lub Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.

§51

1. Komórką organizacyjną udzielającą świadczeń zdrowotnych w zakresie lecznictwa stacjonarnego są: kliniki, oddziały kliniczne, oddziały, pododdziały.
2. Personel medyczny zatrudniony w jednostkach wymienionych w ust. 1 podlega lekarzowi kierującemu, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Pracą pielęgniarek zatrudnionych w danej jednostce, w zakresie ustalonym przez Naczelną Pielęgniarkę i Zastępcę Dyrektora ds. Lecznictwa, kieruje Pielęgniarka Oddziałowa.

4. Pielęgniarka Oddziałowa podlega Naczelnej Pielęgniarce i współpracuje z Lekarzem Kierującym²⁴.

§52

1. Przyjęcie pacjenta do jednostki leczenia stacjonarnego odbywa się na podstawie:
 - 1) skierowania lekarza specjalisty lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej,
 - 2) skierowania lekarza poradni specjalistycznej lub oddziału szpitalnego SPSK-1,
 - 3) decyzji lekarza Izby Przyjęć/SOR.
2. Przyjęcie odbywa się w trybie:
 - 1) planowym,
 - 2) nieplanowym – nagłym, w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia.

§53

Pacjentowi przyjętemu do leczenia stacjonarnego Szpital zapewnia:

- 1) świadczenia zdrowotne,
- 2) środki farmaceutyczne i materiały medyczne,
- 3) pomieszczenie i wyżywienie odpowiednie do wieku i stanu zdrowia.

§54

Pacjent przyjęty do medycznej jednostki organizacyjnej jest badany przez lekarza, który ustala rozpoznanie wstępne oraz kierunek diagnostyki i leczenia. W przypadku trudności z ustaleniem rozpoznania lekarz prowadzący jest zobowiązany powiadomić o tym lekarza kierującego.

§55

1. Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych obowiązuje uzyskanie zgody na wykonywane świadczenia na zasadach określonych w obowiązujących przepisach a w szczególności ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentystry.
2. Udzielenie świadczenia zdrowotnego pacjentowi bez uzyskania na nie zgody odbywa się na zasadach określonych w §27 niniejszego Regulaminu.
3. Wykonanie zabiegu operacyjnego albo zastosowanie metody leczenia lub diagnostyki stwarzającej dla pacjenta podwyższone ryzyko może nastąpić po uzyskaniu pisemnej zgody jego lub jego opiekuna.
4. Zasady wykonywania u pacjentów badań, zabiegów operacyjnych, stosowania metod leczniczych lub diagnostycznych stwarzających podwyższone ryzyko określają przepisy ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry.
5. Jeżeli pacjent ma opiekuna, lekarz prowadzący jest zobowiązany powiadomić go, o pogorszeniu stanu zdrowia pacjenta powodującego zagrożenie życia oraz o jego śmierci.

§56

1. Obowiązkiem lekarza jest udzielanie świadczeń zdrowotnych, które polegają w szczególności na badaniu pacjenta po jego przyjęciu do jednostki medycznej, ocenie jego stanu zdrowia, zleceniu koniecznych (niezbędnych) badań diagnostycznych, rozpoznawaniu chorób i zapobieganiu im, prowadzeniu postępowania leczniczego i rehabilitacyjnego, w razie konieczności przeprowadzaniu konsultacji specjalistycznych, a także wydawaniu opinii i orzeczeń.
2. Czynności, o których mowa w ust. 1, których celem jest zapobieganie, rozpoznawanie i leczenie chorób, powinny zostać wykonane z należytą starannością, dostępnymi lekarzowi

²⁴ Zmiana Zarządzenie Nr 1/2019. Poprzednio: Pielęgniarka Oddziałowa podlega Lekarzowi Kierującemu oraz Naczelnej Pielęgniarce

metodami i środkami, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej oraz zasadami etyki zawodowej.

3. Lekarz, jeżeli istnieją ku temu istotne powody, a jednocześnie nie zachodzi przypadek, o którym mowa w ust. 4, z zastrzeżeniem ust. 5-7, może:
 - 1) nie podjąć leczenia pacjenta,
 - 2) odstąpić od leczenia pacjenta,
 - 3) powstrzymać się od wykonania świadczeń zdrowotnych niezgodnych z jego sumieniem, jednak pod warunkiem poinformowania o tym pacjenta i wskazania innego lekarza mogącego udzielić danego świadczenia.
4. Lekarz nie może odmówić udzielenia świadczenia w przypadku, gdy zwłoka w jego udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki.
5. Lekarz może nie podjąć leczenia pacjenta lub odstąpić od jego leczenia wyłącznie po uprzednim uzyskaniu zgody lekarza kierującego jednostką medyczną.
6. W przypadku powstrzymania się od wykonania świadczenia zdrowotnego niezgodnego z jego sumieniem lekarz ma obowiązek pisemnego powiadomienia przełożonego o zaistniałej sytuacji.
7. W sytuacjach określonych w ust. 3 lekarz ma obowiązek:
 - 1) dostatecznie wcześniej uprzedzić o tym opiekuna pacjenta i wskazać realne możliwości uzyskania określonego świadczenia u innego lekarza lub w innym podmiocie leczniczym,
 - 2) uzasadnić i odnotować zaistniały fakt w dokumentacji medycznej pacjenta.
8. Pielęgniarka i położna mogą odmówić wykonania zlecenia lekarskiego oraz wykonania innego świadczenia zdrowotnego niezgodnego z ich sumieniem lub z zakresem posiadanych kwalifikacji, podając niezwłocznie przyczynę odmowy na piśmie przełożonemu lub osobie zlecającej, chyba że zachodzą okoliczności, o których mowa w ust. 4.²⁵

§57

1. Pielęgniarka może powstrzymać się od wykonania świadczenia zdrowotnego niezgodnego z jej sumieniem po uprzednim pisemnym powiadomieniu lekarza kierującego i pielęgniarki oddziałowej, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Pielęgniarka ma obowiązek udzielić pomocy, zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami zawodowymi, w przypadku niebezpieczeństwa utraty życia lub poważnego uszczerbku na zdrowiu pacjenta.

§58

1. W opiece nad pacjentem obowiązuje ustalony porządek czynności wykonywanych w zakresie obsługi i pielęgnowania pacjentów w ciągu doby, określony przez lekarza kierującego daną medyczną jednostką organizacyjną.
2. Pacjent może korzystać z dodatkowej opieki pielęgniacyjnej sprawowanej przez opiekuna lub inną wskazaną przez niego osobę.

§59

1. Przy ordynowaniu środków farmaceutycznych stosuje się leki objęte Receptariuszem Szpitalnym.
2. Za przedstawianie i opiniowanie propozycji regulujących politykę lekową oraz sporządzenie i aktualizowanie Receptariusza odpowiada powołany przez dyrektora **Komitet Terapeutyczny**.

²⁵ Zarządzenie 12/2018, dodano ust. 8 w §56.

3. Środki farmaceutyczne stosowane u pacjenta pochodzą z Apteki Szpitala.
4. Zadania Apteki określa **Załącznik Nr 2** do niniejszego Regulaminu

§60

1. Nadzór nad żywieniem zbiorowym pacjentów sprawuje Sekcja Żywienia.
2. Do Sekcji Żywienia należy kontrola przygotowanych posiłków pod kątem ich zgodności z zaleconymi dietami, stosowanie zasad racjonalnej, nowoczesnej diety i higieny żywienia.
3. Sekcja Żywienia sprawuje nadzór nad prawidłowością przygotowania i porcjowania posiłków dla pacjentów oraz ich transport na poszczególne jednostki medyczne.
4. Sekcja Podlega Naczelnej Pielęgniarsce.

§61

1. W jednostkach medycznych prowadzona jest zbiorcza i indywidualna dokumentacja medyczna dotycząca udzielanych świadczeń zdrowotnych.
2. Zasady prowadzenia dokumentacji medycznej określają dalsze przepisy prawa oraz dalsze przepisy niniejszego Regulaminu.

§62²⁶

1. Lekarz ma obowiązek udzielać pacjentowi lub jego ustawowemu przedstawicielowi przystępnej informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu.
2. Lekarz może udzielić informacji, o której mowa w ust. 1, innym osobom za zgodą pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego.
3. Na żądanie pacjenta lekarz nie ma obowiązku udzielać pacjentowi informacji, o której mowa w ust. 1.
4. W sytuacjach wyjątkowych, jeżeli rokowanie jest niepomyślne dla pacjenta, lekarz może ograniczyć informację o stanie zdrowia i o rokowaniu, jeżeli według oceny lekarza przemawia za tym dobro pacjenta. W takich przypadkach lekarz informuje przedstawiciela ustawowego pacjenta lub osobę upoważnioną przez pacjenta. Na żądanie pacjenta lekarz ma jednak obowiązek udzielić mu żądanej informacji.
5. Obowiązek lekarza, określony w ust. 1, dotyczy także pacjentów, którzy ukończyli 16 lat.
6. Jeżeli pacjent nie ukończył 16 lat lub jest nieprzytomny bądź niezdolny do zrozumienia znaczenia informacji, lekarz udziela informacji osobie bliskiej w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 2 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
7. Pacjentowi, który nie ukończył 16 lat, lekarz udziela informacji w zakresie i formie potrzebnej do prawidłowego przebiegu procesu diagnostycznego lub terapeutycznego i wysłuchuje jego zdania.
8. Ilekroć w przepisach ustawy jest mowa o opiece faktycznym, należy przez to rozumieć opiekuna faktycznego w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

§63²⁷

1. Lekarz ma obowiązek zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu, z wyłączeniem sytuacji, gdy:
 - 1) tak stanowią ustawy,

²⁶ Zarządzenie 12/2018, ustalono nową treść §62

²⁷ Zarządzenie 12/2018, ustalono nową treść §63

- 2) badanie lekarskie zostało przeprowadzone na żądanie uprawnionych, na podstawie odrębnych ustaw, organów i instytucji; wówczas lekarz jest obowiązany poinformować o stanie zdrowia pacjenta wyłącznie te organy i instytucje,
 - 3) zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób,
 - 4) pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraża zgodę na ujawnienie tajemnicy, po uprzednim poinformowaniu o niekorzystnych dla pacjenta skutkach jej ujawnienia,
 - 5) zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie lekarzowi sądowemu,
 - 6) zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych innemu lekarzowi lub uprawnionym osobom uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń
2. W sytuacjach, o których mowa w ust. 1, ujawnienie tajemnicy może nastąpić wyłącznie w niezbędnym zakresie. W sytuacji, o której mowa w ust. 1 pkt 4, zakres ujawnienia tajemnicy może określić pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy.
 3. Lekarz, z zastrzeżeniem sytuacji, o których mowa w ust. 1 pkt 1-5, jest związany tajemnicą również po śmierci pacjenta, chyba że zgodę na ujawnienie tajemnicy wyrazi osoba bliska w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 2 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Osoba bliska wyrażająca zgodę na ujawnienie tajemnicy może określić zakres jej ujawnienia, o którym mowa w ust. 2.
 4. Zwolnienia z tajemnicy lekarskiej, o którym mowa w ust. 3, nie stosuje się, jeśli ujawnieniu tajemnicy sprzeciwi się inna osoba bliska w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 2 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
 5. Lekarz nie może podać do publicznej wiadomości danych umożliwiających identyfikację pacjenta bez jego zgody.
 6. Przepisu ust. 1 nie stosuje się także do postępowania przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, o której mowa w art. 67e ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

§64

1. Przetwarzanie danych osobowych uzyskanych w związku z udzielanymi świadczeniami zdrowotnymi odbywa się zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa, w szczególności ustawą o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926, ze zm.), innymi przepisami w tym zakresie obowiązującymi podmioty lecznicze, a także wewnętrznymi regulacjami Szpitala.
2. Personel medyczny uczestniczący w procesie leczenia ani żaden inny pracownik mający dostęp do informacji o pacjencie nie może bez zgody pacjenta podać do publicznej wiadomości danych umożliwiających jego identyfikację.

§65

Wypisanie pacjenta z jednostki medycznej, jeżeli przepisy odrębne nie stanowią inaczej, następuje:

- 1) gdy stan zdrowia pacjenta nie wymaga dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne,
- 2) z uwagi na stan zdrowia pacjenta lub zagrożenie zdrowia innych chorych przebywających w szpitalu zachodzi konieczność przeniesienia do innego podmiotu leczniczego,
- 3) na żądanie pacjenta lub opiekuna pacjenta małoletniego, z zastrzeżeniem pkt 1 i 2,

- 4) gdy chory w sposób rażący narusza Regulaminy obowiązujące w Szpitalu, a nie zachodzi obawa, że zaprzestanie udzielania świadczeń medycznych może spowodować bezpośrednie zagrożenie jego zdrowia i życia albo życia lub zdrowia innych osób.

§66

1. Jeżeli przedstawiciel ustawowy żąda wypisania pacjenta, którego stan zdrowia wymaga dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych, lekarz może odmówić wypisania pacjenta do czasu wydania orzeczenia przez sąd opiekuńczy. W takim przypadku Szpital zawiadamia niezwłocznie miejscowy sąd opiekuńczy o odmowie wypisania i jej przyczynach²⁸.
2. W przypadku wypisu pacjenta na żądanie własne/opiekuna, lekarz kierujący/lekarz prowadzący zobowiązany jest poinformować o możliwych następstwach zaprzestania dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych oraz pobrać pisemne oświadczenie pacjenta w przedmiotowej sprawie.
3. W przypadku odmowy złożenia oświadczenia, o którym mowa w ust. 2, lekarz sporządza adnotację w dokumentacji medycznej.

§67

1. Pacjent, którego stan zdrowia nie wymaga dalszego udzielania stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych, lub osoba, na której w stosunku do pacjenta ciąży ustawowy obowiązek alimentacyjny, ponoszą koszty pobytu pacjenta, począwszy od dnia określonego przez Dyrektora, niezależnie od uprawnień do bezpłatnych świadczeń.
2. Jeżeli opiekun nie odbiera pacjenta ze szpitala w wyznaczonym terminie, Lekarz kierujący jednostki medycznej pobytu pacjenta niezwłocznie zawiadamia właściwy ze względu na miejsce zamieszkania pacjenta urząd gminy i organizuje na koszt gminy przewiezienie pacjenta do domu.
3. 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.
4. Gmina pokrywa koszty transportu sanitarnego na podstawie faktury wystawionej przez Szpital.

Rozdział IX Zabiegi operacyjne

§68

1. Zabiegi operacyjne odbywają się według ustalonego planu, który zgłaszany jest do godz. 13.00 dnia poprzedniego.
2. Plany zabiegów operacyjnych są przekazywane drogą elektroniczną i zawierają:
 - 1) godzinę rozpoczęcia danego zabiegu operacyjnego,
 - 2) numer sali, w której będzie się odbywał zabieg,
 - 3) imię i nazwisko pacjenta,
 - 4) wiek i wagę pacjenta,
 - 5) nazwę jednostki medycznej prowadzącej pacjenta,

²⁸ Zarządzenie 12/2018, zmieniono treść §66 ust. 1

- 6) rodzaj i nazwę zabiegu operacyjnego,
 - 7) skład zespołu operacyjnego.
3. Wszelkie zmiany w planie operacyjnym mogą nastąpić wyłącznie za zgodą kierownika Bloku Operacyjnego i lekarza kierującego jednostki medycznej prowadzącej pacjenta, w porozumieniu z lekarzem anesteziologiem.
 4. Koordynatora okołooperacyjnej karty kontrolnej ustali Dyrektor Szpitala w drodze Zarządzenia.

§69

1. Bloki Operacyjne są jednostkami samodzielnymi.
2. Do Bloków Operacyjnych należą sale wybudzeń.
3. Blok Operacyjny powinien być utrzymany w stanie stałego pogotowia operacyjnego.
4. Praca i dyżury na Bloku Operacyjnym powinny być tak zorganizowane, aby zabieg operacyjny mógł być wykonany o każdej porze.
5. Pracami Centralnego Bloku Operacyjnego oraz Bloku Operacyjnego kieruje Lekarz Kierujący Centralnego Bloku Operacyjnego, który podlega Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa²⁹.
6. Do obowiązków lekarza kierującego Bloku Operacyjnego należy w szczególności:
 - 1) nadzór nad pracą personelu Bloku Operacyjnego,
 - 2) ustalanie planu zabiegów operacyjnych,
 - 3) zapewnianie możliwości wykonywania zabiegów w trybie pozaplanowym (nagłym),
 - 4) kontrola sprawności aparatury oraz sterylności materiałów i sprzętu operacyjnego,
 - 5) dbanie o należyte zaopatrzenie w sprzęt i materiały operacyjne oraz o konserwację aparatury,
 - 6) kontrola dokumentacji i sprawozdawczości operacyjnej.

§70

1. Podczas operacji personel znajdujący się w sali operacyjnej, w sprawach dotyczących przeprowadzania zabiegu, podporządkowany jest lekarzowi operującemu, a w sprawach ogólnego postępowania i zapewnienia bezpieczeństwa życia i zdrowia operowanego – anesteziologowi.
2. Wstęp do sali operacyjnej w czasie operacji, poza zespołem operującym, ma personel medyczny, który uzyskał zezwolenie lekarzy odpowiedzialnych za przebieg operacji.

§71

1. Wykonywane zabiegi są dokumentowane w księdze zabiegów operacyjnych.
2. Sporządzenie opisów operacyjnych powinno nastąpić niezwłocznie nie później jednak niż w ciągu do 24 godzin po zakończeniu operacji.
3. Za sporządzenie opisu operacji odpowiada lekarz operujący.

§72

1. Pomieszczenia Bloku Operacyjnego powinny być utrzymane w stanie wzorowej czystości i porządku, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie wymogami.
2. Po zakończonej operacji bielizna chirurgiczna jest przesłana do pralni, a narzędzia i sprzęt – do sterylizacji.

§73

²⁹ Zapis zmieniony- Zarządzenie 38/2017

1. Aparaturę i zestawy operacyjne przechowuje się w odpowiednich pomieszczeniach, starannie konserwowane i chronione przed zniszczeniem.
2. Zawartość zestawów operacyjnych z narzędziami, bielizną chirurgiczną i materiałami opatrunkowymi przygotowanymi do operacji, powinna być dokładnie przeliczana i ewidencjonowana.
3. Zestawów operacyjnych nie wolno wynosić i używać poza Blokiem Operacyjnym.
4. Personel Bloku Operacyjnego jest zobowiązany do noszenia ubrania i obuwia przeznaczonego wyłącznie do pracy na Bloku Operacyjnym.

Rozdział XI **Prawa pacjenta**

§74

1. Pacjentowi przysługują prawa określone w Konstytucji RP, ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ustawie o działalności leczniczej, ustawie o ochronie danych osobowych, a także w innych przepisach określających prawa i obowiązki pacjenta.
2. Pacjent w szczególności ma prawo do:
 - 1) świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom wiedzy medycznej, a w sytuacji ograniczonych możliwości – do świadczeń udzielanych zgodnie z przyjętymi standardami,
 - 2) korzystania z rzetelnej, opartej na kryteriach medycznych, procedury ustalającej kolejność dostępu do świadczeń,
 - 3) uzyskania pomocy lekarskiej w każdym przypadku nie cierpiącym zwłoki,
 - 4) udzielania mu świadczeń zdrowotnych przez osoby uprawnione do ich udzielania, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością, a także w pomieszczeniach i przy zastosowaniu urządzeń odpowiadających określonym wymaganiom fachowym i sanitarnym,
 - 5) uzyskania przystępnej informacji o swoim stanie zdrowia, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, rozpoznaniu, wynikach leczenia oraz rokowaniu,
 - 6) uzyskania przystępnej informacji o procesie pielęgnacji oraz zabiegach pielęgniarstwie,
 - 7) wyrażenia odmowy do uzyskania przystępnych informacji o swoim stanie zdrowia, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania lub zaniechania, rozpoznaniu, wynikach leczenia oraz rokowaniu, procesie pielęgnacji oraz zabiegach pielęgniarstwie,
 - 8) wyrażenia swojej opinii w zakresie uzyskanych informacji o swoim stanie zdrowia, możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, rozpoznaniu, wynikach leczenia oraz rokowaniu,
 - 9) wskazania osób, którym lekarz może udzielić informacji o jego stanie zdrowia,
 - 10) wyrażenia zgody albo odmowy na wykonanie u niego zabiegu operacyjnego lub zastosowanie wobec niego metody leczenia bądź diagnostyki stwarzającej podwyższone ryzyko i do właściwej informacji w celu podjęcia przez niego decyzji w tym zakresie,
 - 11) wnioskowania do lekarza o zasięgnięcie przez niego opinii właściwego lekarza specjalisty lub o zorganizowanie konsylium lekarskiego,
 - 12) intymności i poszanowania godności w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych,
 - 13) intymności i poszanowania godności w stanie terminalnym,

- 14) udostępnienia mu dokumentacji medycznej lub wskazania innej osoby, której dokumentacja ta może być udostępniona,
 - 15) zachowania w tajemnicy informacji związanych z jego chorobą i leczeniem a uzyskanych przez personel w związku z wykonywaniem zawodu, z wyłączeniem sytuacji, gdy inaczej stanowią przepisy odrębnych ustaw lub gdy zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób,
 - 16) udzielania świadczeń zdrowotnych w obecności osoby bliskiej, z wyłączeniem przypadków, w których obecność osoby bliskiej spowoduje prawdopodobieństwo wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub zagraża bezpieczeństwu zdrowotnemu pacjenta,
 - 17) zapewnienia ochrony danych osobowych, w tym zawartych w dokumentacji medycznej, oraz ochrony wizerunku,
 - 18) wyrażenia i cofnięcia w każdym czasie sprzeciwu na pobranie po jego śmierci komórek, tkanek i narządów, dobrowolnego wyrażenia przed lekarzem zgody na pobranie od niego za życia komórek, tkanek lub narządów w celu ich przeszczepiania określoneму biorcy, jeżeli ma pełną zdolność do czynności prawnych, ochrony danych osobowych dotyczących dawcy/biorcy przeszczepu i objęcia ich tajemnicą,
 - 19) umieszczenia na liście osób oczekujących na przeszczepienie komórek, tkanek i narządów, jeżeli ma być biorcą, oraz do wyboru go jako biorcy w oparciu o kryteria medyczne,
 - 20) życzliwego i troskliwego traktowania go przez personel,
 - 21) dostępu do informacji o prawach pacjenta,
 - 22) wniesienia sprzeciwu wobec opinii lekarza, w sytuacji gdy opina ta ma wpływ na prawa lub obowiązki pacjenta wynikające z przepisów,
 - 23) składania uwag, wniosków lub skarg w sprawach związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.
2. Pacjent przyjęty do leczenia szpitalnego ma również prawo do zapewnienia mu:
- 1) środków farmaceutycznych i materiałów medycznych, odpowiednich do potrzeb
 - 2) pomieszczenia i wyżywienia odpowiedniego do stanu zdrowia,
 - 3) dodatkowej opieki pielęgnacyjnej sprawowanej przez osobę bliską lub inną osobę wskazaną przez pacjenta lub opiekuna pacjenta,
 - 4) kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z osobami z zewnątrz lub do odmowy takiego kontaktu,
 - 5) przechowywania wartościowych rzeczy w depozycie,
 - 6) wskazania osoby lub instytucji, którą szpital obowiązany jest powiadomić o pogorszeniu się stanu zdrowia pacjenta powodującego zagrożenie życia albo w razie jego śmierci,
 - 7) wypisania ze szpitala na własne żądanie i uzyskania od lekarza prowadzącego informacji o możliwych następstwach zaprzestania leczenia w szpitalu,
 - 8) uczestniczenia w nabożeństwach i opieki duszpasterskiej.
3. Prawa, o których mowa w ust. 1 i 2, przysługują pacjentom stosownie do uprawnień wynikających z ich wieku i zdolności do podejmowania czynności prawnych.

§75

1. Fotografowanie, filmowanie, nagrywanie audio lub video pacjentów jest dopuszczalne wyłącznie po uzyskaniu pisemnej zgody pacjenta albo przedstawiciela ustawowego, jak również zgody Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa, Lekarza kierującego lub lekarza prowadzącego pacjenta.

2. Wykorzystanie fotografii lub filmów, na których został utrwalony wizerunek pacjenta w sposób umożliwiający jego identyfikację, wymaga zgody pacjenta albo przedstawiciela ustawowego pacjenta, jak również zgody Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa lub upoważnionego przez niego pracownika.
3. Fotografowanie, filmowanie, nagrywanie audio lub video pracownika Szpitala lub osoby zatrudnionej w Szpitalu na innej podstawie, w szczególności przez pacjenta lub osobę go odwiedzającą, jest dopuszczalne wyłącznie po uzyskaniu zgody osoby, której wizerunek ma być w ten sposób utrwalony.

Rozdział XII

Zasady pobytu w jednostce medycznej

Obowiązki pacjenta

§76

1. Pacjent oraz osoba sprawująca nad nim opiekę, zwana dalej „opiekunem”, mają obowiązek stosowania się do zaleceń personelu medycznego, a w szczególności do wskazań lekarzy i pielęgniarek oraz innych pracowników medycznych biorących udział w procesie leczenia.
2. W porze obchodów lekarskich, wykonywania zabiegów i opatrunków czy podawania posiłków pacjent zobowiązany jest przebywać w sali lub innych, przeznaczonych dla niego, pomieszczeniach.
3. Pacjent oraz opiekun pacjenta mogą przebywać wyłącznie w przydzielonej sali oraz pomieszczeniach przeznaczonych dla ogółu pacjentów.
4. Pacjent zobowiązany jest do utrzymywania czystości i porządku w swoim otoczeniu oraz w innych udostępnionych pomieszczeniach jednostki.
5. Pacjent nie może przyjmować leków ani poddawać się zabiegom innym niż zlecone bądź zaakceptowane przez zespół leczący lub lekarza dyżurnego.
6. Pacjentowi nie wolno spożywać artykułów spożywczych bez wiedzy i zgody lekarza prowadzącego i pielęgniarki dyżurnej.
7. Pacjent w czasie trwania ciszy nocnej, w godz. od 22.00 do 6.00, powinien przebywać w łóżku.
8. Pacjentowi nie wolno zakłócać spokoju innym pacjentom oraz pracy personelowi.
9. Ponadto pacjent zobowiązany jest do:
 - 1) przestrzegania przyjętego w jednostce godzinowego rozkładu dnia,
 - 2) zabezpieczenia swoich rzeczy osobistych, w tym rzeczy wartościowych, garderoby, pieniędzy i dokumentów, których nie przekazał do depozytu osobistych rzeczy pacjenta, a za które tym samym Szpital nie ponosi odpowiedzialności,
 - 3) poszanowania mienia Szpitala,
 - 4) stosowania się do obowiązującego na terenie Szpitala zakazu palenia tytoniu, spożywania alkoholu, używania środków odurzających.

§77

1. Pacjenta oraz odpowiednio opiekuna pacjenta obowiązuje przestrzeganie przepisów zawartych w niniejszym Regulaminie.
2. Pacjent powinien mieć własne przybory konieczne do utrzymania higieny osobistej.
3. Pacjenci, którym wiek i stan zdrowia na to pozwalają, samodzielnie wykonują czynności związane z dbałością o higienę osobistą.
4. W przypadku pacjentów, którzy z uwagi na wiek lub stan zdrowia nie są samodzielni, czynności higieniczne wykonywane są przez wyznaczony personel Szpitala lub – po uzgodnieniu z lekarzem/pielęgniarką – przez opiekunów pacjenta.

5. Korzystanie z urządzeń elektrycznych, w tym kuchenek, grzałek, żelazek i innych urządzeń mogących spowodować stan zagrożenia, odbywa się w miejscach do tego wyznaczonych, za zgodą pielęgniarki oddziałowej.
6. Pacjent nie ma prawa:
 - 1) zmieniać łóżka bez zgody pielęgniarki oddziałowej lub dyżurnej,
 - 2) zajmować łóżek innych pacjentów,
 - 3) dokumentować w postaci cyfrowej zapisów aparatury medycznej,
 - 4) fotografować, filmować, nagrywać audio lub video innych pacjentów oraz członków personelu szpitala bez ich zgody,
 - 5) używać telefonów komórkowych czy innego sprzętu elektronicznego zakłócających pracę aparatury medycznej w miejscach oznaczonych lub wskazanych przez personel medyczny.

§78

1. Pacjent może korzystać z opieki pielęgnacyjnej sprawowanej przez osobę bliską oraz ma prawo do kontaktu osobistego, telefonicznego i korespondencyjnego z osobami z zewnątrz.
2. Uprawnienia te może ograniczyć lekarz kierujący ze względów epidemiologicznych, z uwagi na konieczność poszanowania prawa innych pacjentów lub innych, ważnych dla funkcjonowania Szpitala powodów.

§79

1. Odzież, w której pacjent został przyjęty do szpitala, powinna zostać zabrana przez jego opiekunów lub złożona w depozycie odzieży.
2. Przedmioty wartościowe pacjent może przechowywać w depozycie.

§80

1. Pacjent nie ma prawa wychodzić poza teren jednostki, w której jest hospitalizowany, z zastrzeżeniem ust. 2 i 4 oraz §81.
2. Opuszczanie jednostki leczącej jest możliwe w przypadku badań, konsultacji lub zabiegów poza tą jednostką.
3. W czasie pozostawania przez pacjenta poza jednostką, w sytuacji opisanej w ust. 2, pacjentom towarzyszy pielęgniarka lub inny pracownik medyczny jednostki.
4. Krótkotrwałe opuszczenie jednostki przez pacjenta w czasie odwiedzin odbywa się na zasadach określonych w §81.
5. Na terenie Szpitala w określonych obszarach prowadzony jest monitoring wizyjny.

§81

1. Dopuszcza się krótkotrwałe opuszczenie przez pacjenta jednostki, w celu wyjścia na teren innych obiektów Szpitala, np. na spacer.
2. Krótkotrwałe opuszczenie jednostki przez pacjenta zgłaszane jest pielęgniarce oddziałowej lub dyżurnej, która odnotowuje to w księdze wyjść z podaniem danych osoby, a w przypadku małoletniego również z podaniem danych osoby pod opieką której będzie przebywał pacjent małoletni. Opiekun taki potwierdza wpis w księdze własnoręcznym podpisem.
3. Krótkotrwałe opuszczenie jednostki przez pacjenta małoletniego możliwe jest jedynie pod opieką opiekuna lub innej pisemnie upoważnionej przez niego osoby i za zgodą lekarza.

§82

1. Pacjentowi lub opiekunowi pacjenta nie wolno żądać od pracowników Szpitala usług niezwiązanych z hospitalizacją.

2. Pacjent/opiekun potwierdza podpisem w dokumentacji pacjenta – historii choroby, że został zapoznany z obowiązkami i prawami pacjenta oraz jeżeli taki jest – z regulaminem jednostki oraz, że zobowiązuje się do ich przestrzegania.

Rozdział XII

Zasady odwiedzania pacjentów

§83

1. Odwiedzanie pacjentów w Szpitalu dozwolone jest codziennie w godzinach 7.00-20.00. Matka karmiąca może odwiedzić dziecko w celu jego nakarmienia w każdym czasie.
2. Przebywanie opiekuna pacjenta przy pacjencie w innych godzinach, w tym nocnych, jest dopuszczalne na zasadach określonych w regulaminie danej jednostki, o którym mowa w § 49 ust. 3 niniejszego Regulaminu – jeżeli taki jest – albo pod warunkiem uzyskania zgody lekarza kierującego. Lekarz kierujący wydaje lub odmawia zgody uwzględniając względy epidemiologiczne i możliwości danej medycznej jednostki organizacyjnej Szpitala.
3. Opiekun pacjenta, który uzyskał zgodę na pobyt w nocy, nie może swoją obecnością stwarzać zagrożeń w opiece nad pacjentem, w szczególności nie może rozkładać materacy, łóżek polowych lub foteli na trasie dostępu do łóżka chorego, wyłączać alarmów aparatury medycznej, wyłączać oświetlenia nocnego na sali, blokować drzwi do sali pacjenta lub zakłócać ciszy nocnej.
4. Jeżeli pozwoli na to lekarz prowadzący, w pierwszej dobie po zabiegu operacyjnym przy pacjencie może przebywać tylko jedna osoba.³⁰
5. Na oddziałach intensywnej terapii przy pacjencie może przebywać tylko jedna osoba, przy czym jej pobyt u pacjenta wymaga uzyskania zgody lekarza.
6. Odwiedzający w wieku poniżej 14. roku życia wstęp na teren jednostki medycznej może uzyskać wyłącznie za zgodą lekarza kierującego lub lekarza prowadzącego pacjenta, a po godz. 16.00 – lekarza dyżurnego.
7. Prawo do odwiedzin może być czasowo wstrzymane przez lekarza kierującego z przyczyn epidemiologicznych lub innych istotnych przyczyn organizacyjnych dotyczących Szpitala.

§84

1. Opiekunowie pacjentów mogą odwiedzać pacjentów w salach szpitalnych, a gdy stan zdrowia na to pozwala wychodzić z nimi na teren jednostki medycznej.
2. Opiekunowie pacjentów nie mogą pozostawiać swojego dziecka pod opieką innych rodziców lub innych pacjentów.

§85

1. Osoba odwiedzająca pacjenta zobowiązana jest do:
 - 1) przestrzegania niniejszego Regulaminu w zakresie, w jakim nakłada on na osoby odwiedzające stosowanie się do ustalonego w Szpitalu porządku,
 - 2) podporządkowywania się poleceniom i wskazówkom personelu medycznego,
 - 3) przestrzegania zasad korzystania z urządzeń i sprzętu powierzonego przez pracowników Szpitala,

³⁰ Zarządzenie 12/2018 – zmiana §83 ust. 4

- 4) korzystania z pomieszczeń i urządzeń sanitarnych wyznaczonych do użytku odwiedzających,
 - 5) utrzymywania właściwego stanu sanitarnego, czystości i porządku w swoim otoczeniu na sali pacjentów oraz w innych udostępnionych pomieszczeniach,
 - 6) udostępnienia powierzchni do sprzątania przez personel Szpitala,
 - 7) szanowania mienia szpitalnego,
 - 8) oszczędzania energii, przestrzegania segregacji odpadów,
 - 9) zabezpieczenia osobistych rzeczy pacjenta i swoich, za które Szpital nie ponosi odpowiedzialności.
2. Osobom odwiedzającym zabrania się:
- 1) podawania pacjentowi leków, stosowania środków i metod pielęgnacyjnych innych niż zlecone przez lekarza,
 - 2) karmienia innych pacjentów,
 - 3) dokonywania zmian ustalonej diety, dostarczania pacjentom artykułów spożywczych bez uprzedniego porozumienia się z lekarzem prowadzącym lub pielęgniarką dyżurną,
 - 4) zanieczyszczania lub zaśmiecania pomieszczeń i terenu szpitalnego,
 - 5) siadania lub przebywania na lub w łóżku pacjenta,
 - 6) korzystania z kuchенок elektrycznych, grzałek, żelazek i innych urządzeń mogących spowodować stan zagrożenia w miejscach innych niż wyznaczone,
 - 7) przynoszenia i pozostawiania pacjentowi przedmiotów niebezpiecznych (noże, nożyczki itp.), przedmiotów elektrycznych (grzałki, czajniki itp.), zabawek posiadających szczególnie uciążliwe urządzenia dźwiękowe czy mogących stwarzać zagrożenie bezpieczeństwa dla dzieci,
 - 8) palenia tytoniu, spożywania alkoholu, używania środków odurzających,
 - 9) składania wizyt w stanie nietrzeźwym i zakłócania spokoju na terenie szpitala,
 - 10) spożywania napojów, posiłków (zwłaszcza gorących) poza wyznaczonymi miejscami,
 - 11) wchodzenia do pomieszczeń służbowych i korzystania z łazienek dla pacjentów.
3. Za szkody powstałe w mieniu szpitala z winy osoby odwiedzającej pacjenta odpowiedzialność materialną ponosi osoba wyrządzająca daną szkodę.
4. Szpital nie ponosi odpowiedzialności za rzeczy pozostawione pacjentowi do jego dyspozycji oraz za rzeczy osób odwiedzających.

§86

1. W trakcie odwiedzin opiekun pacjenta może wykonywać proste czynności pielęgnacyjne przy pacjencie, uprzednio uzgodnione z lekarzem lub pielęgniarką.
2. Pacjentów nie mogą odwiedzać i pielęgnować osoby z infekcją, niezrównoważone psychicznie, nietrzeźwe, nieprzestrzegające zasad higieny.
3. Osoby odwiedzające nie mogą używać telefonów komórkowych czy innego sprzętu elektronicznego zakłócającego pracę aparatury medycznej w miejscach, gdzie jest to oznaczone czy wskazane przez personel medyczny.
4. Sprawowanie opieki pielęgnacyjnej nad pacjentem przez osobę odwiedzającą nie może naruszać praw pozostałych pacjentów do właściwego leczenia i spokoju.

§87

Osoby upoważnione przez pacjenta/opiekunowie pacjenta mogą zgłaszać się po informacje o stanie zdrowia pacjenta wyłącznie do lekarza kierującego lub lekarza prowadzącego, a w godzinach popołudniowych – do lekarza dyżurnego.

§88

1. Osobom odwiedzającym pacjentów nieprzestrzegającym niniejszego Regulaminu, a w szczególności postanowień niniejszego rozdziału, personel medyczny ma prawo polecić opuszczenie szpitala.
2. W przypadku naruszania postanowień Regulaminu, personel ma prawo wezwać ochronę szpitala lub funkcjonariuszy policji.

§89

Zasady odwiedzin, o których mowa w niniejszym rozdziale, są wywieszane na tablicach ogłoszeń w medycznych jednostkach organizacyjnych.

Rozdział XIII

Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia ambulatoryjnego

§90

1. Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne udzielane są w poradniach i pracowniach.
2. Poradnia jest jednostką organizacyjną zakładów leczniczych³¹ o profilu: Działalność Ambulatoryjna i Diagnostyczna.
3. Do zadań poradni lub pracowni należy prowadzenie działalności konsultacyjnej, leczniczej lub rehabilitacyjnej w specjalnościach wchodzących w zakres działania danej poradni.
4. Do zadań poradni lub pracowni w szczególności należy:
 - 1) zapewnianie pacjentom opieki ambulatoryjnej i wysokospecjalistycznej w reprezentowanej specjalności,
 - 2) rozpoznawanie chorób, leczenie i orzekanie o stanie zdrowia,
 - 3) udzielanie konsultacji specjalistycznych,
 - 4) realizacja programów zdrowotnych, zleconych Szpitalowi,
 - 5) promocja zdrowia,
 - 6) monitorowanie i ciągła poprawa jakości świadczonych usług medycznych oraz wdrażanie nowych technologii medycznych,
 - 7) poprawa jakości i efektywności ekonomicznej udzielania świadczeń zdrowotnych,
 - 8) prowadzenie wymaganej dokumentacji, w szczególności indywidualnej i zbiorczej dokumentacji medycznej,
 - 9) wyznaczanie terminów udzielania świadczeń,
 - 10) prowadzenie list pacjentów oczekujących na udzielenie świadczenia,
 - 11) dbałość o podnoszenie kwalifikacji przez personel medyczny.
5. Personel poradni podlega zwierzchnictwu organizacyjnemu kierownika Poradni Przyklinicznych, z zastrzeżeniem ust. 6.³²
6. Zwierzchnikiem służbowym pielęgniarek zatrudnionych w poradni lub pracowni jest Naczelną Pielęgniarka.

§91

1. Przyjęcie pacjenta w poradni (lub pracowni) odbywa się na podstawie:
 - 1) decyzji o zakwalifikowaniu pacjenta do leczenia ambulatoryjnego,
 - 2) skierowania pacjenta przez lekarza poradni specjalistycznej Szpitala,
 - 3) decyzji lekarza Izby Przyjęć,

³¹ Zarządzenie 12/2018, zmieniono przedsiębiorstwa na: zakłady lecznicze

³² Zarządzenie 12/2018, zmieniono §90 ust. 5

- 4) skierowania wystawionego przez inne uprawnione podmioty.
2. Wizyty w poradni są planowane.
3. Informacje o godzinach pracy poradni są wywieszane na tabliczkach informacyjnych danej poradni oraz ogłaszane są na stronie internetowej Szpitala.³³

Rozdział XIV

Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie diagnostyki

§92³⁴

1. Świadczenia zdrowotne w zakresie badań diagnostycznych i badań analitycznych w Szpitalu udzielane są w laboratoriach, zakładach i pracowniach.
2. Laboratorium, zakład lub pracownia stanowią wyodrębnione organizacyjnie części zakładów leczniczych³⁵ o profilu Działalność Ambulatoryjna i Diagnostyczna. Pracownia może być jednostką organizacyjną laboratorium lub zakładu.
3. Do zadań laboratorium/zakładu/pracowni należy wykonywanie, zgodnie z zakresem jej działania, badań i procedur potrzebnych do rozpoznania choroby, ustalenia sposobu terapii lub rehabilitacji.
4. Do zadań laboratorium/zakładu/pracowni należy w szczególności:
 - 1) zapewnienie wykonania badań laboratoryjno-diagnostycznych,
 - 2) udział w realizacji programów zdrowotnych, zleconych Szpitalowi,
 - 3) udział w promocji zdrowia,
 - 4) monitorowanie i ciągła poprawa jakości świadczonych usług medycznych oraz wdrażanie nowych technologii medycznych,
 - 5) poprawa jakości i efektywności ekonomicznej udzielania świadczeń zdrowotnych,
 - 6) prowadzenie wymaganej dokumentacji, w szczególności indywidualnej i zbiorczej dokumentacji medycznej,
 - 7) wyznaczanie terminów udzielania świadczeń,
 - 8) prowadzenie list pacjentów oczekujących na świadczenie,
 - 9) dbałość o podnoszenie kwalifikacji personelu medycznego.
 - 10) współuczestnictwo w badaniach naukowych i pracach badawczo-rozwojowych,
5. Personel pracowni stanowiącej komórkę organizacyjną kliniki, laboratorium lub zakładu podlega zwierzchnictwu służbowemu lekarza kierującego tej kliniki, laboratorium lub zakładu, z zastrzeżeniem ust. 6.
6. Pracą pielęgniarek zatrudnionych w laboratorium/zakładzie/pracowni kieruje pielęgniarka oddziałowa w zakresie ustalonym przez Naczelną Pielęgniarkę

§93

1. Przyjęcie pacjenta w laboratorium/zakładzie/pracowni odbywa się na podstawie:
 - 1) zakwalifikowania pacjenta na podstawie skierowania lekarza specjalisty lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej,
 - 2) skierowania lekarza poradni specjalistycznej lub jednostki szpitala prowadzącej leczenie pacjenta,
 - 3) decyzji lekarza Izby Przyjęć³⁶.
2. Terminy badań są planowane, z zastrzeżeniem ust. 3.

³³ Zarządzenie 12/2018, zmieniono §91 ust. 3

³⁴ Zapis §92 zmieniony Zarządzeniem Nr 8/2017

³⁵ Zarządzenie 12/2018, zmieniono przedsiębiorstwa na: zakłady lecznicze

³⁶ §92 ust. 1 zmieniony Zarządzeniem Nr 8/2017

3. Badania w trybie pilnym wykonywane są na zlecenie lekarza szpitala prowadzącego leczenie pacjenta.
4. Wykonywanie badań odbywa się w godzinach 7.30–15.05, z zastrzeżeniem ust. 5 i 6.
5. Praca w laboratoriach/zakładach/pracowniach diagnostyki laboratoryjnej prowadzona jest całodobowo. Na wniosek lekarza kierującego daną jednostką, Dyrektor może wyrazić zgodę na pracę w innym systemie, w szczególności w określonych godzinach³⁷.
6. W pozostałych zakładach, w godzinach popołudniowych i w dni wolne od pracy, pełnione są dyżury. Pełnienie dyżurów ma na celu w szczególności zapewnienie wykonywania badań pacjentom szpitala.
7. Informacje o godzinach pracy laboratorium/zakładu/pracowni są wywieszane na tablicy informacyjnej laboratorium, zakładu lub danej pracowni oraz ogłaszane są na stronie internetowej Szpitala^{38 39}.

Rozdział XV

Zasady postępowania w przypadku zgonu pacjenta i wydawanie zwłok

§94

1. W przypadku zgonu pacjenta w jednostce medycznej lub w Izbie Przyjęć, obowiązuje ustalony tryb postępowania, o którym mowa w niniejszym rozdziale.
2. Lekarz prowadzący pacjenta lub – w czasie dyżuru – lekarz dyżurny:
 - 1) stwierdza zgon i ustala jego przyczynę,
 - 2) niezwłocznie wpisuje do historii choroby datę i godzinę zgonu,
 - 3) niezwłocznie wypisuje 2 egzemplarze (części) karty zgonu – dla celów statystycznych i dla celów pochowania zwłok.
3. Lekarz prowadzący lub – w czasie dyżuru – lekarz dyżurny, niezwłocznie zawiadamia o zgonie osobę lub instytucję, o których mowa w art. 28 ust. 1 pkt. 1 ustawy o działalności leczniczej. W przypadku gdy zmarły był osobą samotną, zawiadamia się pielęgniarkę przyszpitalną, która przejmuje obowiązek dopełnienia formalności związanych z pochówkiem
4. Pielęgniarka dyżurna:
 - 1) odnotowuje datę i godzinę zgonu w karcie gorączkowej,
 - 2) układa prawidłowo zwłoki, zgodnie z ustalonym trybem postępowania,
 - 3) zakłada na przegub dłoni i stopy osoby zmarłej znak identyfikacyjny wykonany z tworzywa sztucznego, płótna lub tasiemki,
 - 4) wpisuje na taśmę samoprzylepną dane dotyczące pacjenta, po czym przykleja ją na klatkę piersiową pacjenta oraz na zewnętrzną stronę worka na zwłoki,
 - 5) wypełnia kartę skierowania zwłok do chłodni.
5. Pielęgniarka oddziałowa lub dyżurna:
 - 1) odnotowuje zgon w Rejestrze zgonów danej jednostki medycznej,
 - 2) sporządza protokolarnie spis pieniędzy, przedmiotów wartościowych i rzeczy zmarłego,
 - 3) przedmioty wartościowe i pieniądze przekazuje do depozytu, a rzeczy do magazynu.
6. Przedmioty pozostałe po zmarłym nieobjęte depozytem i z wyjątkiem potrzebnych do ubrania zwłok, wydaje się za pokwitowaniem opiekunom pacjenta, z zastrzeżeniem ust. 7.
7. Rzeczy pozostałe po zmarłym, którego zwłoki oddano do dyspozycji prokuratora, nie mogą być wydane przed dokonaniem sekcji zwłok bądź przed otrzymaniem zawiadomienia o zwolnieniu od sekcji.

³⁷ §93 ust. 5 zmieniony Zarządzeniem Nr 8/2017

³⁸ §93 ust. 7 zmieniony Zarządzeniem Nr 8/2017

³⁹ Zarządzenie 12/2018 – zmieniono §93 ust. 7

§95

1. Zgon i jego przyczynę stwierdza się w karcie zgonu, której treść i sposób wypełniania określają obowiązujące przepisy prawa.
2. Wystawienie karty zgonu jest obowiązkiem lekarza.
3. Niemożność ustalenia przyczyny zgonu lub okoliczność, że do ustalenia przyczyny zgonu konieczne jest przeprowadzenie dodatkowych badań, nie może stanowić podstawy odmowy wystawienia lub opóźnienia wystawienia karty zgonu.
4. Jeżeli lekarz stwierdzający zgon poweźmie pewność lub uzasadnione podejrzenie, że przyczyną zgonu była choroba zakaźna, podlegająca obowiązkowi zgłoszenia, powinien bezzwłocznie zawiadomić o tym właściwego inspektora sanitarnego.
5. W przypadku uzasadnionego podejrzenia, że przyczyną zgonu było przestępstwo, lekarz stwierdzający zgon powinien zawiadomić o tym bezzwłocznie prokuratora lub policję.
6. Karta skierowania zwłok do chłodni, o której mowa w § 94 ust. 4 pkt 5, zawiera: imię i nazwisko, PESEL osoby zmarłej, a w przypadku braku numeru PESEL – serię i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość, datę i godzinę zgonu, godzinę przyjęcia zwłok osoby zmarłej do chłodni, imię, nazwisko i podpis pielęgniarki wypełniającej kartę.
7. Znak identyfikacyjny, o którym mowa w § 94 ust. 4 pkt. 3, zawiera dane dotyczące zmarłego pacjenta: jego nazwisko i imię, datę urodzenia, numer PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL – serię i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość, numer identyfikacyjny nadany w Szpitalu, datę i godzinę zgonu, nazwę medycznej jednostki organizacyjnej, na której zmarł pacjent.
8. Jeżeli nie jest możliwe ustalenie tożsamości osoby zmarłej, w karcie skierowania do chłodni oraz na znaku identyfikacyjnym dokonuje się oznaczenia "NN" z podaniem przyczyny i okoliczności uniemożliwiających ustalenie tożsamości.

§96

1. Za ochronę zwłok na terenie Szpitala (przed zamianą, uszkodzeniem, itp.) do momentu ich wydania osobom uprawnionym do pochówku odpowiada lekarz kierujący jednostką, w której zmarł pacjent lub Izby Przyjęć oraz Zakładu Patomorfologii, zgodnie z przyjętym podziałem kompetencji i odpowiedzialności.
2. Przewiezienie zwłok z jednostki do chłodni Szpitala następuje nie wcześniej niż po dwóch godzinach od chwili stwierdzenia zgonu.
3. Do czasu przewiezienia do chłodni zwłoki są przechowywane w specjalnie przeznaczonym do tego celu pomieszczeniu, a w razie jego braku – w innym chłodnym miejscu. W celu uniknięcia powstawania plam opadowych na twarzy należy zwłoki ułożyć na plecach. Głowa musi być zabezpieczona przed odchyleniem na boki.
4. Zwłoki są przechowywane przy zachowaniu godności należnej zmarłemu.
5. Zwłoki z jednostki do chłodni transportuje podmiot, któremu te czynności powierzono umownie.
6. W przypadku zgonu pacjenta podczas wykonywania badań w pracowni diagnostycznej, odpowiedzialność za prawidłowe postępowanie z ciałem pacjenta spoczywa na jednostce, w której pacjent był hospitalizowany.
7. W przypadku, gdy zgon nastąpi na bloku operacyjnym, odpowiedzialność za prawidłowe postępowanie z ciałem pacjenta, spoczywa na jednostce, z której pacjent został skierowany.
8. W przypadkach zgonu pacjentów skierowanych z Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, odpowiedzialność spoczywa na pracownikach Szpitalnego Oddziału ratunkowego.
9. Pracownik jednostki, w której nastąpił zgon, w skierowaniu zwłok do chłodni wpisuje następujące informacje: imię i nazwisko osoby zmarłej a w przypadku martwego urodzenia – dane matki, jednostkę medyczną, w której nastąpił zgon, godzinę przywozu zwłok do

chłodni, imię i nazwisko pracownika przedstawiającego zwłoki do transportu, numer telefonu służbowego oraz dane osoby wykonującej transport zwłok i odnotowuje zgon w Rejestrze zgonów.

10. Zwłoki przechowuje się w chłodni nie dłużej niż 72 godziny.
11. Zwłoki mogą być przechowywane w chłodni dłużej niż 72 godziny, jeżeli:
 - 1) nie mogą zostać wcześniej odebrane przez osoby uprawnione do pochowania osoby zmarłej,
 - 2) w związku ze zgonem zostało wszczęte śledztwo, a prokurator nie zezwolił na pochowanie zwłok,
 - 3) przemawiają za tym inne ważne przyczyny, za zgodą albo na wniosek osoby uprawnionej do pochowania zwłok.
12. Za przechowywanie zwłok do 120 godzin Szpital nie pobiera opłat. Za dalsze przechowywanie zwłok pobiera się opłatę zgodną z cennikiem.

§97

1. Zwłoki pacjentów zmarłych w szpitalu mogą być poddane badaniom pośmiertnym (sekcji) w Zakładzie Patomorfologii.
2. O dokonaniu bądź zaniechaniu sekcji należy sporządzić adnotację w dokumentacji medycznej.
3. Decyzja o dokonaniu sekcji należy do lekarza kierującego jednostki, w której nastąpił zgon.
4. Decyzję o zaniechaniu badania pośmiertnego podejmuje lekarz kierujący jednostki, w której nastąpił zgon. Do dokumentacji medycznej załącza się oświadczenie woli osoby zmarłej (jeżeli osoba ta wyraziła sprzeciw za życia) lub sprzeciw opiekuna ustawowego zmarłego pacjenta.
5. Zaniechanie wykonania sekcji wyłączają przypadki:
 - 1) określone w kodeksie postępowania karnego,
 - 2) gdy przyczyny zgonu nie można ustalić w sposób jednoznaczny,
 - 3) określone w przepisach o chorobach zakaźnych i zakażeniach.
6. Wykonanie badania pośmiertnego nie może nastąpić wcześniej niż po upływie 12 godzin od stwierdzenia zgonu, z zastrzeżeniem ust. 7-8.
7. Wykonanie badania pośmiertnego przed upływem 12 godzin możliwe jest w sytuacji zaistnienia szczególnych okoliczności, np. epidemiologicznych, naukowych, zwłaszcza w przypadkach śmierci pnia mózgu (śmierci mózgowej).
8. Wykonanie badania pośmiertnego przed upływem 12 godzin możliwe jest w sytuacji zaistnienia potrzeby pobrania ze zwłok komórek, tkanek lub narządów, przy zachowaniu zasad i trybu przewidzianych w przepisach o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów oraz w §98 niniejszego Regulaminu.
9. W przypadku konieczności przeprowadzenia badania przed upływem 12 godzin niezbędne jest jednomyślne stwierdzenie zgonu przez komisję, o której mowa w § 98 ust. 13.
10. O zakresie badania pośmiertnego decyduje i ponosi odpowiedzialność za sporządzenie epikryzy pośmiertnej lekarz patomorfolog przeprowadzający badanie.

§98

1. Komórki, tkanki i narządy mogą być pobierane ze zwłok ludzkich w celach diagnostycznych, leczniczych, naukowych i dydaktycznych.
2. Komórki, tkanki lub narządy ze zwłok ludzkich mogą być pobierane również w czasie sekcji zwłok.
3. Pobrania komórek, tkanek lub narządów ze zwłok ludzkich w celu ich przeszczepienia można dokonać, jeżeli osoba zmarła nie wyraziła za życia sprzeciwu.

4. Przed pobraniem komórek, tkanek i narządów od osoby zmarłej lekarz zasięga informacji, czy nie został zgłoszony sprzeciw.
5. W przypadku małoletniego lub innej osoby, która nie ma pełnej zdolności do czynności prawnych, sprzeciw może wyrazić za ich życia przedstawiciel ustawowy.
6. W przypadku małoletniego powyżej lat szesnastu sprzeciw może wyrazić również ten małoletni.
7. Przepisów ust. 3-6 nie stosuje się w przypadku pobierania komórek, tkanek i narządów w celu rozpoznania przyczyny zgonu i oceny w czasie sekcji zwłok postępowania leczniczego.
8. Sprzeciw wyraża się w formie:
 - 1) wpisu w centralnym rejestrze sprzeciwów na pobranie komórek, tkanek i narządów ze zwłok ludzkich,
 - 2) oświadczenia pisemnego zaopatrzonego we własnoręczny podpis,
 - 3) oświadczenia ustnego złożonego w obecności co najmniej dwóch świadków, pisemnie przez nich potwierdzonego,
9. Przepis ust. 7 stosuje się również do sprzeciwu wyrażanego przez przedstawiciela ustawowego.
10. Sprzeciw może być cofnięty w każdym czasie w formach, o których mowa w ust. 8.
11. Jeżeli zachodzi uzasadnione podejrzenie, że zgon nastąpił w wyniku czynu zabronionego stanowiącego przestępstwo, pobrania komórek, tkanek i narządów można dokonać po uzyskaniu od właściwego prokuratora informacji, że nie wyraża sprzeciwu wobec zamiaru pobrania komórek, tkanek i narządów, a gdy postępowanie jest prowadzone przeciwko nieletniemu – stanowiska sądu rodzinnego.
12. Pobranie komórek, tkanek lub narządów do przeszczepienia jest dopuszczalne po stwierdzeniu trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu (śmierci mózgu).
13. Trwałe nieodwracalne ustanie czynności mózgu stwierdza jednomyślnie, na podstawie kryteriów, określonych w obwieszczeniu Ministra Zdrowia z dnia 17 lipca 2007 roku w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu (M.P. Nr 46, poz. 547), komisja złożona z trzech lekarzy, posiadających specjalizację, w tym co najmniej jednego specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii oraz jednego specjalisty w dziedzinie neurologii lub neurochirurgii.
14. Komisję, o której mowa w ust. 13, powołuje i wyznacza jej przewodniczącego działający w Szpitalu koordynator ds. transplantologii.
15. Lekarze wchodzący w skład komisji nie mogą brać udziału w postępowaniu obejmującym pobieranie i przeszczepianie komórek, tkanek lub narządów od osoby zmarłej, u której dana komisja stwierdziła trwałe nieodwracalne ustanie czynności mózgu.

§99

1. Ewidencję zgonów prowadzi Zakład Patomorfologii.
2. Upoważniony przez lekarza kierującego pracownik medycznej jednostki, w której nastąpił zgon pacjenta, przekazuje do Zakładu Patomorfologii dokumentację wraz z kartę sekcyjną.
3. W przypadku konieczności przekazania materiału biologicznego w celu przeprowadzenia dodatkowych badań diagnostycznych poza Szpital, termin przekazania dokumentacji może ulec wydłużeniu o czas konieczny do wykonania badania.
4. Kartę zgonu wydaje się uprawnionym do tego zgodnie z przepisami osobom.

§100

1. Zakład Patomorfologii jest obowiązany zwłoki osoby zmarłej umyć, ubrać i wydać osobie uprawnionej do ich pochowania w stanie zapewniającym zachowanie godności należnej osobie zmarłej, z zastrzeżeniem ust. 2

2. W razie zgonu na chorobę zakaźną mają zastosowanie przepisy w sprawie postępowania ze zwłokami i szczątkami ludzkimi.
3. Czynności, o których mowa w ust. 1, nie stanowią przygotowania zwłok osoby zmarłej do pochowania. Za ich wykonanie Szpital nie pobiera opłat.

§101

1. Zwłoki wydaje pracownik (preparator) Zakładu Patomorfologii.
2. Wszelkich informacji w sprawie odbioru zwłok udziela wyłącznie pracownik (preparator) Zakładu Patomorfologii.
3. Podstawą wydania zwłok jest przedstawienie aktu zgonu przez osobę uprawnioną do pochówku lub podmiot upoważniony do odbioru i przewozu zwłok, z zastrzeżeniem ust. 10.
4. Wydanie zwłok odbywa się za pokwitowaniem ich odbioru w księgach Zakładu Patomorfologii, a pracownik wydający zwłoki odnotowuje dane osobowe i numer dowodu tożsamości osoby odbierającej zwłoki oraz tytuł uprawnienia do odbioru.
5. Odbioru zwłok mogą dokonać osoby uprawnione do pochówku lub podmiot upoważniony i wskazany przez opiekunów pacjenta do odbioru i transportu zwłok.
6. Przygotowaniem zwłok do przewozu zajmują się i przewozu dokonują wyspecjalizowane podmioty zewnętrzne, specjalnie do tego celu przeznaczonymi środkami transportu.
7. Szczególnego trybu postępowania wymaga wydawanie zwłok w przypadkach:
 8. pacjenta zmarłego na chorobę zakaźną,
 9. uzasadnionego podejrzenia, iż przyczyną zgonu było przestępstwo.
10. Wykaz chorób zakaźnych, w przypadku których obowiązuje szczególny tryb postępowania za zwłokami i ich pochówkiem, określa w drodze rozporządzenia minister właściwy do spraw zdrowia.
11. Stwierdzenie zgonu, przyczyną którego była choroba zakaźna, objęta wykazem, o którym mowa w ust. 9, powoduje konieczność wydania i pochówku zwłok w ciągu 24 godzin od chwili zgonu.
12. W przypadku, gdy zachodzi uzasadnione podejrzenie, iż przyczyną zgonu było przestępstwo, wydanie zwłok w celu ich pochówku następuje po uzyskaniu zezwolenia prokuratora.
13. W przypadku stwierdzenia zamiaru przewożenia zwłok środkiem innym niż wskazanym w ust. 6, zakazuje się wydawania zwłok.

Rozdział XVI Komitety, komisje i zespoły

§102

1. W Szpitalu działają komitety, komisje i zespoły wspomagające działalność w zakresie organizacji, wykonywania, nadzorowania, analizowania lub oceniania udzielanych świadczeń zdrowotnych.
2. Szczegółowe zasady funkcjonowania oraz zakres zadań i skład osobowy komitetów, komisji i zespołów regulują zarządzenia Dyrektora.

Rozdział XVII Skargi i wnioski

§103

1. Skargi i wnioski zgłaszane ustnie przez pacjentów lub opiekunów rozpatruje kierujący daną jednostką organizacyjną Szpitala, do którego zadań w tym zakresie należy:

- 1) przyjmowanie skarg i wniosków,
 - 2) rozpoznawanie przedmiotu i zasadności skarg i wniosków,
 - 3) przygotowanie informacji o sposobie załatwienia ustnych skarg i wniosków,
 - 4) przedstawianie dyrektorowi wniosków organizacyjnych lub kadrowych, wynikających z zgłoszonych i rozpoznanych spraw.⁴⁰
2. Skargi pacjentów wpływające w formie pisemnej, przy pomocy Działu Organizacyjno – Prawnego, rozpatruje Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa, do którego zadań w tym zakresie należy:
- 1) przyjmowanie oraz ewidencjonowanie skarg wniesionych w formie pisemnej,
 - 2) rozpoznawanie przedmiotu i zasadności skargi pisemnej,
 - 3) udzielanie odpowiedzi na skargi,
 - 4) przedstawianie Dyrektorowi wniosków organizacyjnych lub kadrowych, wynikających z rozpoznanych skarg pisemnych,
 - 5) sporządzanie okresowych sprawozdań dotyczących rozpatrywanych skarg,
 - 6) sporządzanie wymaganych raportów dotyczących wszystkich skarg i wniosków wpływających do Szpitala.
3. Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa rozpatruje odwołania od rozstrzygnięcia skarg i wniosków, o których mowa w ust. 1.⁴¹
4. Szczegółowo organizację przyjmowania i rozpatrywania skarg i wniosków ustali Dyrektor Szpitala w drodze Zarządzenia.

§104

Zgodnie z ustawą o działalności leczniczej dokonywanie okresowych analiz skarg i wniosków wnoszonych przez pacjentów, z wyłączeniem spraw podlegających nadzorowi medycznemu, jest zadaniem Rady Społecznej.

Rozdział XVIII

Nadzór nad procesem udzielania świadczeń zdrowotnych

§105

Nadzór nad realizacją świadczeń zdrowotnych sprawuje Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa.

§106

Nadzór nad realizacją zadań w zakresie pielęgnacji pacjenta sprawuje pion Naczelnej Pielęgniarki.

Rozdział XVIII

Dokumentacja i statystyka medyczna

§107

1. Szpital prowadzi dokumentację medyczną osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych Szpitala zgodnie z ustawą o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta i aktem wykonawczym do tej ustawy, określającym rodzaje i zakres dokumentacji medycznej oraz sposób jej przetwarzania.
2. Przez dokumentację medyczną należy rozumieć zbiory dokumentów medycznych zawierające dane i informacje medyczne dotyczące stanu zdrowia pacjentów oraz udzielanych przez Szpital świadczeń zdrowotnych.

⁴⁰ Zarządzenie 12/2018 – zmieniono §103 ust. 1

⁴¹ Zarządzenie 12/2018 – zmieniono §103 ust. 3

3. Dokumentacja indywidualna prowadzona jest dla poszczególnych pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych na obowiązujących formularzach lub drukach, a w szczególnie uzasadnionych przypadkach w innej pisemnej formie.
4. Dokumentacja zbiorcza jest prowadzona w formie ksiąg, rejestrów, formularzy lub kartotek.
5. Zbiory informacji objętych dokumentacją mogą być sporządzane i utrwalane także na komputerowych nośnikach informacji pod warunkiem zachowania selektywności dostępu do zbioru informacji, zabezpieczenia informacji przed zniszczeniem i dostępem osób nieupoważnionych, a także pod warunkiem sporządzania zbiorów w zakresie pozwalającym na prowadzenie dokumentacji, o której mowa w ust. 2, w postaci formularzy lub druków oraz sporządzania i przechowywania wydruków podpisanych przez osoby uprawnione do udzielania świadczeń zdrowotnych.
6. Szpital zapewnia ochronę danych dotyczących stanu zdrowia i sposobu leczenia pacjenta oraz ochronę danych osobowych, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa.
7. Szczegółowe zasady prowadzenia dokumentacji medycznej może określać zarządzenie Dyrektora.

§108

1. Historia zdrowia i choroby pacjenta leczonego ambulatoryjnie gromadzona jest w podziale na poszczególne poradnie.
2. Historia choroby pacjenta leczonego szpitalnie układana jest chronologicznie, poszczególnymi hospitalizacjami.
3. W przypadku gdy pacjent jest leczony w zarówno ambulatoryjnie, jak i szpitalnie, obie części historii prowadzone są odrębnie.

§109

1. Dokumentacja medyczna prowadzona jest zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami.
2. Za prawidłowe prowadzenie dokumentacji medycznej oraz gromadzenie jej w historii choroby odpowiada lekarz prowadzący leczenie pacjenta.
3. Nadzór merytoryczny nad dokumentacją medyczną spoczywa na lekarzu kierującym jednostką właściwej dla prowadzonego procesu leczniczego.

§110

Zgodnie z ustawą o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta do dokumentacji medycznej należy włączyć:

- 1) oświadczenie pacjenta o upoważnieniu 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 do uzyskiwania dokumentacji, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej, albo oświadczenie o braku takiego upoważnienia;
- 3) oświadczenie pacjenta o wyrażeniu zgody albo zezwolenie sądu opiekuńczego na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego, na zasadach określonych przepisami ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

§111

4. W dniu przyjęcia pacjenta do Szpitala sprawdzana jest tożsamość pacjenta/opiekunów pacjenta oraz podstawa prawna udzielenia świadczeń zdrowotnych.
5. Przynależność do oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia oraz dane osobowe muszą być potwierdzane przy każdym przyjęciu a w razie potrzeby aktualizowane przez osobę dokonującą rejestracji danych.

§112

1. Dokumentacja medyczna przechowywana jest przez okres określony w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
2. Dokumentacja medyczna przechowywana jest w jednostce leczącej pacjenta.
3. Po zakończeniu hospitalizacji kompletna dokumentacja medyczna powinna zostać przekazana do Archiwum Szpitala.
4. Dokumentacja medyczna przekazana do Archiwum może być następnie z niego wypożyczona na wniosek lekarza kierującego.
5. Lekarze Szpitala, w sytuacjach uzasadnionych potrzebami leczniczymi i dla celów badawczo naukowych, za zgodą lekarza kierującego swojej jednostki, mają prawo wglądu do dokumentacji medycznej przechowywanej w Archiwum.
6. Po upływie okresów przechowania dokumentacja medyczna podlega zniszczeniu w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta, którego dotyczyła.
7. Do postępowania z dokumentacją będącą materiałem archiwalnym w rozumieniu przepisów prawa powszechnie obowiązującego, a w szczególności ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (Dz. U. z 2011 r. Nr 123, poz. 698, z późn. zm.), stosuje się te przepisy.

§113

1. Szpital udostępnia dokumentację medyczną, zgodnie z obowiązującymi w tym względzie przepisami prawa powszechnie obowiązującego, a w szczególności:
 - 1) ustawą o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta i przepisami aktów wykonawczych do tej ustawy,
 - 2) ustawą z dnia 22 maja 2003 roku o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. z 2010 r., Nr 11, poz. 66, z późn. zm.) i przepisami aktów wykonawczych do tej ustawy.
2. Szpital udostępnia dokumentację medyczną pacjentowi, jego przedstawicielowi ustawowemu bądź osobie upoważnionej przez pacjenta.
3. Po śmierci pacjenta prawo wglądu w dokumentację medyczną ma osoba upoważniona przez pacjenta za życia.
4. Szpital udostępnia dokumentację medyczną również:
 - 1) podmiotom udzielającym świadczeń zdrowotnych, jeżeli dokumentacja ta jest niezbędna do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych,
 - 2) organom władzy publicznej, Narodowemu Funduszowi Zdrowia, organom samorządu zawodów medycznych, konsultantom krajowym i wojewódzkim oraz uprawnionym na podstawie przepisów prawa powszechnie obowiązującego organom kontrolnym, w zakresie niezbędnym do wykonywania przez te podmioty ich zadań, w szczególności kontroli i nadzoru,
 - 3) podmiotom, o których mowa w art. 119 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia kontroli na zlecenie ministra właściwego do spraw zdrowia
 - 4) ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, sądom, w tym sądom dyscyplinarnym, prokuraturom, lekarzom sądowym i rzecznikom odpowiedzialności zawodowej, w związku z prowadzonym postępowaniem,

- 5) uprawnionym na mocy odrębnych ustaw organom i instytucjom, jeżeli badanie zostało przeprowadzone na ich wniosek,
- 6) organom rentowym oraz zespołom do spraw orzekania o niepełnosprawności, w związku z prowadzonym przez nie postępowaniem,
- 7) podmiotom prowadzącym rejestry usług medycznych, w zakresie niezbędnym do prowadzenia rejestrów,
- 8) zakładom ubezpieczeń, za zgodą pacjenta,,
- 9) komisjom lekarskim podległym ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych, wojskowym komisjom lekarskim oraz komisjom lekarskim Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego lub Agencji Wywiadu, podległym Szefom właściwych Agencji,
- 10) lekarzowi, pielęgniarce lub położnej, w związku z prowadzeniem procedury oceniającej podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o akredytacji w ochronie zdrowia, w zakresie niezbędnym do jej przeprowadzenia,
- 11) wojewódzkiej komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, o której mowa w art. 67e ust. 1 ustawy o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, w zakresie prowadzonego postępowania,
- 12) spadkobiercom w zakresie prowadzonego postępowania przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, o której mowa w art. 67e ust. 1 ustawy o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta,
- 13) osobom wykonującym czynności kontrolne na podstawie art. 39 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, w zakresie niezbędnym do ich przeprowadzenia.

§114

1. Dokumentacja medyczna jest udostępniana:
 - 1) do wglądu, w tym także do baz danych w zakresie ochrony zdrowia, w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych, z wyłączeniem medycznych czynności ratunkowych albo w jednostce udzielającej świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem pacjentowi lub innym uprawnionym organom lub podmiotom możliwości sporządzenia notatek lub zdjęć,
 - 2) przez sporządzenie jej wyciągu, odpisu, kopii lub wydruku,
 - 3) przez wydanie oryginału za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, na żądanie organów władzy publicznej albo sądów powszechnych, a także w przypadku, gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta,
 - 4) na informatycznym nośniku danych.⁴²
2. Za udostępnienie dokumentacji medycznej w sposób określony w ust. 1 pkt 2 Szpital pobiera opłatę, z wyjątkiem udostępnienia dokumentacji organom rentowym w przypadkach określonych przepisami prawa powszechnie obowiązującego.
3. Wysokość opłat za udostępnienie dokumentacji ustala Dyrektor na drodze zarządzenia.
4. Opłaty określone w ust. 3 podlegają w aktualizacji co kwartał, proporcjonalnie do zmian wysokości wskaźnika, o którym mowa w art. 28 ust. 4 pkt 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w trybie określonym w ust. 3.
5. Aktualne wysokości opłat, o których mowa w ust. 3, znajdują się do wglądu w Kasie Szpitala i w Izbie Przyjęć.
6. Koszty realizacji udostępnienia dokumentacji medycznej poprzez wysyłkę nalicza się według obowiązującej dla danej usługi taryfy pocztowej.
7. Udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu na miejscu następuje nieodpłatnie.

⁴² Zarządzenie 12/2018 – zmieniono §114 ust. 1

§115

1. Udostępnianie dokumentacji medycznej na zewnątrz podmiotom uprawnionym na podstawie odrębnych przepisów, następuje na podstawie decyzji Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa lub innej upoważnionej przez niego osoby.
2. Jeżeli dokumentacja jest niezbędna do zapewnienia dalszego leczenia a zwłoka w jej wydaniu mogłaby narazić pacjenta na szkodę, decyzję o udostępnieniu dokumentacji na zewnątrz może podjąć lekarz kierujący, lekarz prowadzący lub inny lekarz sprawujący opiekę nad pacjentem.
3. Dokumentację medyczną udostępnia się na zewnątrz w formie wyciągów, odpisów lub kopii, chyba że uprawniony podmiot żąda udostępnienia oryginałów tej dokumentacji. W razie wydania oryginałów należy pozostawić pełny odpis lub kopię wydanej dokumentacji, chyba że zwłoka w jej wydaniu mogłaby narazić pacjenta na szkodę.
4. Udostępnianie oryginału dokumentacji medycznej na zewnątrz następuje za pokwitowaniem odbioru, a także z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu.

§116

Rejestr spraw dotyczących udostępniania uprawnionym podmiotom dokumentacji medycznej pacjentów na zewnątrz prowadzi Dział Organizacyjno – Prawny, który odpowiada za koordynację działań na rzecz terminowego i prawidłowego przekazywania dokumentacji uprawnionym.

Rozdział XX **Druki i formularze**

§117

1. W Szpitalu, w toku prowadzenia spraw związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, stosuje się druki i formularze przewidziane przepisami prawa i przewidziane obowiązującymi w Szpitalu procesami i procedurami.
2. Druki i formularze aktualizowane są przez komórki merytoryczną, właściwe dla przedmiotu danego rodzaju spraw.

Szczecin, dnia 27.02.2013

.....

Załącznik Nr 1
do Regulaminu Organizacyjnego Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego
Nr 1 im. prof. Tadeusza Sokołowskiego Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w
Szczecinie

STRUKTURA ORGANIZACYJNA

PION DYREKTORA:

- Zastępcy Dyrektora, Naczelną Pielęgniarką
- Pełnomocnik Dyrektora ds. Systemu Zarządzania Jakością
- Dział ds. Programów Lekowych i Innych Świadczeń Pozaryczajtowych⁴³,
- Audyt Wewnętrzny,
- Dział Kadrowo – Płacowy,
- Dział Organizacyjno – Prawny
- Rzecznik Szpitala
- Pełnomocnik ds. Ochrony Informacji Niejawnych
- Kancelaria Ogólna,
- Ochrona Przeciwpowodziowa,
- Inspektor ds. Obronnych.
- BHP,
- Kapelan,
- Biuro Dyrektora⁴⁴
- Inspektor Ochrony Danych,
- Inspektor Ochrony Radiologicznej⁴⁵

PION FINANSOWO – KSIĘGOWY (Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomiczno - Finansowych):

- Dział Finansowo – Księgowy,
- Dział Analiz Ekonomicznych,
- Dział Rozliczeń i Marketingu,
- Dział Zaopatrzenia,

PION TECHNICZNY (Zastępcy Dyrektora ds. Eksploatacyjno – Technicznych):

- Dział Głównego Energetyka i Aparatury Medycznej,
- Dział Techniczny,

PION ADMINISTRACYJNY (Zastępcy Dyrektora ds. Administracyjnych):

- Dział Administracyjno – Gospodarczy,
- Dział Informatyki,
- Dział Zamówień Publicznych.

PION NACZELNEJ PIELEŃNIARKI (Naczelną Pielęgniarką):

⁴³ Zarządzenie Nr 1/2019, zmiana nazwy z :Pełnomocnik ds. Polityki Lekowej

⁴⁴ Dodano – Zarządzenie Nr 7/2018

⁴⁵ Zarządzenie Nr 1/2019, dodano Dział Programów, IOD, IOR, usunięto Pełnomocnika ds. Polityki Lekowej

- Personel pielęgniarstwa, położne, salowe, ratownicy medyczni, sanitariusze, opiekunowie medyczni;
- Sterylizacja.
- Sekcja Żywienia,

PION LECZNICTWA (Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa):

- zakłady lecznicze⁴⁶, zgodnie z dalszym opisem,
- Sekcja Statystyki,
- Sekcja ds. Epidemiologii⁴⁷,

Zakłady Lecznicze⁴⁸:

Zakład leczniczy⁴⁹: **SZPITAL SPSK Nr 1 PUM w SZCZECINIE:**

- 1) Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii
- 2) Klinika Chirurgii Ogólnej i Chirurgii Ręki
- 3) Klinika Chirurgii Dziecięcej, Onkologicznej, Urologii i Chirurgii Ręki⁵⁰,
- 4) Klinika Pediatrii, Hemato - Onkologii i Gastroenterologii Dziecięcej⁵¹
- 5) Klinika Pediatrii, Endokrynologii, Diabetologii, Chorób Metabolicznych i Kardiologii Wieków Rozwojowych
- 6) Klinika Gastroenterologii,
- 7) Klinika Hematologii z Oddziałem Transplantacji Szpiku⁵²
- 8) Klinika Neurologii z Pododdziałem Udarowym, a w ramach tej:
 - a) Pododdział Udarowy Kliniki Neurologii
- 9) Klinika Neurochirurgii i Neurochirurgii Dziecięcej
- 10) Klinika Otolaryngologii Dorosłych i Dzieci i Onkologii Laryngologicznej⁵³
- 11) Klinika Reumatologii, Chorób Wewnętrznych i Geriatrii⁵⁴
- 12) Klinika Ortopedii, Traumatologii i Onkologii Narządu Ruchu,
- 13) Klinika Ortopedii i Traumatologii Dziecięcej
- 14) Klinika Endokrynologii, Chorób Metabolicznych i Chorób Wewnętrznych
- 15) Klinika Hipertensjologii i Chorób Wewnętrznych
- 16) Klinika Chirurgii Ogólnej, Małoinwazyjnej i Gastroenterologicznej⁵⁵,
- 17) Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii dla Dzieci,
- 18) Centrum Leczenia Urazów Wielonarządowych⁵⁶

⁴⁶ Zarządzenie 12/2018, zmieniono przedsiębiorstwa na: zakłady lecznicze

⁴⁷ Zarządzenie 7/2018 – zmiana nazw z Pielęgniarka Epidemiologiczna na: Sekcja ds. Epidemiologii

⁴⁸ Zarządzenie 12/2018, zmieniono przedsiębiorstwa na: zakłady lecznicze

⁴⁹ Zarządzenie 12/2018, zmieniono przedsiębiorstwa na: zakłady lecznicze

⁵⁰ Zarządzenie Nr 1 /2019, zmiana nazwy z Klinika Chirurgii Dziecięcej i Onkologicznej

⁵¹ Zarządzenia Nr 19/2017 – zmieniono nazwę z Klinika Pediatrii, Hematologii i Onkologii dziecięcej na: Klinika Pediatrii, Hemato – Onkologii i Gastroenterologii Dziecięcej,

⁵² Zarządzenia Nr 8/2017 – zmieniono nazwę z Klinika Hematologii na: Klinika Hematologii z Oddziałem Transplantacji Szpiku

⁵³ Zarządzenie Nr 8/2017 – zmieniono nazwę z Klinika Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej na: Klinika Otolaryngologii Dorosłych i Dzieci i Onkologii Laryngologicznej

⁵⁴ Zarządzenie Nr 15/2016 Dyrektora SPSK Nr 1 – zmieniono nazwę z: Klinika Reumatologii i Chorób Wewnętrznych, na: Klinika Reumatologii, Chorób Wewnętrznych i Geriatrii

⁵⁵ Zmiana nazwy z Klinika Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej na: Klinika Chirurgii Ogólnej, Małoinwazyjnej i Gastroenterologicznej – Zarządzenie 38/2017

⁵⁶ Zarządzenie Nr 8/2013 Dyrektora SPSK Nr 1 – zmieniono nazwę z: „Centrum Leczenia Urazów Wielonarządowych z Pododdziałem Anestezjologii i Intensywnej Terapii Dziecięcej” na: „Centrum Leczenia Urazów Wielonarządowych”

- 19) Szpitalny Oddział Ratunkowy
- 20) Centralny Blok Operacyjny
- 21) Bank Krwi
- 22) Izby Przyjęć
- 23) Apteka
- 24) Klinika Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej z Pododdziałem Chirurgii Naczyniowej, a w ramach tej:⁵⁷
 - a) Pododdział Chirurgii Naczyniowej⁵⁸
- 25) Oddział Kliniczny Onkologii, Chemioterapii i Immunoterapii Nowotworów⁵⁹
- 26) Klinika Chirurgii Szcękowo – Twarzowej
- 27) Klinika Pediatrii i Onkologii Dziecięcej⁶⁰
- 28) Klinika Ginekologii, Endokrynologii i Onkologii Ginekologicznej⁶¹
- 29) Bank Komórek Krwiotwórczych⁶²

Zakład leczniczy⁶³: **AMBULATORIUM i DIAGNOSTYKA SPSK Nr 1 PUM w SZCZECINIE:**

- 1) Centrum Diagnostyki Schorzeń Przewodu Pokarmowego Kliniki Gastroenterologii,
- 2) Zakład Medycyny Nuklearnej,
- 3) Zakład Patomorfologii;
- 4) Zakład Diagnostyki Obrazowej i Radiologii Interwencyjnej, w ramach którego działa:
 - a) Pracownia Radiologii,
 - b) Pracownia Radiologii Naczyniowej,
 - c) Pracownia Rezonansu Magnetycznego Zakładu Diagnostyki Obrazowej i Radiologii Interwencyjnej,
 - d) Pracownia Tomografii Komputerowej Zakładu Diagnostyki Obrazowej i Radiologii Interwencyjnej
 - e) Pracownia USG Zakładu Diagnostyki Obrazowej i Radiologii Interwencyjnej
 - f) Pracownia mammograficzna⁶⁴
- 5) Przykliniczna Specjalistyczna Przychodnia dla Dorosłych, a w niej:
 - a) Poradnia Chirurgii Ogólnej,
 - b) Poradnia Chirurgii Ręki,
 - c) Poradnia Chorób Wątroby i Trzustki,
 - d) Poradnia Neurochirurgiczna,
 - e) Poradnia Hematologiczna,
 - f) Poradnia Reumatologiczna,
 - g) Poradnia Gastroenterologiczna,
 - h) Poradnia Hepatologiczna,
 - i) Poradnia Otolaryngologiczna,
 - j) Poradnia Foniatryczna,
 - k) Poradnia Patologii Ciąży i Porodu,
 - l) w ramach Poradni Neurologicznej:⁶⁵
 - Poradnia Stwardnienia Rozsianego,
 - Poradnia Chorób Nerwowo – Mięśniowych,
 - Poradnia Padaczkowa

⁵⁷ Dodano – Zarządzenie Nr 22/2015

⁵⁸ Zarządzenie Nr 1/2019, dodano w ramach Kliniki Pododdział Chirurgii Naczyniowej

⁵⁹ Dodano – Zarządzenie Nr 15/2016

⁶⁰ Dodano – Zarządzenia Nr 19/2017

⁶¹ Dodano – Zarządzenia Nr 19/2017

⁶² Zarządzenie 12/2018, dodano: Bank Komórek Krwiotwórczych, wyłączono BKK ze struktury Kliniki Hematologii

⁶³ Zarządzenie 12/2018, zmieniono przedsiębiorstwa na: zakłady lecznicze

⁶⁴ Zarządzenie 12/2-18 – dodano: Pracownia mammograficzna

⁶⁵ Zarządzenie 8/2017 wykreślono: Poradnię Neurologii Ogólnej i Poradnię Chorób Zwyródnieniowych Układu Nerwowego

- m) Poradnia Schorzeń Pozapiramidowych i Zaburzeń Pamięci,
 - n) Poradnia Chorób Naczyniowych Mózgu,
 - o) Poradnia Audiologiczna,
 - p) Poradnia Ginekologiczna,
 - q) Poradnia Medycyny Nuklearnej,
 - r) Poradnia Ortopedyczno – Urazowa,
 - s) Poradnia Logopedyczna,
 - t) Poradnia Endokrynologiczna,
 - u) Poradnia, Ginekologii, Endokrynologii Ginekologicznej i Leczenia Niepłodności⁶⁶
 - v) Poradnia Leczenia Otyłości,
 - w) Poradnia Metaboliczna,
 - x) Poradnia Nadciśnienia Tętniczego
 - y) Poradnia Leczenia Bólu,
 - z) Poradnia Chirurgii Onkologicznej⁶⁷,
 - za) Poradnia Onkologiczna⁶⁸,
 - zb) Onkologiczna Poradnia Genetyczna⁶⁹
 - zc) Poradnia Żywieniowa⁷⁰
 - zd) Poradnia Transplantologiczna⁷¹
 - ze) Poradnia Geriatryczna⁷²
 - zf) Poradnia Anestezjologiczna⁷³
 - zg) Poradnia Endokrynologii Ginekologicznej⁷⁴
- 6) Przykliniczna Specjalistyczna Przychodnia dla Dzieci i Młodzieży, a w niej:
- b) Poradnia Chirurgiczna,
 - c) Poradnia Onkologiczna,
 - d) Poradnia Neurochirurgiczna,
 - e) Poradnia Neurologiczna,
 - f) Poradnia Kardiologiczna,
 - g) Poradnia Urologiczna,
 - h) Poradnia Nefrologiczna,
 - i) Poradnia Zaburzeń Rozwoju,
 - j) Poradnia Andrologiczna,
 - k) Poradnia Endokrynologii i Zaburzeń Odżywiania u Dzieci⁷⁵,
 - l) Poradnia Diabetologiczna,
 - m) Poradnia Chorób Metabolicznych,
 - n) Poradnia Gastroenterologiczna,
 - o) Poradnia Onkologii i Hematologii,
 - p) Poradnia Schorzeń Tarczycy,
 - q) Poradnia Wad Rozwojowych Twarzy,
 - r) Poradnia Patologii Noworodków i Wcześnieńców,
 - s) Poradnia dla Dzieci Otyłych,
 - t) Poradnia Ortopedii Dziecięcej,
 - u) Poradnia Preluksacyjna,
 - v) Poradnia Wad Postawy

⁶⁶ Zmiana nazwy, Zarządzenie 6/2018 (była: Poradnia Endokrynologii Ginekologicznej)

⁶⁷ Dodano – Zarządzenie Nr 22/2015

⁶⁸ Dodano – Zarządzenie Nr 22/2015

⁶⁹ Dodano Zarządzenie Nr 8/2017

⁷⁰ Dodano – Zarządzenie 38/2017

⁷¹ Dodano – Zarządzenie 38/2017

⁷² Zarządzenie 12/2018 – dodano: Poradnia Geriatryczna

⁷³ Zarządzenie 12/2018 – dodano: Poradnia Anestezjologiczna

⁷⁴ Dodano – Zarządzenie Nr 1/2019

⁷⁵ Zarządzenie 12/2018, zmiana nazwy z Poradnia Endokrynologiczna na Poradnia Endokrynologii i Zaburzeń Odżywiania u Dzieci

- w) Poradnia Ginekologii Dziecięcej i Dziewczęcej,
- 7) Laboratorium Mikrobiologiczne,
- 8) Punkt Ambulatoryjnej Chemioterapii dla Dorosłych i Dzieci
- 9) Zakład Diagnostyki Molekularnej Nowotworów⁷⁶
- 10) Medyczne Laboratorium Diagnostyczne⁷⁷

Zakład leczniczy⁷⁸: **SZPITAL PSYCHIATRYCZNY SPSK Nr 1 PUM w SZCZECINIE:**

- 1) Klinika Psychiatrii z Oddziałem Dziennym Psychiatrycznym,
- 2) Psychiatryczna Izba Przyjęć.

Zakład leczniczy⁷⁹: **AMBULATORIUM i DIAGNOSTYKA SZPITALA PSYCHIATRYCZNEGO SPSK Nr 1 PUM w SZCZECINIE:**

- 1) Oddział Dzienny Psychiatryczny Kliniki Psychiatrii,
- 2) Oddział Dzienny Leczenia Zaburzeń Nerwicowych Kliniki Psychiatrii,
- 3) Oddział Dzienny Psychiatryczny – Rehabilitacyjny Kliniki Psychiatrii,
- 4) Zespół Leczenia Środowiskowego Kliniki Psychiatrii,
- 5) Poradnia Psychiatryczna.

Zakład leczniczy⁸⁰: **SZPITAL SPSK Nr 1 PUM w POLICACH:**

- 1) Klinika Diabetologii i Chorób Wewnętrznych,
- 2) *wykreślony,*
- 3) Klinika Neonatologii,
- 4) *wykreślony*⁸¹,
- 5) *wykreślony,*
- 6) Klinika Chirurgii Plastycznej, Endokrynologicznej i Ogólnej,
- 7) Oddział Kliniczny Anestezjologii i Intensywnej Terapii Dorosłych i Dzieci,
- 8) Blok Operacyjny,
- 9) Izba Przyjęć Ogólna
- 10) Klinika Chorób Skórnych i Wenerycznych
- 11) Klinika Perinatologii, Położnictwa i Ginekologii

Zakład leczniczy⁸²: **AMBULATORIUM i DIAGNOSTYKA SPSK Nr 1 PUM w POLICACH:**

- 1. Zakład Diagnostyki Radiologicznej, w ramach którego działa: Pracownia Tomografii Komputerowej⁸³
- 2. Poradnia Chirurgiczna
- 3. Poradnia Chorób Tarczycy
- 4. Poradnia Psychiatryczna
- 5. Poradnia Patologii Ciąży i Diagnostyki Prenatalnej⁸⁴
- 6. Poradnia Diabetologiczna dla Kobiet Ciężarnych
- 7. Poradnia Diabetologiczna
- 8. Poradnia Okulistyczna z Pracownią Laserową,
- 9. Poradnia Chorób Skórnych i Wenerycznych.
- 10. Poradnia Ginekologii i Leczenia Niepłodności⁸⁵

⁷⁶ Dodano – Zarządzenie Nr 15/2016

⁷⁷ Dodane – Zarządzenie 8/2017

⁷⁸ Zarządzenie 12/2018, zmieniono przedsiębiorstwa na: zakłady lecznicze

⁷⁹ Zarządzenie 12/2018, zmieniono przedsiębiorstwa na: zakłady lecznicze

⁸⁰ Zarządzenie 12/2018, zmieniono przedsiębiorstwa na: zakłady lecznicze

⁸¹ Zarządzenie 19/2017, wykreślono: Klinikę Ginekologii i Uroginekologii – przeniesiono do zakładu na Unii Lubelskiej pod nazwą: Klinika Ginekologii, Endokrynologii i Onkologii Ginekologicznej

⁸² Zarządzenie 12/2018, zmieniono przedsiębiorstwa na: zakłady lecznicze

⁸³ W zakresie powołania Pracowni Tomografii Komputerowej – uchwała 13/2017 Rady Społecznej

⁸⁴ Zarządzenie Nr 1/2019, zmiana nazwy z Poradnia Ginekologiczno – Położnicza

Załącznik Nr 2
do Regulaminu Organizacyjnego Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego
Nr 1 im. prof. Tadeusza Sokołowskiego Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w
Szczecinie

ZAKRES ZADAŃ
JEDNOSTEK i KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH
oraz SAMODZIELNYCH STANOWISK PRACY

PION DYREKTORA:

Pełnomocnik Dyrektora ds. Systemu Zarządzania Jakością:

- 1) inicjowanie i koordynowanie przedsięwzięć zmierzających do podnoszenia jakości,
- 2) formułowanie wniosków dotyczących promocji jakości, na podstawie przeprowadzonych badań i ocen,
- 3) przedstawianie sformułowanych wniosków Dyrektorowi,
- 4) określanie priorytetów przy rozwiązywaniu problemów opieki nad pacjentem,
- 5) podejmowanie działań w przypadku ocen negatywnych otrzymanych od ankietowanych pacjentów oraz w przypadku składanych skarg,
- 6) analizowanie informacji o stanie technicznym wszystkich obiektów i urządzeń Szpitala oraz warunków higienicznych, a następnie inicjowanie podejmowania niezbędnych działań,
- 7) sporządzanie sprawozdań rocznych w zakresie zarządzania jakością w Szpitalu.

Audyt Wewnętrzny:

1. niezależna i obiektywna ocena kontroli zarządczej w zakresie zapewnienia:
 - a) zgodności działania z przepisami prawa oraz procedurami wewnętrznymi,
 - b) skuteczności i efektywności działania,
 - c) wiarygodności sprawozdań,
 - d) ochrony zasobów,
 - e) przestrzegania i promowania zasad etycznego postępowania,
 - f) efektywności i skuteczności przepływu informacji,
 - g) zarządzania ryzykiem,
2. systematyczna ocena adekwatności, skuteczności i efektywności kontroli zarządczej celem wspierania Dyrektora w realizacji celów i zadań,
3. identyfikacja i analiza ryzyka związanego z działalnością Szpitala,
4. prowadzenie czynności doradczych, w tym składanie wniosków mających na celu usprawnienie funkcjonowania jednostki,
5. sporządzanie planów, dokumentowanie przebiegu i wyników audytów, sprawozdań rocznych i informacji do Ministra Finansów w zakresie prowadzonego audytu.

Dział Kadrowo - Płacowy:

W zakresie dotyczącym spraw pracowniczych:

1. opiniowanie pod względem formalno-prawnym (osobiście lub w porozumieniu z podmiotem pełniącym obsługę prawną) problemów związanych z zatrudnieniem pracowników, niezależnie od podstawy świadczenia pracy lub usług zdrowotnych,

2. opracowywanie corocznych planów zatrudnienia w podziale na jednostki organizacyjne i grupy zawodowe, zapewnienie realizacji tego planu przy współpracy z kierownikami komórek organizacyjnych,
3. sporządzanie sprawozdań dotyczących zatrudnienia dla potrzeb Szpitala i jednostek zewnętrznych,
4. rozwiązywanie bieżących problemów pracowniczych w praktyce, zgodnie z przepisami prawa pracy,
5. opracowanie wewnętrznych dokumentów kadrowych
6. organizowanie i przeprowadzanie konkursów na udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz innych wymaganych konkursów na stanowiska w Szpitalu,
7. prowadzenie korespondencji z jednostkami kierującymi w zakresie staży podyplomowych lekarzy i staży specjalizacyjnych w ramach rezydentur,
8. obsługa programu komputerowego kadrowo – płacowego, wprowadzanie do niego danych i ich aktualizacja,
9. sprawowanie nadzoru nad:
 - stosowaniem przepisów prawa pracy i ubezpieczeń społecznych,
 - przestrzeganiem Regulaminu Wynagradzania,
 - opracowaniem materiałów statystycznych i innych informacji dotyczących spraw pracowniczych,
 - wydatkowaniem środków zakładowego funduszu świadczeń socjalnych,
 - właściwym zabezpieczeniem dokumentów kadrowych.
10. współpraca z innymi komórkami organizacyjnymi w zakresie:
 - poprawy warunków bhp,
 - regulaminów: pracy, wynagradzania, premiowania, świadczeń socjalnych i innych wewnętrznych aktów regulujących sprawy pracownicze,
 - stosowania programu informatycznego i wdrażania nowych rozwiązań informatycznych.
11. W dziale działa Inspektor ds. Pracowniczych, podlegający Kierownikowi Działu i zajmujący się prowadzeniem spraw osobowych oraz zatrudnienia. W szczególności do zadań Inspektora ds. pracowniczych należy:
 - przygotowywanie materiałów związanych z zawieraniem i rozwiązywaniem umów o pracę, uposażeniami, zmianą stanowisk pracy, przedłużaniem umów o pracę,
 - przygotowywanie lub merytoryczna kontrola dokumentów stanowiących podstawę wypłat należności z tytułu umowy o pracę lub innej podstawy świadczenia usług???,
 - obsługa programu komputerowego kadrowo-płacowego w zakresie kadr, bieżące wprowadzanie danych kadrowych do systemu,
 - nadzór nad rozliczaniem i ewidencją czasu pracy,
 - prowadzenie ewidencji pracowników, akt osobowych, urlopów oraz spraw związanych z czasową niezdolnością do pracy,
 - bieżąca, kompleksowa obsługa pracowników i interesantów,
 - prowadzenie staży i specjalizacji pracowników,
 - współudział w opracowywaniu planu zatrudnienia oraz kontrola jego realizacji,
 - bieżące ustalanie indywidualnych uprawnień do dodatku stażowego, nagród jubileuszowych, odpraw emerytalno-rentowych oraz innych świadczeń pracowniczych wynikających ze stosunku pracy
 - zgłaszania pracowników i uprawnionych członków ich rodzin do ubezpieczenia społecznego w ZUS i wyrejestrowanie ich, zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz bieżące zgłoszenia wszelkich zmian i korekt związanych z ubezpieczeniem,

- prowadzenie ewidencji pracowników zatrudnionych w szczególnych warunkach lub w szczególnym charakterze oraz zgłaszanie ich do ZUS, zgodnie z obowiązującymi przepisami,
 - wprowadzanie informacji dotyczących pracowników zatrudnionych na stanowiskach medycznych do systemu zarządzania obiegiem informacji Narodowego Funduszu Zdrowia,
 - opracowywanie informacji statystycznych w zakresie wielkości i struktury zatrudnienia oraz globalnego funduszu płac,
 - dokonywanie podziału funduszu premiowego wg ustalonych kryteriów,
 - kontrola przestrzegania porządku i dyscypliny pracy,
 - prowadzenie podręcznego archiwum dokumentacji osobowej,
 - wystawianie archiwalnych świadectw pracy pracowników zwolnionych,
 - wystawianie wniosków o przedłużanie zasiłków chorobowych.
12. W dziale działa Inspektor ds. Socjalnych, podlegający Kierownikowi Działu. W szczególności do zadań Inspektora ds. Socjalnych należy:
- gospodarowanie zakładowym funduszem świadczeń socjalnych zgodnie z zakładowym regulaminem przyznawania świadczeń z tego funduszu,
 - organizowanie pomocy socjalnej dla pracowników i ich rodzin (wczasy pod „gruszą”, dofinansowania do kolonii, obozów, sanatoriów),
 - prowadzenie spraw emerytalno-rentowych pracowników, a w szczególności udzielanie pracownikom pomocy w przygotowywaniu wniosków do ZUS,
 - bieżące załatwianie formalności związanych z przyjmowaniem pracowników zatrudnionych na zasadzie umowy zlecenia, o dzieło i innego rodzaju umów cywilno-prawnych”,
 - bieżące wprowadzanie danych w zakresie umów cywilno-prawnych do programu kadrowego,
 - zgłaszanie pracowników do ubezpieczeń społecznych oraz dokonywanie wszelkich zmian związanych z ubezpieczeniem w programie „Płatnika”,
 - współpraca przy aktualizacji Zakładowego Regulaminu Świadczeń Socjalnych,
13. W dziale działa Inspektor ds. Szkoleń, podlegający Kierownikowi Działu. W szczególności do zadań Inspektora ds. Szkoleń należy:
- rozpowszechnianie instrukcji dotyczących „adaptacji pracowników” oraz formularzy dotyczących szkoleń i przeszkalanie osób odpowiedzialnych za wypełnianie tych dokumentacji,
 - zbieranie, segregowanie i archiwizowanie podań o urlopy szkoleniowe, ankiet oceniających jakość odbytych szkoleń oraz formularzy „zapotrzebowania na szkolenia” i „plan szkoleń”,
 - redagowanie umów dotyczących szkoleń i ich rejestracja,
 - wprowadzanie do systemu komputerowego kwalifikacji pracowników oraz innych informacji dotyczących szkoleń,
 - prowadzenie statystyki odbytych szkoleń i uczestnictwa w szkoleniach,
 - koordynowanie szkoleń organizowanych dla pracowników Szpitala i pracowników innych podmiotów.

W zakresie dotyczącym płac:

- 1) prowadzenie całokształtu prac i czynności związanych z terminowym naliczaniem, potrącaniem i ewidencjonowaniem wynagrodzeń, z tytułu umów o pracę, zleceń, umów o dzieło i innego rodzaju umów cywilno-prawnych, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami,
- 2) Prowadzenie miesięcznych zestawień rachunków za usługi medyczne.

- 3) obsługa programu komputerowego „kadrowo-płacowego” w zakresie płac, bieżące wprowadzenie danych płacowych do systemu,
- 4) sporządzanie list płac, stanowiących podstawę wypłaty pracownikom wynagrodzenia za pracę i zasiłków z ubezpieczenia społecznego,
- 5) wyliczanie wysokości wynagrodzeń, nagród jubileuszowych, odpraw emerytalnych, rentowych, ekwiwalentu za niewykorzystany urlop wypoczynkowy oraz innych świadczeń pracowniczych wynikających ze stosunku pracy,
- 6) obliczanie zmiennych składników wynagrodzenia - należności za dyżury, dopłaty za pracę w porze nocnej, w niedzielę, święta, dopłaty za urlop wypoczynkowy, staż specjalistyczny,
- 7) prowadzenie dokumentacji związanej z wypłatą należności za pracę na podstawie umowy zlecenia lub umowy o dzieło,
- 8) przygotowanie do wypłaty innych dokumentów stanowiących podstawę wypłaty należności za pracę na rzecz Szpitala,
- 9) prowadzenie indywidualnych kartotek wynagrodzeń i rejestracja w nich wszystkich składników wynagrodzeń, składek i potrąceń,
- 10) prowadzenie rejestrów potrąceń dokonywanych z wynagrodzenia za pracę i uzgadnianie ich ze zbiorówkami list płacy,
- 11) sporządzanie zbiorowych zestawień list płatniczych,
- 12) ustalanie prawa i wyliczanie podstawy wymiaru zasiłków chorobowych, opiekuńczych, macierzyńskich, świadczeń rehabilitacyjnych,
- 13) prowadzenie dokumentacji i rejestrów zasiłków rodzinnych, pielęgnacyjnych, wychowawczych - ustalenie prawa do tych świadczeń,
- 14) prowadzenie kart zasiłkowych i ewidencja zasiłków chorobowych, opiekuńczych, macierzyńskich, wychowawczych,
- 15) sporządzanie zestawień wypłaconych zasiłków, w rozbiciu na ich rodzaje, w celu rozliczenia świadczeń ZUS oraz sporządzanie deklaracji,
- 16) ustalanie podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne oraz obliczanie wysokości tych składek,
- 17) przygotowywanie wydruków RMUA o przekazanych składkach i wypłaconych świadczeniach dla pracowników,
- 18) ustalanie podstawy wymiaru świadczeń emerytalno - rentowych na druku Rp-7,
- 19) ustalanie wymiaru zaliczki na podatek dochodowy i prowadzenie dokumentacji z tym związanej:
 - kompletowanie oświadczeń pracowników,
 - sporządzanie rocznych rozliczeń i informacji o uzyskanych dochodach,
- 20) generowanie przelewów należności na konta indywidualne pracowników oraz na odpowiednie rachunki różnych instytucji z tytułu należności związanych z funduszem wynagrodzeń,
- 21) prowadzenie korespondencji w zakresie zagadnień płacowych i ubezpieczeniowych,
- 22) udzielanie informacji i wyjaśnień w zakresie obliczanych należności oraz wystawianie na ich żądanie stosownych zaświadczeń o wynagrodzeniu.

Dział Kadrowo – Płacowy przyjmuje i przeprowadza kontrolę formalno-rachunkową rachunków/faktur pracowników udzielających świadczeń zdrowotnych na podstawie umów cywilnoprawnych, zgodności z umową i terminem płatności

Dział Organizacyjno – Prawny:

1. Opracowywanie i korygowanie wszelkich umów zawieranych przez Szpital, a w szczególności:
 - umów z kontrahentami,
 - umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych,

2. Przygotowywanie zmian i aktualizacji dokumentów rejestrowych Szpitala, a w szczególności:
 - wpisu do rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji i publicznych zakładów opieki zdrowotnej (KRS),
 - wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
 - wpisu do innych, wymaganych przepisami prawa organów ewidencyjnych,
3. Przygotowywanie (we współpracy z innymi komórkami organizacyjnymi) zmian i aktualizacji dokumentów i regulaminów wewnętrznych Szpitala, w szczególności:
 - statutu,
 - regulaminu organizacyjnego,
 - regulamin pracy,
 - regulaminu wynagradzania
 - regulaminu ZFŚS,
4. Przygotowywanie projektów wniosków i uchwał przedkładanych pod obrady Rady Społecznej,
5. Przygotowanie wniosków do organu założycielskiego o podjęcie uchwał dotyczących Statutu Szpitala oraz innych wymaganych uchwał.
6. Przygotowywanie (na podstawie otrzymanych materiałów źródłowych) projektów zarządzeń i decyzji Dyrektora.
7. Przygotowywanie na polecenie Dyrektora pism i odpowiedzi w bieżących sprawach.
8. Wydawanie opinii prawnych w sprawach wynikających z bieżącej działalności Szpitala.
9. Poszukiwanie zamieszczonych w Internecie informacji i publikacji związanych z zakresem działalności prowadzonej przez Szpital.
10. Informowanie jednostek organizacyjnych Szpitala o zmianach w prawie związanych z zakresem działalności danej jednostki,
11. Współpraca z innymi komórkami organizacyjnymi oraz korespondencja z kontrahentami w zakresie wykonywania bieżących czynności,
12. Koordynowanie prac podmiotów pełniących obsługę prawną.

Rzecznik Szpitala:

- 1) reprezentowanie szpitala wobec mediów,
- 2) koordynowanie działań wydawniczych,

Pełnomocnik ds. Ochrony Informacji Niejawnych:

- 1) określanie stanowisk lub rodzajów prac zleconych, z którymi może łączyć się dostęp do informacji niejawnych (odrębnie dla każdej klauzuli tajności) oraz przygotowywanie w tej sprawie projektów stosownych zarządzeń wewnętrznych,
- 2) przeprowadzanie, na pisemne polecenie Dyrektora, zwykłych postępowań sprawdzających dla stanowisk, z którymi może łączyć się dostęp do informacji niejawnych,
- 3) wydawanie poświadczeń bezpieczeństwa (gdy zwykłe postępowanie sprawdzające zakończone jest wynikiem pozytywnym) i przekazywanie ich osobie sprawdzanej oraz zawiadomienie o tym Działu Kadrowo - Płacowego (przedłożenie kserokopii) i właściwego Dyrektora Pionu,
- 4) opracowywanie planu ochrony Szpitala i nadzorowanie jego realizacji,
- 5) opracowanie instrukcji obiegu dokumentów niejawnych oraz nadzór nad prawidłowym obiegiem tych dokumentów,
- 6) opracowywanie planu postępowania z materiałami zawierającymi informacje niejawne stanowiące tajemnicę państwową w razie wprowadzenia stanu nadzwyczajnego,
- 7) podejmowanie działań zmierzających do wyjaśnienia okoliczności naruszenia przepisów o ochronie informacji niejawnych, zawiadamianie o tym Dyrektora Szpitala, a w przypadku

- naruszenia przepisów o ochronie informacji niejawnych, oznaczonych klauzulą „poufne” lub wyższą, również właściwej służby ochrony państwa,
- 8) opracowywanie szczegółowych wymagań w zakresie ochrony informacji niejawnych oznaczonych klauzulą „zastrzeżone” w komórkach organizacyjnych Szpitala oraz nadzór nad ich przestrzeganiem,
 - 9) ustalanie zasad organizacji i funkcjonowania kancelarii tajnej,
 - 10) sprawowanie bezpośredniego nadzoru nad organizacją i funkcjonowaniem kancelarii tajnej, zgodnie z ustawą i rozporządzeniami wykonawczymi,
 - 11) prowadzenie wykazu stanowisk i prac zleconych oraz osób dopuszczonych do pracy lub służby na stanowiskach, z którymi wiąże się dostęp do informacji niejawnych,
 - 12) współdziałanie z właściwymi jednostkami i komórkami organizacyjnymi służb ochrony państwa oraz informowanie Dyrektora o przebiegu tej współpracy,
 - 13) kontrola bieżąca zgodności funkcjonowania sieci i systemu informatycznego ze szczególnymi wymaganiami bezpieczeństwa, o których mowa w przepisach o ochronie informacji niejawnych,
 - 14) współdziałanie ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi szpitala w zakresie organizacji zabezpieczenia informacji niejawnych, a w szczególności z:
 - Kierownikiem Działu Technicznego w zakresie nadzoru nad ochroną obiektów Szpitala,
 - Działem Informatyki w zakresie ochrony sieci i systemów teleinformatycznych,
 - 15) prowadzenie rzetelnej dokumentacji oraz przechowywanie jej zgodnie zobowiązującymi przepisami,
 - 16) przedstawianie Dyrektorowi rocznych sprawozdań wraz z wnioskami i propozycjami zmian w zakresie ochrony informacji niejawnych,
 - 17) opracowywanie rocznych planów szkolenia osób dopuszczonych do informacji niejawnych,
 - 18) prowadzenie szkoleń pracowników w zakresie ochrony informacji niejawnych:
 - przed dopuszczeniem do pracy na stanowisku lub zleceniem pracy, z którymi może łączyć się dostęp do informacji niejawnych,
 - bieżące systematyczne szkolenie pracowników, których praca łączy się z dostępem do informacji niejawnych, w szczególności w razie wprowadzenia zmian w przepisach prawnych oraz zarządzeniach wewnętrznych, w zakresie klasyfikowania informacji niejawnych oraz stosowania właściwych klauzul tajności, a także procedur ich zmiany i znoszenia,
 - według rocznego planu szkoleń.

Biuro Dyrektora:⁸⁶

prowadzenie biura Dyrektora i Zastępców Dyrektora, a w tym między innymi:

- sprawowanie obsługi sekretarskiej i biurowej Dyrektora Szpitala oraz Zastępców Dyrektora,
- planowanie czasu pracy oraz prowadzenie kalendarza spotkań i zajęć Dyrektora oraz Zastępców Dyrektora,
- obsługa interesantów i gości;
- prowadzenie rejestru przymusu bezpośredniego oraz
- inna działalność związana z funkcjonowaniem Biura Dyrektora

Jednostkami bezpośrednio podległymi pod Biuro Dyrektora są: Sekretariat działający w zakładzie w Policach oraz Kancelaria Ogólna

Kancelaria Ogólna:

⁸⁶ Zarządzenie Nr 7/2018, dodano Biuro Dyrektora z opisem zadań

1. przyjmowanie korespondencji wpływającej do Szpitala,
2. przyjmowanie ofert składanych w związku z prowadzonymi postępowaniami o udzielenie zamówienia publicznego i w związku z innymi postępowaniami prowadzonymi przez Szpital,
3. dystrybucja korespondencji zewnętrznej i wewnętrznej do właściwych jednostek,
4. wysyłanie korespondencji na zewnątrz,
5. prowadzenie zeszytów i ksiąg korespondencyjnych,
6. obsługa kancelaryjna Dyrekcji Szpitala,

BHP:

1. Doradztwo kontrola i działania wykonawcze w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy.
2. organizowanie przedsięwzięć mających na celu zapobieganie zagrożeniom życia i zdrowia pracowników oraz poprawę warunków bezpieczeństwa i higieny pracy we wszystkich komórkach organizacyjnych, jak również wydawanie zaleceń i kontrolowanie ich wykonywania w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy.
3. Realizacja zadań wynikających z rozporządzenia Rady Ministrów z 2.09.1997 r. w sprawie służby bezpieczeństwa i higieny pracy (Dz.U. Nr 109 poz. 704) a w szczególności:
 - a. przeprowadzanie kontroli warunków pracy oraz przestrzegania przepisów i zasad bezpieczeństwa i higieny pracy,
 - b. bieżące informowanie Dyrektora o stwierdzonych zagrożeniach zawodowych, wraz z wnioskami zmierzającymi do usuwania tych zagrożeń,
 - c. sporządzanie i przedstawianie Dyrektorowi, co najmniej raz w roku, okresowych analiz stanu bezpieczeństwa i higieny pracy zawierających propozycje przedsięwzięć technicznych i organizacyjnych mających na celu zapobieganie zagrożeniom życia i zdrowia pracowników oraz poprawę warunków pracy,
 - d. udział w opracowaniu planów modernizacji i rozwoju Szpitala oraz przedstawienie propozycji dotyczących uwzględnienia w tych planach rozwiązań techniczno-organizacyjnych zapewniających poprawę stanu bezpieczeństwa i higieny pracy,
 - e. udział w ocenie założeń i dokumentacji dotyczących modernizacji zakładu pracy albo jego części, a także nowych inwestycji, oraz zgłaszanie wniosków dotyczących uwzględnienia wymagań bezpieczeństwa i higieny pracy w tych założeniach i dokumentacji,
 - f. udział w przekazywaniu do użytkowania nowo budowanych lub przebudowywanych obiektów budowlanych albo ich części, w których przewiduje się pomieszczenia pracy, urządzeń produkcyjnych oraz innych urządzeń mających wpływ na warunki pracy i bezpieczeństwo pracowników,
 - g. zgłaszanie wniosków dotyczących wymagań bezpieczeństwa i higieny pracy w stosowanych oraz nowo wprowadzanych procesach produkcyjnych,
 - h. przedstawianie Dyrektorowi wniosków dotyczących zachowania wymagań ergonomii na stanowiskach pracy, i udział w opracowywaniu zarządzeń wewnętrznych, regulaminów i instrukcji ogólnych dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy oraz w ustalaniu zadań osób kierujących pracownikami w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy,
 - i. opiniowanie szczegółowych instrukcji dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy na poszczególnych stanowiskach pracy,
 - j. udział w ustalaniu okoliczności i przyczyn wypadków przy pracy oraz w opracowywaniu wniosków wynikających z badania przyczyn i okoliczności tych wypadków oraz zachorowań na choroby zawodowe, a także kontrola realizacji tych wniosków,

- k. prowadzenie rejestrów, kompletowanie i przechowywanie dokumentów dotyczących wypadków przy pracy, stwierdzonych chorób zawodowych i podejrzeń o takie choroby, a także przechowywanie wyników badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy,
- l. doradztwo w zakresie przepisów oraz zasad bezpieczeństwa i higieny pracy,
- n. udział w dokonywaniu oceny ryzyka zawodowego, które wiąże się z wykonywaną pracą,
- o. doradztwo w zakresie organizacji i metod pracy na stanowiskach pracy, na których występują czynniki niebezpieczne, szkodliwe dla zdrowia lub warunki uciążliwe, oraz doboru najwłaściwszych środków ochrony zbiorowej i indywidualnej,
- m. współpraca z właściwymi komórkami organizacyjnymi lub osobami, w szczególności w zakresie organizowania i zapewnienia odpowiedniego poziomu szkoleń w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy oraz zapewnienia właściwej adaptacji zawodowej nowo zatrudnionych pracowników,
- n. współpraca z laboratoriami upoważnionymi, zgodnie z odrębnymi przepisami, do dokonywania badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia lub warunków uciążliwych, występujących w środowisku pracy, w zakresie organizowania tych badań i pomiarów oraz sposobów ochrony pracowników przed tymi czynnikami lub warunkami,
- o. współpraca z laboratoriami i innymi jednostkami zajmującymi się pomiarami stanu środowiska naturalnego, działającymi w systemie państwowego monitoringu środowiska, określonego w odrębnych przepisach,
- p. współdziałanie z lekarzem sprawującym profilaktyczną opiekę zdrowotną nad pracownikami, a w szczególności przy organizowaniu okresowych badań lekarskich pracowników,
- q. współdziałanie ze społeczną inspekcją pracy oraz z zakładowymi organizacjami związkowymi przy:
 - podejmowaniu przez nie działań mających na celu przestrzeganie przepisów oraz zasad bezpieczeństwa i higieny pracy,
 - podejmowanych przez pracodawcę przedsięwzięciach mających na celu poprawę warunków pracy,
- r. uczestniczenie w pracach, jeżeli zostanie powołana przez Dyrektora, komisji bezpieczeństwa i higieny pracy oraz w innych zakładowych komisjach zajmujących się problematyką bezpieczeństwa i higieny pracy, w tym zapobieganiem chorobom zawodowym i wypadkom przy pracy,
- s. inicjowanie i rozwijanie na terenie zakładu pracy różnych form popularyzacji problematyki bezpieczeństwa i higieny pracy oraz ergonomii.

Ochrona Przeciwpożarowa:

1. realizacja zadań w zakresie zabezpieczenia przeciwpożarowego zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz z wytycznymi Komendy Głównej Straży Pożarnej (K.G.S.P),
2. prowadzenie kontroli stanu zabezpieczenia przeciwpożarowego w oparciu o wytyczne K.G.S.P.,
3. zgłoszenie kierownikowi jednostki organizacyjnej wniosków zmierzających do poprawy stanu ochrony przeciwpożarowej,
4. branie udziału w pracach komisji pożarowo – technicznej,
5. szkolenie w zakresie p.poż. i przygotowanie pracowników do czynnego udziału w zapobieganiu i zwalczaniu pożarów,
6. sprawowanie nadzoru nad rozmieszczeniem, sprawnością i konserwacją sprzętu oraz innych urządzeń przeciwpożarowych oraz oznakowaniem i utrzymaniem we właściwym

- stanie dróg ewakuacyjnych, pożarowych, środków łączności i alarmowania, punktów czerpania wody do celów gaśniczych, itd.,
7. prowadzenie działalności propagandowej w zakresie ochrony przeciwpożarowej,
 8. opracowywanie i aktualizowanie instrukcji alarmowania na wypadek powstania pożaru,
 9. współdziałanie z właściwymi komórkami organizacyjnymi w zakresie ustalania wymogów bezpieczeństwa pożarowego przy prowadzeniu prac remontowych, modernizacyjnych, adaptacyjnych i innych,
 10. zgłaszanie wniosków o wyłączenie z użytkowania urządzeń, instalacji lub aparatury grożącej pożarem,
 11. udział w komisjach oceny projektów inwestycyjnych w zakresie budowy, przebudowy, modernizacji, instalowania maszyn, urządzeń i aparatury oraz w komisjach odbioru po zakończeniu wymienionych prac,
 12. opracowanie i aktualizowanie regulaminu ochrony przeciwpożarowej oraz planów i instrukcji związanych z ochroną p.poż.,
 13. przekazywanie meldunków o zaistniałych pożarach, prowadzenie ewidencji i analizowanie przyczyn zaistniałych pożarów (zapłonów) i ich skutków, wspólnie ze służbami technicznymi,
 14. analizowanie stanu wyposażenia obiektów w podręczny sprzęt i urządzenia gaśnicze, instrukcje przeciwpożarowe, tablice informacyjne i ostrzegawcze,
 15. sprawowanie nadzoru nad prawidłową organizacją punktów ochrony przeciwpożarowej,
 16. okresowe przedkładanie informacji bezpośrednim przełożonym o stanie i warunkach zabezpieczenia przeciwpożarowego,
 17. uczestniczenie w szkoleniach doskonalących,
 18. współpraca z terenowymi komendami straży pożarnej.

Inspektor ds. Obronnych:

Do zadań Inspektora ds. obronnych należy:

W zakresie spraw obronnych:

1. nadzór nad opracowaniem i aktualizowanie kart realizacji zadań operacyjnych,
2. opracowanie, prowadzenie i aktualizowanie dokumentów dotyczących:
 - a) planu przygotowań Szpitala na potrzeby obronne państwa,
 - b) planu wydzielenia łóżek dla służb mundurowych w razie wystąpienia sytuacji kryzysowych, zaistnienia zagrożenia bezpieczeństwa państwa i w czasie wojny,
3. opracowanie i aktualizowanie dokumentacji stałego dyżuru,
4. analiza potrzeb i występowanie o nałożenie niezbędnych świadczeń osobistych i rzeczowych na rzecz obrony,
5. prowadzenie spraw związanych z reklamowaniem osób od pełnienia czynnej służby wojskowej w razie ogłoszenia mobilizacji i w czasie wojny, w tym:
 - a) prowadzenie na bieżąco analizy potrzeb osobowych pod kątem realizacji zadań na potrzeby obronne państwa,
 - b) sporządzanie zawiadomień o reklamowaniu z urzędu osób oraz sporządzanie wniosków o reklamowanie osób zatrudnionych w Szpitalu i przesyłanie ich wojskowemu komendantowi uzupełnień,
 - c) sporządzanie i dostarczanie zainteresowanym pisemnej informacji o reklamowaniu oraz wynikających stąd obowiązków,
 - d) sporządzanie zawiadomień o ustaniu przyczyn reklamowania dla wojskowego komendanta uzupełnień,
6. planowanie i organizowanie szkolenia obronnego w Szpitalu, w tym:
 - a) opracowanie rocznych planów szkolenia obronnego,
 - b) organizację i prowadzenie szkolenia obronnego,
 - c) opracowywanie i prowadzenie dokumentacji szkolenia obronnego.

W zakresie zarządzania kryzysowego:

- 1) opracowanie i aktualizowanie dokumentacji punktu alarmowego Szpitala w systemie ostrzegania i alarmowania,
- 2) opracowanie i aktualizowanie dokumentacji dotyczącej postępowania w sytuacjach awarii technicznych lub innych zewnętrznych i wewnętrznych zagrożeń,
- 3) współdziałanie w opracowaniu i aktualizacji dokumentacji dotyczącej postępowania w sytuacji przyjęcia poszkodowanych w zdarzeniach masowych do szpitala

Kapelan:

- 1) zapewnienie posługi religijnej pacjentom Szpitala, zgodnie z normami Prawa Kanonicznego,
- 2) opieka duszpasterska nad pacjentem, jego rodziną oraz personelem Szpitala, zgodnie z normami prawa kościelnego,
- 3) nadzór nad właściwym funkcjonowaniem Kaplicy Szpitalnej,
- 4) współpraca przy organizowaniu i przeprowadzeniu spotkań świątecznych i imprez okolicznościowych.

Dział ds. Programów Lekowych i Innych Świadczeń Pozaryczałtowych⁸⁷:

- Współdziałanie z innymi komórkami, w szczególności z Koordynatorami, lekarzami i sekretariatami Klinik i Zakładów realizujących świadczenia medyczne w zakresie Programów Lekowych i Pakietu Onkologicznego świadczeń onkologicznych pozaryczałtowych w przedmiocie prawidłowości wykonywanych zadań, w tym właściwej sprzedaży usług, efektywności i optymalizacji kosztów,
- Nadzór nad zapewnieniem przez komórki organizacyjne spełniania wymogów formalnych i organizacyjnych określonych przepisami prawa i warunkami realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w ww. zakresach świadczeń,
- Nadzór nad prowadzeniem i obiegiem dokumentacji medycznej związanej z nadzorowanymi zakresami świadczeń medycznych,
- Ustalanie, wdrażanie i nadzór nad realizacją standardów jakościowych i rozwiązań organizacyjnych mających zastosowanie w realizacji ww. zakresów świadczeń,
- Przygotowywanie i prowadzenie przedmiotowych analiz dotyczących realizacji ww. świadczeń zdrowotnych, we współpracy z Działem Rozliczeń i Marketingu,
- Terminowe sporządzanie: zestawień statystycznych, sprawozdań i wykazów zgodnie z obowiązującymi przepisami,
- Współdziałanie z innymi organizacjami i instytucjami w zakresie realizacji, kontroli i optymalizacji opieki nad pacjentem chorym onkologicznie i objętym programem lekowym.

W ramach Działu Koordynatorzy Leczenia Onkologicznego, do których zadań należy:

- Prowadzenie pacjenta z kartą DILO od etapu rejestracji do AOS lub SZP do systemu AP-KOLCE i do Programu sieciowego, ustalenie terminów badań, terminów wizyt i przestrzeganie czasu określonego przepisami,
- Organizacja i pełne dokumentowanie przebiegu spotkań wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego – konsylium,
- dbanie o to, aby dokumentacja związana z Kartą DILO była kompletna (m.in. aby zawierała potwierdzenia wykonywanych świadczeń i zakończenia danego etapu leczenia AOS i SZP),
- zapewnienie przepływu informacji na wszystkich etapach terapii, tak aby leczenie było dostosowane do indywidualnych potrzeb pacjenta,
- udzielanie pacjentowi wszystkich niezbędnych informacji związanych z leczeniem onkologicznym,

⁸⁷ Zarządzenie Nr 1/2019zmieniono nazwę z Pełnomocnik Ds. Programów Lekowych, określono zakres zadań Działu

- udzielanie personelowi medycznemu wszelkiej niezbędnej informacji związanej z pakietem onkologicznym,
- Terminowe sporządzanie: zestawień statystycznych, sprawozdań i wykazów zgodnie z obowiązującymi przepisami.

Inspektor Ochrony Danych⁸⁸:

- Informowanie Dyrektora Szpitala, podmiotu przetwarzającego oraz pracowników, którzy przetwarzają dane osobowe, o obowiązkach spoczywających na nich na mocy rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Ogólne Rozporządzenie o Ochronie Danych) oraz innych przepisów Unii lub państw członkowskich o ochronie danych i doradzanie im w tej sprawie,
- monitorowanie przestrzegania Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych, innych przepisów Unii lub państw członkowskich o ochronie danych oraz polityk Szpitala lub podmiotu przetwarzającego w dziedzinie ochrony danych osobowych, w tym podział obowiązków, działania zwiększające świadomość, szkolenia personelu uczestniczącego w operacjach przetwarzania oraz powiązane z tym audyty,
- udzielanie na żądanie zaleceń co do oceny skutków dla ochrony danych oraz monitorowanie jej wykonania zgodnie z art. 35 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych,
- przygotowywanie projektów regulacji wewnętrznych, dotyczących sfery ochrony danych osobowych,
- współpraca z organem nadzorczym,
- pełnienie funkcji punktu kontaktowego dla organu nadzorczego w kwestiach związanych z przetwarzaniem, w tym z uprzednimi konsultacjami, o których mowa w art. 3 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych 6, oraz w stosownych przypadkach prowadzenie konsultacji we wszelkich innych sprawach.

Inspektor ochrony danych wypełnia swoje zadania z należyтым uwzględnieniem ryzyka związanego z operacjami przetwarzania, mając na uwadze charakter, zakres, kontekst i cele przetwarzania.

Inspektor Ochrony Radiologicznej⁸⁹:

- Sprawowanie nadzoru nad aparatami rentgenowskimi,
- Opracowanie i aktualizacja instrukcji pracy ze źródłami promieniowania rentgenowskiego,
- Szkolenie pracowników oraz sprawdzanie i potwierdzanie ich kwalifikacje w zakresie znajomości zasad ochrony radiologicznej i posiadania umiejętności bezpiecznego wykonywania prac przy stosowaniu promieniowania rentgenowskiego,
- Ustalanie wykazu środków ochrony indywidualnej, aparatury dozymetrycznej i innego wyposażenia, służących do ochrony pracowników oraz pacjentów przed promieniowaniem jonizującym.
- Wnioskowanie i opiniowanie w sprawach wyposażenia pracowni rentgenowskich w sprzęt ochrony i aparaturę dozymetryczną,
- Sprawdzenie działania sygnalizacji ostrzegawczej oraz prawidłowego oznakowania miejsc pracy ze źródłami promieniowania,
- Sprawowanie nadzoru nad zapewnieniem sprawnego i właściwego działania aparatów rentgenowskich,
- Sprawowanie nadzoru nad zapewnieniem:
 - właściwego przebiegu procesu wywoływania i utrwalania błon rentgenowskich,
 - dobrej jakości stosowanych w ciemni materiałów i odczynników,
- Sprawdzenie wykonywania codziennych i okresowych testów kontroli jakości obrazowania,

⁸⁸ Zarządzenie Nr 1/2019, dodano stanowisko z opisem

⁸⁹ Zarządzenie Nr 1/2019, dodano stanowisko z opisem

- Sprawowanie nadzoru nad terminowym wykonywaniem pomiarów dezyntometrycznych na stanowisku pracy oraz w wiązce pierwotnej,
- Prowadzenie ewidencji dawek otrzymanych przez pracowników oraz informuje ich o otrzymanych przez nich dawek,
- Wyjaśnienie przy udziale Państwowej Inspekcji Sanitarnej, przyczyny każdego wzrostu dawek indywidualnych otrzymanych przez pracowników ponad ich dotychczasowy poziom, a w szczególności przekroczenie limitów dawek,
- Informowanie Lejkarza Kierującego Zakładem i Dyrektora Szpitala o wynikach prowadzonego nadzoru w zakresie ochrony radiologicznej pracowników i pacjentów oraz przedstawienie mu zalecenia w celu usuwania braków i niedociągnięć,
- Prowadzenie książki wniosków i uwag dotyczących warunków pracy i stanu ochrony radiologicznej.

PION FINANSOWO – KSIĘGOWY
(Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomiczno - Finansowych):

Zastępca Dyrektora ds. Ekonomiczno – Finansowych, Główny Księgowy:

1. sprawowanie nadzoru nad działalnością finansową Szpitala, planowania finansowego, kalkulacji kosztów, koordynowania procesu budżetowania, analiz ekonomicznych, oceny rentowności usług, efektywności zakupów inwestycyjnych i innych wydatków Szpitala, opracowywania statystyk, a w szczególności:
 - 1) prognozowanie, opracowywanie i sporządzanie planów finansowych,
 - 2) dokonywanie wstępnej kontroli zgodności operacji gospodarczych i finansowych z planem finansowym,
 - 3) racjonalne gospodarowanie środkami finansowymi przeznaczonymi na zadania statutowe,
 - 4) dokonywanie analizy i ocena efektywności działalności finansowej,
 - 5) prowadzenie rachunkowości zgodnie z ustawą o rachunkowości i obowiązującymi przepisami szczególnymi, polegającej głównie na zorganizowaniu sporządzania, przyjmowania, obiegu, archiwowania i kontroli dokumentów w sposób zapewniający:
 - właściwy przebieg operacji gospodarczych,
 - ochronę mienia będącego w posiadaniu Szpitala,
 - sporządzanie kalkulacji wynikowych wykonywanych zadań,
 - sporządzanie sprawozdawczości finansowej.
 - 6) opracowywanie projektów przepisów wewnętrznych wydawanych przez Dyrektora, dotyczących prowadzenia rachunkowości, instrukcji kasowych, zasad przeprowadzania i rozliczania inwentaryzacji majątku obrotowego i trwałego,
 - 7) kontrola legalności dokumentów księgowych,
 - 8) bieżąca ewidencja dowodów księgowych wszystkich operacji gospodarczych,
 - 9) terminowe wystawianie faktur za wykonywane usługi,
 - 10) terminowe ściąganie należności i dochodzenie roszczeń spornych oraz spłaty zobowiązań,
 - 11) prowadzenie kasy gotówkowej,
 - 12) prowadzenie całokształtu prac i czynności związanych z terminowym naliczaniem, potrącaniem i ewidencjonowaniem wynagrodzeń, z tytułu umów o pracę, zleceń, umów o dzieło, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami,
 - 13) naliczanie i odprowadzanie należnych funduszy, składek na ubezpieczenia, podatków dochodowych od osób fizycznych i prawnych,
 - 14) naliczanie i terminowe wypłacanie wynagrodzeń,

- 15) prowadzenie ewidencji materiałowej i środków trwałych wg miejsca użytkowania oraz rozliczanie osób materialnie odpowiedzialnych za powierzone mienie Szpitala,
 - 16) rozliczanie inwentaryzacji, osób i instytucji, materialnie odpowiedzialnych za powierzone mienie Szpitala,
 - 17) prowadzenie ewidencji Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych,
 - 18) prowadzenie ewidencji PKP,
 - 19) przestrzeganie tajemnicy służbowej,
 - 20) bieżące zapoznawanie się z obowiązującymi przepisami z zakresu prowadzonych zagadnień,
 - 21) organizacja, nadzór oraz monitoring nad przygotowaniem i realizacją zamówień publicznych
2. Zastępca Dyrektora ds. Ekonomiczno – Finansowych, Główny Księgowy ponosi odpowiedzialność za prawidłowe wykonywanie wskazanego w pkt. 1 zakresu czynności, zgodnie z przepisami regulującymi wykonywanie obowiązków służbowych

Dział Finansowo – Księgowy:

- 1) przyjmowanie i weryfikowanie prawidłowości dokumentów finansowo – księgowych opracowanych przez jednostki Szpitala,
- 2) egzekwowanie dotrzymania terminowości dostarczania przez inne jednostki dokumentów finansowo – księgowych,
- 3) dekretowanie dokumentów opracowanych przez inne jednostki w ramach rozliczeń między jednostkami,
- 4) sprawdzanie prawidłowości dokonanych dekretowań,
- 5) szczegółowa weryfikacja kręgu kosztowego,
- 6) wprowadzanie kluczy podziałów do Modułu Koszty oraz sprawdzanie i rozliczanie kosztów w ramach tego Modułu,
- 7) comiesięczne rozliczanie kosztów międzyokresowych,
- 8) dokonywanie zamknięcia miesiąca rozliczeniowego,
- 9) weryfikacja i uzgadnianie dekretacji listy płac z dokumentami płacowymi,
- 10) comiesięczne uzgadnianie wysokości wynagrodzenia i składek ubezpieczeniowych z Działem Płac,
- 11) codzienna kontrola raportów kasowych pod względem prawidłowości dokonanej dekretacji,
- 12) sprawdzanie i wprowadzanie do systemu dowodów poleceń księgowania,
- 13) przygotowywanie sprawozdań dla Dyrekcji Szpitala z zakresu przychodów gotówkowych na koniec każdego miesiąca,
- 14) archiwizacja dokumentów księgowych,
- 15) prowadzenie rachunkowości zgodnie z ustawą o rachunkowości i obowiązującymi przepisami szczególnymi, polegające głównie na zorganizowaniu sporządzania, przyjmowania, obiegu, archiwowania i kontroli dokumentów w sposób zapewniający:
 - właściwy przebieg operacji gospodarczych,
 - ochronę mienia będącego w posiadaniu Szpitala,
 - sporządzanie kalkulacji wynikowych wykonywanych zadań,
 - sporządzanie sprawozdawczości finansowej.
- 16) opracowywanie projektów przepisów wewnętrznych wydawanych przez Dyrektora dotyczących prowadzenia rachunkowości, instrukcji kasowych, zasad przeprowadzania i rozliczania inwentaryzacji majątku obrotowego i trwałego Szpitala,
- 17) kontrola legalności dokumentów księgowych,
- 18) bieżąca ewidencja dowodów księgowych wszystkich operacji gospodarczych Szpitala,
- 19) terminowe wystawianie faktur za wykonywane usługi,

- 20) terminowe ściąganie należności i dochodzenie roszczeń spornych oraz spłaty zobowiązań,
- 21) prowadzenie kasy gotówkowej,
- 22) naliczanie i odprowadzanie ZFFŚ,
- 23) terminowe przekazywanie zobowiązań publiczno – prawnych,
- 24) prowadzenie ewidencji materiałowej, środków trwałych oraz wg miejsca użytkowania
- 25) rozliczanie inwentaryzacji osób i instytucji materialnie odpowiedzialnych za powierzone mienie SPSK Nr 1,
- 26) prowadzenie ewidencji PKZP i ZFFŚ,
- 27) bieżące zapoznawanie się z obowiązującymi przepisami z zakresu prowadzonych zagadnień.

Dział Analiz Ekonomicznych:

1. współpraca z Dyrekcją oraz jednostkami organizacyjnymi Szpitala w zakresie pozyskiwania informacji dla prognoz finansowych, analiz i prowadzonej przez Zastępcę Dyrektora ds. Ekonomiczno - Finansowych,
2. opracowywanie założeń do planów ekonomicznych i finansowych,
3. opracowywanie i przedkładanie projektów:
 - a) rocznego planu finansowego,
 - b) planu wydatków inwestycyjnych i majątkowych w ramach możliwości finansowania tych inwestycji,
4. przygotowywanie informacji i analiz z przebiegu realizacji planów,
5. bieżące analizowanie sytuacji ekonomicznej i finansowej Szpitala,
6. inicjowanie zmian oraz doskonalenie systemu monitorowania działalności w celu rozpoznawania kondycji ekonomicznej Szpitala,
7. sporządzanie kalkulacji kosztów świadczonych usług medycznych,
8. w zależności od potrzeb powoływanie zespołów analityczno – problemowych oraz koordynacja pracy tych zespołów,
9. przygotowywanie zbiorczych i szczegółowych analiz dotyczących Szpitala i jednostek organizacyjnych,
10. przygotowywanie propozycji i opracowywanie projektów zmian w wykonaniu planu,
11. sporządzanie zbiorczych sprawozdań finansowych i statystycznych z działalności Szpitala dla potrzeb wewnętrznych, organów zewnętrznych nadrzędnych i kontrolnych.
12. przygotowywanie wniosków o dofinansowanie projektów z funduszy krajowych i zagranicznych.
13. monitoring i wyrównoważona kontrola prawidłowości ewidencji gospodarką materiałami i lekami w apteczkach oddziałowych.
14. archiwizowanie dokumentów i danych z Działu Analiz Ekonomicznych,
15. wykonywanie innych niezbędnych zadań dla zachowania prawidłowości funkcjonowania Szpitala.

Dział Rozliczeń i Marketingu:

1. Terminowe fakturowanie wykonanych usług medycznych i niemedycznych, zgodnie z obowiązującymi przepisami ustawy o podatku od towarów i usług (VAT).
2. Jeżeli dotyczy – przekazywanie lekarzom udzielającym świadczeń na podstawie umów cywilnoprawnych wydruków z systemu w zakresie udzielonych przez nich i sprawozdanych płatnikowi świadczeniach zdrowotnych.
3. Opracowywanie ofert na wykonywanie świadczeń medycznych, przy współudziale jednostek organizacyjnych Szpitala.
4. Przygotowywanie materiałów do prowadzenia negocjacji umów z NFZ.

5. Bieżący nadzór nad realizacją sprzedaży usług medycznych.
6. Kompletowanie i bieżąca kontrola danych źródłowych stanowiących podstawę do rozliczeń zawartych umów z ZOWNFZ, Ministrem Zdrowia, itp.
7. Terminowe rozliczanie umów zawartych z Ministerstwem Zdrowia prowadzonych przez Dział Sprzedaży.
8. Prowadzenie rejestru sprzedaży VAT.
9. Terminowe sporządzanie i wysyłanie deklaracji VAT-7 do Urzędu Skarbowego.
10. Wprowadzanie faktur do rejestru sprzedaży i ewidencji księgowej wg schematów dekretu ustalonych z Głównym księgowym.
11. Miesięczne uzgadnianie wartości sprzedaży z ewidencją księgową.
12. Terminowe przedkładanie i inicjowanie Dyrektorowi wniosków do ZOWNFZ o wzrost umów oraz o przesunięcia między rodzajami usług.
13. Bieżący monitoring spływu należności.
14. Podejmowanie działań zmierzających do dokonywania wpłat należności poprzez:
 - a) wzywanie kontrahentów do zapłaty,
 - b) bieżąca współpraca z jednostkami merytorycznymi (medycznymi i niemedycznymi) w celu koordynacji i windykacji należności,
 - c) dokonywanie kompensaty wzajemnych należności i zobowiązań,
 - d) kompletowanie materiałów przy współpracy Radcy Prawnego, spraw dotyczących postępowania ugodowego, sądowego, o przesunięcie terminu płatności lub rozłożenia na raty,
 - e) wnioskowanie ściągania należności na drodze sądowej,
 - f) występowanie z wnioskiem do Dyrektora o umorzenie należności,
 - g) inicjowanie i prowadzenie działań dla poprawy efektywności windykacji należności.
15. Naliczanie odsetek z tytułu nieterminowego regulowania zobowiązań.
16. Zbieranie i rozpowszechnianie informacji (cennik) świadczonych przez Szpital usługach medycznych.
17. Przygotowywanie wniosków o zawarcie umów na świadczone przez SPSK Nr 1 usługi medyczne.
18. Korygowanie i uzupełnianie we współpracy z jednostkami ww. danych.
19. Sporządzanie miesięcznej, półrocznej i rocznej sprawozdawczości na potrzeby wewnętrzne i zewnętrzne.
20. Archiwizowanie dokumentów zgodnie z przepisami w tym zakresie.
21. zachowanie tajemnicy służbowej, tajemnicy danych osobowych innych pracowników i pacjentów.
22. współpraca:
 - a) z zewnętrznymi podmiotami w zakresie spraw dotyczących sprzedaży z: Urzędem Skarbowym, NFZ, Ministerstwem Zdrowia, odbiorcami usług,
 - b) wewnętrznymi jednostkami organizacyjnymi w sprawie planowania, sprzedaży i sprawozdawania wykonanych usług.

Dział Zaopatrzenia:

- 1) zapewnienie prawidłowego funkcjonowania Szpitala w zakresie zaopatrzenia poszczególnych komórek organizacyjnych,
- 2) prawidłowa realizacja umów dotyczących zadań Działu,
- 3) realizacja zatwierdzonych wniosków zapotrzebowań składanych przez poszczególne komórki organizacyjne Szpitala,
- 4) zapewnienie prawidłowego funkcjonowania Magazynów Szpitala, a w szczególności Magazyn Medyczno – Materiałowy działający w lokalizacji: Szczecin, ul. Unii Lubelskiej 1 oraz w Magazyn Medyczno – Materiałowy działający w lokalizacji: Police, ul. Siedlacke

- 2a (koordynowanie pracy magazynów może zostać powierzone określonemu pracownikowi Działu),
- 5) prowadzenie prac związanych z ewidencją, składowaniem, zabezpieczeniem, przeznaczonych do magazynowania artykułów, zgodnie z przepisami o gospodarce magazynowej i przepisami księgowymi.

PION TECHNICZNY
(Zastępcy Dyrektora ds. Eksploatacyjno – Technicznych):

Zastępca Dyrektora ds. Eksploatacyjno – Technicznych:

1. Do obowiązków Zastępcy Dyrektora ds. Eksploatacyjno-Technicznych należy działalność w zakresie obsługi technicznej, tj. administrowania majątkiem, w tym nieruchomościami, inwentaryzacji mienia, nadzoru technicznego, wykonywania remontów budynków i budowli, remontów i konserwacji aparatury medycznej i innych urządzeń technicznych, obsługi technicznej prac wynikających z działalności statutowej Szpitala, a w szczególności:
 - 1) planowanie, organizowanie, kierowanie i nadzór nad działalnością podległych jednostek organizacyjnych Szpitala w zakresie:
 - a) koordynowania prac związanych z zarządzaniem nieruchomościami, remontami, konserwacjami, modernizacją, budową i rozbudową infrastruktury technicznej i budowlanej Szpitala,
 - b) nadzoru nad realizacją procesów inwestycyjnych łącznie z uzgodnieniem dokumentacji projektowej i pozyskaniem stosownych decyzji administracyjnych,
 - c) opracowywania rocznych planów remontów i inwestycji,
 - d) zapewnienia prawidłowej eksploatacji nieruchomości, obiektów energetycznych (np. kotłownia i spalarnia), instalacji energii elektrycznej, teleinformatycznej, gazowej, wodociągowej, ogrzewania, urządzeń alarmowych, sygnalizacyjnych oraz sprzętu i aparatury medycznej,
 - e) zapewnienia bezpieczeństwa pożarowego,
 - f) współpracy z innymi komórkami organizacyjnym Szpitala w przedmiocie realizowanych zadań.
 - 2) monitoring umów i zleceń realizowanych przy udziale podległych jednostek organizacyjnych Szpitala, kontrola merytoryczna faktur z tytułu realizowanych umów i bieżących wydatków, analiza kosztów i zgodności wydatków z budżetem,
 - 3) udział w opracowaniu dokumentacji dotyczącej zamówień publicznych powiązanych z zadaniami podległych jednostek organizacyjnych,
 - 4) wykonywanie innych czynności wchodzących w zakres obowiązków wynikających z obowiązujących przepisów bądź zleconych przez Dyrektora.
2. Sprawna realizacja obowiązków, o których mowa w pkt. 1, oraz zapewnienie sprawnego funkcjonowanie podległych jednostek organizacyjnych, w szczególności w zakresie:
 - 1) poprawnego i zgodne z przepisami prawa przeprowadzanie zamówień publicznych powiązanych z zadaniami podległych jednostek organizacyjnych,
 - 2) czuwania nad należytym stosowaniem obowiązujących przepisów przez podległych pracowników,
 - 3) wykonywania ustalonych w odrębnych przepisach zadań dotyczących obronności i ochrony – w zakresie merytorycznej działalności podległych jednostek organizacyjnych.
3. poprawne i terminowe oraz zgodne z obowiązującymi przepisami prawa wykonanie obowiązków.

Dział Głównego Energetyka i Aparatury Medycznej:

1. Organizacja systemu zabezpieczenia ciągłości zasilania elektrycznego obiektów Szpitala poprzez;
 - a) prowadzenie konserwacji i eksploatacyjnej obsługi technicznej urządzeń zasilających i elektroenergetycznych
 - b) szybkie i skuteczne usuwanie usterek i awarii
 - c) właściwą organizację powiadamianie o awariach
 - d) kontrola i nadzór nad rezerwowymi źródłami zasilania (agregaty prądotwórcze, UPS-y, baterie akumulatorów)
2. Nadzór i organizacja prawidłowego funkcjonowanie obiektów energetycznych szpitala (kotłownia, węzły ciepłne, spalarnia, urządzenia dźwigowe, urządzenia ciśnieniowe, centrale wentylacyjne, agregaty wody lodowej, klimatyzatory itp.)
3. Nadzór nad wykonawstwem robót elektrycznych
4. Nadzór i organizacja nad planowymi i bieżącymi pracami remontowymi i konserwacyjnymi aparatury i sprzętu medycznego, pomp próżniowych, sprężarek powietrza, osprzętu gazów medycznych, chłodziarek i zamrażarek.
5. Współpraca z Urzędem Dozoru Technicznego w zakresie ewidencji, rejestru i dozoru urządzeń dźwigowych oraz wszystkich zbiorników ciśnieniowych i urządzeń, prowadzenie ksiąg i dokumentacji dozorowej.
6. nadzór nad eksploatacją, konserwacją i naprawami drzwi przesuwanych automatycznie oraz drzwi z zamkami elektromagnetycznymi
7. organizacja i nadzór nad bieżącymi pracami konserwacyjnymi i naprawczymi sprzętu RTV i AGD
8. Kontrola stanu technicznego instalacji, urządzeń i obiektów energetycznych oraz sprzętu i aparatury medycznej jak również zapewnienie ich funkcjonowanie na wymaganym poziomie poprzez;
 - a) koordynowanie pod względem energetycznym prac związanych z remontami, modernizacją, budową i rozbudową infrastruktury technicznej i budowlanej Szpitala
 - b) prowadzenie paszportyzacji i dokumentacji technicznej podległych urządzeń instalacji i obiektów
 - c) monitoring umów realizowanych przy udziale działu GE
 - d) kontrola merytoryczna faktur z tytułu realizowanych umów i bieżących wydatków, ewidencjonowanie ich oraz podział kosztów na jednostki organizacyjne Szpitala
 - e) organizacja i nadzór nad poprawnym pod względem jakościowym, ilościowym i terminowym zabezpieczeniem dostaw gazu grzewczego, energii elektrycznej, energii cieplnej, paliw płynnych, gazów medycznych i technicznych
 - f) planowanie oraz realizacja działań związanych z utrzymaniem na wymaganym poziomie parametrów technicznych eksploatowanych urządzeń i instalacji w tym remontów podległej infrastruktury technicznej
 - g) organizacja i nadzór nad planowymi i bieżącymi pracami konserwacyjnymi podległych instalacji, urządzeń i obiektów
 - h) monitoring umów realizowanych przy udziale Działu Głównego Energetyka, a w szczególności w zakresie dostaw energii elektrycznej, gazu grzewczego, gazów medycznych oraz eksploatacji, konserwacji i remontów infrastruktury energetycznej oraz sprzętu i aparatury medycznej.
 - i) kontrola merytoryczna faktur z tytułu realizowanych umów i bieżących wydatków, ewidencjonowanie ich oraz podział kosztów
 - j) wykonywanie miesięcznych rozliczeń zużytej energii elektrycznej i cieplnej przez PUM i podmioty zewnętrzne działające na terenie Szpitala

9. uczestnictwo w przygotowywaniu i rozstrzygnięciu zamówień publicznych powiązanych z zadaniami działu GE.
10. opracowywanie rocznych planów dostaw, remontów i inwestycji
11. opracowywanie planów przeglądów, konserwacji, remontów, modernizacji instalacji i urządzeń elektroenergetycznych i zasilających, urządzeń i obiektów energetycznych, sprzętu i aparatury medycznej.
12. uzgadnianie terminów i warunków wykonania przyłączy energetycznych, wodnych, parowych i gazów medycznych dla potrzeb Szpitala
13. uczestnictwo w realizacji procesów inwestycyjnych łącznie z uzgodnieniem dokumentacji projektowej i pozyskaniem stosownych decyzji administracyjnych
14. kontrola zgodności wykonanych robót instalacyjnych i montażowych z projektami technicznymi, umowami i harmonogramami robót
15. kontrola zgodności wykonanych robót instalacyjnych i montażowych z przepisami prawa, technicznymi warunkami wykonania i odbioru robót oraz pod względem ekonomicznym i materiałowym
16. analiza zużycia energii elektrycznej, ciepłej i gazu, poszukiwanie źródeł oszczędności.
17. sporządzanie sprawozdań z nośników paliwowo energetycznych
18. uczestnictwo w odbiorach częściowych, odbiorach końcowych robót oraz w przekazaniu obiektu do użytkowania
19. współpraca z innymi komórkami organizacyjnym Szpitala w przedmiocie realizowanych zadań
20. wykonywanie sprawozdań z działalności działu GE
21. korespondencja i współpraca z wykonawcami i dostawcami w zakresie pozyskiwania ofert i realizacji zamówień
22. kontrola jakości nadzorowanych usług i dostaw
23. sporządzanie orzeczeń technicznych w merytorycznym zakresie działu oraz uczestnictwo w komisjach kasacyjnych
24. odpowiedzialność za całokształt zadań oraz sprawne funkcjonowanie urządzeń, obiektów i instalacji energetycznych przed bezpośrednim przełożonym, a w szczególności za;
 - a. gospodarkę paliwowo-energetyczną szpitala
 - b. czuwanie nad należytym stosowaniem obowiązujących przepisów eksploatacyjnych i dozorowych
 - c. inicjowanie i opracowywanie wniosków zmierzających do usprawnień pracy nadzorowanych obiektów, instalacji i urządzeń
 - d. terminowe i należyte wykonywanie obowiązków
 - e. przestrzeganie dyscypliny pracy
 - f. wykonywanie, ustalonych w odrębnych przepisach, zadań dotyczących obronności i ochrony – w zakresie merytorycznej działalności działu GE.

Dział Techniczny:

- 1) organizacja i nadzór nad planowanymi i bieżącymi pracami remontowymi i konserwacyjnymi instalacji i urządzeniami co, cwu, wodno – kanalizacyjnych, wentylacji, klimatyzacji, gazów medycznych, robotami ślusarskimi,
- 2) planowanie oraz realizacja działań związanych z utrzymaniem na wymaganym poziomie parametrów technicznych eksploatowanych urządzeń i instalacji, w tym remontów infrastruktury SPSK Nr 1,
- 3) opracowywanie rocznych planów remontów i inwestycji,
- 4) uczestnictwo w realizacji procesów inwestycyjnych, łącznie z uzgodnieniami dokumentacji projektowej,

- 5) kontrola zgodności wykonania robót z dokumentacją projektową, umową i harmonogramem robót,
- 6) kontrola zgodności wykonania robót z przepisami prawa budowlanego, technicznymi warunkami wykonania i odbioru robót oraz pod względem ekonomicznym i materiałowym,
- 7) dokonywanie odbiorów częściowych, końcowych oraz w przekazaniu obiektu do użytkowania,
- 8) ocena stanu realizacji i jakości robót budowlanych i przeglądów gwarancyjnych,
- 9) prowadzenie ksiąg obiektów budowlanych,
- 10) prowadzenie paszportyzacji i dokumentacji technicznej podległej instalacji i obiektów,
- 11) monitoring umów realizowanych w ramach zadań Działu,
- 12) kontrola merytoryczna faktur za realizowane umowy oraz bieżących wydatków, ewidencjonowanie oraz podział kosztów,
- 13) współpraca z innymi jednostkami w zakresie realizowanych zadań,
- 14) sporządzanie sprawozdań z realizowanej działalności,
- 15) pozyskiwanie ofert od wykonawców i dostawców oraz bieżąca obsługa umów w tym zakresie zawartych i nadzór nad ich wykonaniem,
- 16) kontrola jakości nadzorowanych usług i dostaw,
- 17) prowadzenie rejestru faktur dotyczących działalności Działu, ich opisywanie i współpraca w tym zakresie z Działem Finansowym,
- 18) prowadzenie rejestru kosztów nadzorowanych remontów i konserwacji,
- 19) uczestnictwo w postępowaniach o udzielenie zamówienia publicznego na usługi lub roboty realizowane przez Dział,
- 20) prowadzenie rejestru i sprawdzanie ważności i terminowości zleceń i nakazów inspekcji sanitarnych i inspekcji pracy,
- 21) prowadzenie dokumentacji nadzorowanych robót (dzienniki budowy, książki obmiarów, protokoły),
- 22) uczestnictwo przy kasacji, sporządzanie orzeczeń technicznych,
- 23) prowadzenie ewidencji, sprawozdawczości oraz naliczanie opłat w zakresie gospodarczego korzystania ze środowiska,
- 24) przestrzeganie ustalonych procedur jakościowych ISO,
- 25) koordynowanie pracy Sekcji Gospodarczo-Eksploatacyjnej, Sekcji Instalacji Elektrycznych oraz Sekcji Wentylacji Mechanicznej i Instalacji Sanitarnych,
- 26) zapewnienie warunków niezbędnych do prawidłowego funkcjonowania Szpitala,
- 27) zabezpieczenia stałych dostaw wody, gazu, energii elektrycznej, pary NGM, oraz zapewnienie odpowiedniej temperatury pomieszczeń,
- 28) organizowanie okresowych przeglądów budynków, urządzeń, instalacji i aparatury w celu oceny ich stanu technicznego,
- 29) opracowywanie planów remontów bieżących i kapitalnych obiektów SPSK Nr 1,
- 30) prowadzenie obowiązującej dokumentacji.
- 31) współpraca z podmiotami trzecimi i nadzoruje prawidłowość wykonywania usług zleconych w zakresie: instalacji wentylacji mechanicznej i instalacji sanitarnych.

PION Administracyjno Gospodarczy
(Zastępcy Dyrektora ds. Administracyjnych):

Zastępca Dyrektora ds. Administracyjnych:

1. Do obowiązków Zastępcy Dyrektora ds. Administracyjnych należy działalność w zakresie organizacji procesu udzielania zamówień publicznych, informatyzacji, transportu, utrzymania czystości oraz archiwizacji dokumentów, a w szczególności:
 - 1) planowanie, organizowanie, kierowanie i nadzór nad działalnością podległych jednostek organizacyjnych Szpitala w zakresie:

- a) utrzymania infrastruktury teleinformatycznej w odpowiednim stanie, w tym realizacja zamówień na sprzęt i usługi z tym związane,
 - b) organizacja i prowadzenie postępowań o udzielenie zamówienia publicznego,
 - c) utrzymania czystości Szpitala i gospodarki odpadami,
 - d) inwentaryzacji majątku,
 - e) zapewnienia fizycznego bezpieczeństwa obiektów i ludzi,
 - f) utylizacji odpadów medycznych i wywozy odpadów komunalnych,
 - g) prania bielizny szpitalnej,
 - h) współpracy z innymi komórkami organizacyjnym Szpitala w przedmiocie realizowanych zadań.
- 2) monitoring umów i zleceń realizowanych przy udziale podległych jednostek organizacyjnych Szpitala, kontrola merytoryczna faktur z tytułu realizowanych umów i bieżących wydatków, analiza kosztów i zgodności wydatków z budżetem,
 - 3) organizacja i nadzór nad przygotowaniem i rozstrzygnięciem zamówień publicznych,
 - 4) wykonywanie innych czynności wchodzących w zakres obowiązków wynikających z obowiązujących przepisów bądź zleconych przez Dyrektora.
2. Sprawna realizacja obowiązków, o których mowa w pkt. 1, oraz zapewnienie sprawnego funkcjonowania podległych jednostek organizacyjnych, w szczególności w zakresie:
- 1) poprawnego i zgodne z przepisami prawa przeprowadzanie zamówień publicznych powiązanych z zadaniami podległych jednostek organizacyjnych,
 - 2) czuwania nad należytym stosowaniem obowiązujących przepisów przez podległych pracowników,
3. poprawne i terminowe oraz zgodne z obowiązującymi przepisami prawa wykonanie obowiązków.

Dział Zamówień Publicznych:

- 1) wykonywanie czynności związanych z postępowaniami o udzielanie zamówień publicznych zgodnie z ustawą Prawo zamówień publicznych, aktami wykonawczymi do ustawy oraz Zarządzeniem wewnętrznym Dyrektora,
- 2) obsługa komisji ds. postępowań o udzielenie zamówień publicznych,
- 3) prowadzenie dokumentacji wymaganej odpowiednimi przepisami ustawy Prawo zamówień publicznych,
- 4) protokołowanie posiedzeń komisji,
- 5) przygotowywanie specyfikacji istotnych warunków zamówienia na podstawie szczegółowych informacji merytorycznych dotyczących przedmiotu zamówienia (w tym szacunkowej wartości), udzielanych przez osoby występujące z zamówieniem (przewodniczącego komisji przetargowej lub kierownika działu),
- 6) sporządzanie ogłoszeń o rozpoczęciu i zakończeniu postępowań, w tym przesyłanie ogłoszeń do Biuletynu Zamówień Publicznych, Urzędu Oficjalnych Publikacji Wspólnot Europejskich oraz zamieszczanie na tablicy ogłoszeń, stronie internetowej Szpitala,
- 7) dystrybucja SIWZ wśród wykonawców, którzy zwrócili się z wnioskiem o jej przesłanie,
- 8) prowadzenie korespondencji z wykonawcami w trakcie prowadzonych postępowań,
- 9) sporządzanie protokołu wraz z załącznikami, po zakończonym postępowaniu,
- 10) przygotowywanie umów na podstawie: wcześniej uzgodnionego i załączonego do SIWZ wzoru przygotowanego przez podmiot pełniący obsługę prawną oraz wybranej oferty,
- 11) przygotowywanie projektów umów w sprawie realizacji zamówienia publicznego i uzyskiwania ich akceptacji przez podmiot pełniący obsługę prawną (parafowanie),
- 12) przekazanie przygotowanych egzemplarzy umów do Biura Dyrektora⁹⁰ w celu ich podpisania przez strony, wraz z informacją o właściwym terminie ich podpisania (szczegóły dotyczące terminu i okoliczności podpisania umów ustala Sekretariat),

⁹⁰ Zarządzenie 7/2018 – zmiana nazwy z: Sekretariat Dyrektora na: Biuro Dyrektora

- 13) zwracanie się z wnioskiem do Zastępcy Dyrektora ds. Finansowych – Głównego Księgowego o zwrot wadium przetargowego,
- 14) rozsyłanie informacji do wykonawców o wyniku postępowania,
- 15) zabezpieczenie dokumentacji z postępowań i przechowywanie ich zgodnie z przepisami ustawy Prawo zamówień publicznych oraz regulacjami wewnętrznymi,
- 16) przygotowywanie projektów aktów wewnętrznych w zakresie związanym z działalnością Działu,
- 17) uzyskiwanie akceptacji podmiotu pełniącego obsługę prawną ewentualnych aneksów zmieniających umowy zawarte w sprawie realizacji zamówienia publicznego,
- 18) sporządzanie sprawozdań związanych z zakresem działalności Działu.

Dział Administracyjno – Gospodarczy:

- 1) nadzór nad poprawnym funkcjonowaniem majątku szpitalnego w zakresie utrzymania porządku i estetyki na terenach zewnętrznych oraz w budynkach, prowadzenie spraw związanych ze służbami porządkowymi i ochroną SPSK Nr 1, w tym: kontrole, przygotowanie protokołów jakości prac (tereny zewnętrzne i ciągi komunikacyjne), sporządzanie protokołów pracy ochrony,
- 2) prowadzenie ewidencji przepustek, kontrola nad przepustkami już wydanymi i wydawanie nowych przepustek,
- 3) oznakowanie SPSK Nr 1 (organizacja oznakowania i przygotowywanie odpowiednich w tym zakresie zamówień),
- 4) przygotowywanie dokumentacji niezbędnej do przygotowania umów dotyczących zakresu zadań Działu,
- 5) kontrola realizacji umów przez firmy zewnętrzne, świadczące usługi na rzecz SPSK Nr 1 (rozliczanie faktur, sprawdzanie ich zgodności z umowami, przygotowywanie zestawień realizowanych umów),
- 6) prowadzenie spraw transportu sanitarnego i służbowego,
- 7) administrowanie umowami na realizację przesyłek przesyłki kurierskich i listowych,
- 8) wydawanie i ewidencja pieczęci,
- 9) administrowanie służbowymi środkami telekomunikacji (zawieranie umów, wydawanie, ewidencja, rozliczanie, etc.),
- 10) gospodarka odpadami (komunalnymi, medycznymi i innymi), w tym prowadzenie ewidencji odpadów i przygotowywanie rozliczeń do właściwych urzędów,
- 11) utylizacja przeterminowanych leków o ile obowiązek ich utylizacji, zgodnie z obowiązującym prawem, nie spoczywa na innych jednostkach organizacyjnych,
- 12) zabezpieczenie prawidłowego funkcjonowania bazy administracyjnej Szpitala związanej z eksploatacją pomieszczeń i urządzeń,
- 13) wyposażanie w sprzęt administracyjny i gospodarczy komórek organizacyjnych Szpitala oraz zagospodarowywanie nowo uruchamianych komórek organizacyjnych Szpitala tworzących się w ramach zmian organizacyjnych,
- 14) nadzór nad przemieszczaniem sprzętu, będącego w gestii Działu oraz prawidłowym dokumentowaniem w/w zmian,
- 15) inwentaryzacji i przygotowywanie pola spisowego,
- 16) prowadzenie archiwum Szpitala, w tym również kasacja dokumentacji archiwalnej i niearchiwalnej Szpitala,
- 17) legalizacja wag i utrzymywanie ważność atestów legalizacyjnych,
- 18) prowadzenie gospodarką w zakresie odzieży ochronnej,
- 19) prowadzenie magazynu bielizny i obrotu bielizną (w tym pranie),
- 20) dbałość o wygląd, estetykę ogólnodostępnych powierzchni szpitalnych,
- 21) dokonywanie okresowych przeglądów i napraw sprzętu i wyposażenia,
- 22) zapewnienie porządku i czystości na terenie i wokół posesji Szpitala oraz wykonywanie prac konserwacyjnych w tym zakresie,
- 23) prowadzenie spraw związanych z podatkami, będących w gestii Działu
- 24) prowadzenie spraw dotyczących umów najmu i dzierżawy - aktualizacja kosztów, wnioskowanie o zmianę wysokości czynszu oraz kosztów eksploatacyjnych.

Dział Informatyki:

- 1) planowanie oraz koordynowanie działań związanych z utrzymaniem na wymaganym poziomie parametrów technicznych eksploatowanych zasobów teleinformatycznych, sieci teleinformatycznych i urządzeń sieciowych, sprzętu informatycznego (w tym serwerów) i telefonicznego,
- 2) administrowanie oraz bezpośrednia obsługa techniczna sieci teleinformatycznej i serwera internetowego w SPSK1 PUM
- 3) ewidencjonowanie zasobów informatycznych (licencje, umowy, dokumentacja techniczna itp.).
- 4) poszukiwanie możliwości dostosowania i wykorzystania opcji funkcjonalnych oprogramowania do potrzeb szpitala SPSK 1 PUM (utrzymywanie w tym zakresie stałego kontaktu z dostawcą oprogramowania i jego serwisem).
- 5) pomoc i doradztwo użytkownikom oprogramowania w zakresie bieżącego użytkowania, optymalizacji oraz konfiguracji i przetwarzania danych zgromadzonych w systemie (zadania te realizuje we współpracy z firmami sprawującymi serwis i nadzory autorskie dla oprogramowania).
- 6) koordynowanie pod względem technicznym prac związanych z remontami, modernizacją, budową i rozbudową infrastruktury informatycznej Szpitala
- 7) opracowywanie rocznych planów remontów, zakupów i inwestycji
- 8) realizacja procesów inwestycyjnych łącznie z uzgodnieniem dokumentacji projektowej i pozyskaniem stosownych decyzji administracyjnych
- 9) organizacja i nadzór nad planowymi i bieżącymi pracami remontowymi i konserwacyjnymi instalacji, urządzeń i sprzętu informatycznego.
- 10) prowadzenie paszportyzacji i dokumentacji technicznej podległych urządzeń i instalacji
- 11) monitoring umów realizowanych przy udziale Działu Informatyki
- 12) kontrola merytoryczna faktur z tytułu realizowanych umów i bieżących wydatków, ewidencjonowanie ich oraz podział kosztów
- 13) współpraca z innymi komórkami organizacyjnym Szpitala w przedmiocie realizowanych zadań
- 14) sporządzanie sprawozdań z działalności Działu
- 15) Uczestnictwo w przygotowywaniu i rozstrzyganiu zamówień publicznych powiązanych z zadaniami informatycznymi, uczestnictwo w pracach komisji przetargowych.
- 16) wypełnianie obowiązków określonych ustawą o ochronie danych osobowych oraz Zarządzeniami wewnętrznymi Dyrektora Szpitala w tej sprawie,
- 17) Kontrola stanu technicznego instalacji oraz sprzętu i oprogramowania jak również zapewnienie ich funkcjonowanie na wymaganym poziomie poprzez:
 - a) koordynowanie pod względem informatycznym prac związanych z remontami, modernizacją, budową i rozbudową infrastruktury informatycznej Szpitala
 - b) prowadzenie paszportyzacji i dokumentacji technicznej podległych urządzeń instalacji i systemów
 - c) monitoring umów realizowanych przy udziale Działu Informatyki
 - d) kontrola merytoryczna faktur z tytułu realizowanych umów i bieżących wydatków, ewidencjonowanie ich oraz podział kosztów na jednostki organizacyjne Szpitala
 - e) organizacja i nadzór nad poprawnym pod względem jakościowym, ilościowym i terminowym wykonaniem podległych Działowi umów i zleceń
 - f) planowanie oraz realizacja działań związanych z utrzymaniem na wymaganym poziomie parametrów technicznych eksploatowanych urządzeń i instalacji
 - g) organizacja i nadzór nad planowymi i bieżącymi pracami konserwacyjnymi podległych instalacji i urządzeń oraz aktualizacjami systemów informatycznych,
 - h) kontrola merytoryczna faktur z tytułu realizowanych umów i bieżących wydatków, ewidencjonowanie ich oraz podział kosztów
- 18) nadzór i opiniowanie wyboru dostawców i punktów serwisowych sprzętu komputerowego,
- 19) nadzór nad jakością i bezpieczeństwem danych przechowywanych na serwerach przez okresową ich archiwizację,

- 20) sporządzanie orzeczeń technicznych w merytorycznym zakresie działu oraz uczestnictwo w komisjach kasacyjnych,
- 21) stała współpraca z Pomorskim Uniwersytetem Medycznym w Szczecinie oraz innymi podmiotami/dostawcami oprogramowania w zakresie informatyzacji Szpitala i /lub utrzymania i rozwoju infrastruktury informatycznej Szpitala.

PION NACZELNEJ PIEŁĘGNIARKI **(Naczelną Pielegniarka):**

Naczelną pielegniarka:

- 1) zapewnienie kompleksowej opieki pielęgniarskiej w Szpitalu,
- 2) nadzór i koordynowanie prac personelu: pielęgniarskiego, salowych, sanitariuszy, ratowników medycznych, instrumentariuszek, opiekunów medycznych,
- 3) inicjowanie działań związanych z rozwojem zawodowym personelu wymienionego w pkt. 2,
- 4) wykonanie powierzonych obowiązków w sposób zgodny z procedurami jakościowymi i natychmiastowe usuwanie zauważonych uchybień,
- 5) przestrzeganie tajemnicy służbowej i zawodowej,
- 6) wykonanie powierzonych obowiązków na zasadach przewidzianych w Kodeksie Pracy oraz Regulaminie Pracy.

Personel: pielęgniarski, położne, salowe, ratownicy medyczni, sanitariusze, opiekunowie medyczni:

- 1) wykonywanie zadań i opieki nad pacjentem zgodnie z obowiązującym prawem i obowiązującymi w Szpitalu regulacjami wewnętrznymi,
- 2) podlega nadzorowi Naczelną Pielegniarki⁹¹,
- 3) wykonywanie poleceń pielęgniarki oddziałowej⁹²,
- 4) stosowanie się w wykonywaniu pracy do zaleceń i wskazówek ww.
- 5) przestrzeganie w miejscu pracy porządku, zasad BHP, p.poż.
- 6) dbałość o mienie Szpitala,
- 7) wykonywanie usług z dbałością o dobro pacjenta i dobre imię Szpitala.

Sterylizacja:

- 1) zapewnienie bezpieczeństwa realizacji procedur medycznych poprzez dostarczenie sterylne go wyrobu i innych przedmiotów wielorazowego użytku poddanych dekontaminacji i sterylizacji,
- 2) świadczenie usług dezynfekcji na wysokim poziomie dla wszystkich medycznych jednostek organizacyjnych,
- 3) wykonywanie sterylizacji nasyconą parą wodną narzędzi i sprzętu medycznego oraz sterylizacji niskotemperaturowej wyrobów termolabilnych,
- 4) utrzymywanie sprzętu do sterylizacji w należytym stanie.

Sekcja Żywienia:

- 1) nadzór nad żywieniem zbiorowym pacjentów,
- 2) kontrola przygotowywanych przez firmę zewnętrzną jadłospisów, z uwzględnieniem norm żywieniowych i wymogów dietetyczno – żywieniowych, nad wydawaniem posiłków,

⁹¹ Zmiana Zarządzenie Nr 1/2019, poprzednio: Wykonywanie poleceń Naczelną Pielegniarki

⁹² Zmiana Zarządzenie Nr 1/2019, poprzednio: wykonywanie poleceń kierujących jednostkami medycznymi oraz pielęgniarek oddziałowych

- 3) kontrola przygotowanych posiłków, ich zgodności z zaleconymi dietami, stosowanie zasad racjonalnej, nowoczesnej diety i higieny żywienia,
- 4) nadzór nad przestrzeganiem warunków produkcji, transportu, przechowania żywności, materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością,
- 5) nadzór sanitarny nad przestrzeganiem warunków bezpieczeństwa żywności,
- 6) udział w pracach mających na celu ustalenie przyczyn zatruc pokarmowych i opracowywanie dotyczącej tego dokumentacji,
- 7) nadzór nad prawidłowością przygotowania i porcjowania posiłków dla pacjentów oraz ich transport na poszczególne jednostki medyczne,
- 8) działania na rzecz polepszenia jakości zdrowotnej żywności i żywienia, materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktów z żywnością oraz warunków sanitarnych,
- 9) kontrola warunków sporządzania posiłków.

PION LECZNICTWA
(Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa):

Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa:

- 1) zastępowanie Dyrektora pod jego nieobecność
- 2) nadzór nad realizacją procedur medycznych wprowadzanych w jednostkach Szpitala, zgodnie z ich zapisami w Księdze Procedur,
- 3) nadzór nad prawidłowością procedur przetargowych w zakresie zaopatrzenia Szpitala w niezbędny sprzęt medyczny, materiały sanitarne, leki oraz aparaturę medyczną,
- 4) współpraca przy opracowywaniu planów finansowych w zakresie dotyczącym zakupu sprzętu i aparatury medycznej,
- 5) przygotowanie ofert na świadczenia medyczne dla płatników Szpitala,
- 6) zwierzchnictwo wobec lekarzy kierujących medycznymi jednostkami organizacyjnymi Szpitala oraz innymi jednostkami pionu,
- 7) rozpoznawanie skarg i wniosków związanych z udzielanymi świadczeniami,

Sekcja Statystyki:

- 1) opracowywanie wewnętrznych dokumentów statystycznych,
- 2) współpraca ze wszystkimi Oddziałami i Zakładami w zakresie prowadzonej dokumentacji medycznej,
- 3) nadzór nad prawidłowym sporządzaniem i terminowym przekazywaniem odpowiednim instytucjom sprawozdań statystycznych,
- 4) udział w pracach zespołów, komisji powoływanych przez Dyrektora szpitala.

Sekcja ds. Epidemiologii⁹³:

- 1) wykonywanie zadań wynikających z przepisu prawa w zakresie zabezpieczenia epidemiologicznego,
- 2) monitorowanie sytuacji epidemiologicznej Szpitala, czynników alarmowych, zakażeń związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i przestrzeganie obowiązujących w tym zakresie procedur,
- 3) zgłaszanie i opracowywanie ognisk epidemicznych
- 4) udział w Zespołach i Komitetach⁹⁴.

Zakłady Lecznicze⁹⁵:

⁹³ Zarządzenie Nr 7/2018- zmiana nazwy z Pielęgniarka Epidemiologiczna na Sekcja ds. Epidemiologii

⁹⁴ Zarządzenie Nr 7/2018 – zmiana zakresu zadań w zakresie epidemiologii

Zadania wspólne medycznych jednostek organizacyjnych:

- 1) zapewnienie pacjentom całodobowej opieki stacjonarnej oraz postępowania leczniczego, diagnostycznego lub rehabilitacyjnego w specjalnościach wchodzących w zakres działania danej komórki organizacyjnej,
- 2) zgłaszanie chorób zakaźnych oraz rejestracja zakażeń szpitalnych,
- 3) monitorowanie, zgłaszanie oraz prowadzenie rejestru zdarzeń niechcianych zgodnie z obowiązującą procedurą profilaktyka i promocja zdrowia,
- 4) wdrażanie nowych technologii w zakresie prowadzonej działalności diagnostycznej, leczniczej lub rehabilitacyjnej oraz ciągła poprawa jakości i efektywności udzielanych świadczeń zdrowotnych, opracowywanie i doskonalenie standardów leczniczych,
- 5) prowadzenie i poprawa dokumentacji medycznej,
- 6) uczestnictwo w opracowywaniu i realizacji programów zdrowotnych,
- 7) współuczestnictwo w badaniach naukowych i pracach badawczo-rozwojowych,
- 8) opracowywanie opinii i ekspertyz,
- 9) podejmowanie działań na rzecz kształtowania korzystnego wizerunku Szpitala,
- 10) współudział w kształceniu przeddyplomowym i podyplomowym oraz w prowadzeniu innych form szkolenia i doskonalenia zawodowego personelu medycznego.

Zadania wspólne klinik, oddziałów klinicznych, oddziałów i pododdziałów wchodzących w skład wszystkich z wyszczególnionych dalej zakładów leczniczych⁹⁶:

- 1) realizacja zadań wspólnych dla medycznych jednostek organizacyjnych,
- 2) zapewnienie całodobowej opieki stacjonarnej oraz postępowania leczniczego, diagnostycznego, operacyjnego w zakresie odpowiadającym profilowi danej medycznej jednostki organizacyjnej.

Zadania szczegółowe medycznych jednostek organizacyjnych:

Zakład leczniczy⁹⁷: **SZPITAL SPSK Nr 1 PUM w SZCZECINIE:**

Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii,

Klinika Chirurgii Ogólnej i Chirurgii Ręki,

Klinika Chirurgii Dziecięcej, Onkologicznej, Urologii i Chirurgii Ręki⁹⁸

Klinika Pediatrii, Hemato – Onkologii i Gastroenterologii Dziecięcej⁹⁹,

Klinika Pediatrii, Endokrynologii, Diabetologii, Chorób Metabolicznych i Kardiologii Wieku Rozwojowego,

Klinika Gastroenterologii,

Klinika Hematologii z Oddziałem Transplantacji Szpiku, w ramach której działa:

- Oddział Transplantacji Szpiku^{100, 101},

Klinika Neurologii z Pododdziałem Udarowym, w ramach której działają:

Pododdział udarowy,

Pracownia Neurofizjologii Klinicznej,

⁹⁵ Zarządzenie 12/2018, zmieniono przedsiębiorstwa na: zakłady lecznicze

⁹⁶ Zarządzenie 12/2018, zmieniono przedsiębiorstwa na: zakłady lecznicze

⁹⁷ Zarządzenie 12/2018, zmieniono przedsiębiorstwa na: zakłady lecznicze

⁹⁸ Zarządzenie Nr 1/2019, zmieniono nazwę z Klinika Chirurgii Dziecięcej i Onkologicznej

⁹⁹ Zarządzenia Nr 19/2017 – zmieniono nazwę z Klinika Pediatrii, Hematologii i Onkologii dziecięcej na: Klinika Pediatrii, Hemato – Onkologii i Gastroenterologii Dziecięcej

¹⁰⁰ Zarządzenie Nr 8/2017 zmieniono nazwę z Klinika Hematologii na: Klinika Hematologii z Oddziałem Transplantacji Szpiku oraz dodano podjednostki: Oddział Transplantacji Szpiku oraz Bank Komórek Krwiotwórczych

¹⁰¹ Zarządzenie 12/2018 – wyłączono Bank Komórek Krwiotwórczych ze struktury Kliniki Hematologii

Pracownia Płynu Mózgowo-Rdzeniowego,
Pracownia Neuropatologiczna,
Klinika Neurochirurgii i Neurochirurgii Dziecięcej,
Klinika Otolaryngologii Dorosłych i Dzieci i Onkologii Laryngologicznej¹⁰²,
Klinika Reumatologii, Chorób Wewnętrznych i Geriatrii¹⁰³,
Klinika Ortopedii, Traumatologii i Onkologii Narządu Ruchu,
Klinika Ortopedii i Traumatologii Dziecięcej,
Klinika Endokrynologii, Chorób Metabolicznych i Chorób Wewnętrznych,
Klinika Hipertensjologii i Chorób Wewnętrznych,
Klinika Chirurgii Ogólnej, Małoinwazyjnej i Gastroenterologicznej¹⁰⁴,
Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii dla Dzieci,
Centrum Leczenia Urazów Wielonarządowych¹⁰⁵,
Klinika Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej z Pododdziałem Chirurgii Naczyniowej, w ramach której działa¹⁰⁶:

Pododdział Chirurgii Naczyniowej¹⁰⁷

Oddział Kliniczny Onkologii, Chemioterapii i Immunoterapii Nowotworów¹⁰⁸

Klinika Chirurgii Szcękowo-Twarzowej

Klinika Pediatrii i Onkologii Dziecięcej (Klinika jest ośrodkiem referencyjnym dla województwa Zachodniopomorskiego, specjalizującym się w diagnostyce i leczeniu u dzieci: 1) nowotworów, 2) naczynek, 3) znamion atypowych i dysplastycznych, 4) neurofibromatoz, 5) niedoborów odporności, 6) powiększonych węzłów chłonnych, 7) zespołów predyspozycji do nowotworzenia, 8) innych nieinfekcyjnych chorób dzieci)¹⁰⁹

Klinika Ginekologii, Endokrynologii i Onkologii Ginekologicznej¹¹⁰

Szpitalny Oddział Ratunkowy:

leczenie pacjentów z nagłymi stanami zagrożenia życia, którzy wymagają monitorowania, szybkiej diagnostyki i wieloprofilowego leczenia. Do specyficznych zadań należy także udzielanie pomocy w zagrożeniach środowiskowych (hipotermia) i w wypadkach masowych.

Centralny Blok Operacyjny:

Wykonywanie zabiegów operacyjnych.

Bank Krwi:

Prowadzenie gospodarki krwią i preparatami krwiopochodnymi.

Izby Przyjęć:

- 1) przyjmowanie chorych zakwalifikowanych do leczenia szpitalnego,
- 2) udzielanie pomocy doraźnej w stanie zagrożenia życia i zdrowia,
- 3) konsultowanie chorych zgłaszających się do Szpital bez ustalonego terminu przyjęcia i ewentualne kwalifikowanie ich do leczenia szpitalnego,

¹⁰² Zarządzenie Nr 8/2017 – zmieniono nazwę Klinika Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej na: Klinika Otolaryngologii Dorosłych i Dzieci i Onkologii Laryngologicznej

¹⁰³ Zarządzenie Nr 15/2016 – zmieniono nazwę z: Klinika Reumatologii i Chorób Wewnętrznych, na: Klinika Reumatologii, Chorób Wewnętrznych i Geriatrii

¹⁰⁴ Zmiana nazwy z Klinika Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej na: Klinika Chirurgii Ogólnej, Małoinwazyjnej i Gastroenterologicznej – Zarządzenie 38/2017

¹⁰⁵ Zarządzenie Nr 8/2013 Dyrektora SPSK Nr 1 – zmieniono nazwę z: „Centrum Leczenia Urazów Wielonarządowych z Pododdziałem Anestezjologii i Intensywnej Terapii Dziecięcej” na: „Centrum Leczenia Urazów Wielonarządowych”

¹⁰⁶ Dodano – Zarządzenia Nr 22/2015

¹⁰⁷ Zarządzenia 1/2019, dodano Pododdział Chirurgii Naczyniowej

¹⁰⁸ Dodano – Zarządzenie Nr 15/2016

¹⁰⁹ Dodano – Zarządzenie 19/2017

¹¹⁰ Dodano – Zarządzenie 19/2017

- 4) rejestracja pacjentów zgłaszających się do Izby Przyjęć, w tym osób z wypadków oraz powiadamianie policji i prokuratury w uzasadnionych przypadkach,
- 5) zgłaszanie chorób zakaźnych stwierdzonych w Izbie Przyjęć do Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej i do Pielęgniarki Epidemiologicznej,
- 6) pośredniczenie w dysponowaniu transportem sanitarnym,
- 7) pobieranie materiału biologicznego w celu wykonania badań płatnych codziennie po godzinie 18.00 i przez 24 godziny w dni wolne od pracy,
- 8) pobieranie opłat za wykonywane badania płatne codziennie po godz. 18.00 i przez 24 godziny w dni wolne od pracy,
- 9) pobieranie badań od pracowników Instytutu w przypadku wystąpienia ekspozycji, wdrożenie wstępnego leczenia przeciwwirusowego,
- 10) prowadzenie dokumentacji medycznej:
 - a) księgi głównej szpitalnej (w wersji elektronicznej),
 - b) księgi odmów,
 - c) książki porad ambulatoryjnych,
 - d) książki raportów,
- 11) prowadzenie wykazu wolnych łóżek w poszczególnych jednostkach medycznych,
- 12) prowadzenie statystyki z działalności Izby Przyjęć w zakresie udzielanych świadczeń ambulatoryjnych,

Apteka:

- 1) sporządzanie planów zaopatrzenia Szpitala w produkty lecznicze i wyroby medyczne; ich zamawianie, przyjmowanie i przechowywanie oraz utrzymywanie ilościowo i asortymentowo właściwego zapasu,
- 2) dystrybucja produktów leczniczych i wyrobów medycznych,
- 3) przygotowywanie we własnym zakresie leków recepturowych oraz płynów infuzyjnych,
- 4) sporządzanie indywidualnych dawek leków cytostatycznych, antybiotyków i leków przeciwwgrzybiczych,
- 5) sporządzanie mieszanin do żywienia pozajelitowego,
- 6) kontrola gospodarki produktami leczniczymi i wyrobami medycznymi, prowadzonej przez jednostki i komórki organizacyjne działalności leczniczej,
- 7) udział w monitorowaniu działań niepożądanych leków,
- 8) udział w prowadzonych w Instytucie badaniach klinicznych,
- 9) kontrola gospodarki lekiem i wyrobem medycznym,
- 10) udział w racjonalizacji farmakoterapii.

Bank Komórek Krwiotwórczych¹¹¹

Zakład leczniczy¹¹²: **AMBULATORIUM i DIAGNOSTYKA SPSK Nr 1 PUM w SZCZECINIE:**

Centrum Diagnostyki Schorzeń Przewodu Pokarmowego Kliniki Gastroenterologii:

Diagnostyka schorzeń przewodu pokarmowego w zakresie zleconym przez jednostki zakładów leczniczych¹¹³ Szpitala.

Zakład Medycyny Nuklearnej:

¹¹¹ Zarządzenie 12/2018 –dodano: Bank Komórek Krwiotwórczych (po wyodrębnieniu z Kliniki Hematologii)

¹¹² Zarządzenie 12/2018, zmieniono przedsiębiorstwa na: zakłady lecznicze

¹¹³ Zarządzenie 12/2018, zmieniono przedsiębiorstwa na: zakłady lecznicze

paliatywne leczenie bólu w przebiegu przerzutów nowotworowych do kośćca, zapewnienie diagnostyki w zakresie medycyny nuklearnej.

Pracownia Gammakamery:

wykonywanie badań scyntygraficznych w wersji planarnej, tomograficznej, badań całego ciała i dynamicznych, w tym: badania kośćca w celu oceny przerzutów, badania serca w kierunku choroby wieńcowej, badania u dzieci z infekcjami w drogach moczowych, badania za znacznikami onkofilnymi, badania mózgu, badania płuc, wątroby, ślinianek i inne,

Pracownia Tarczycowa prowadzi:

- 1) kompleksową diagnostykę i terapię chorób tarczycy: scyntyografię, USG, biopsję cienkoigłową tarczycy, oznaczenia hormonalne,
- 2) leczenie jodem J-131 nadczynności tarczycy oraz wola obojętnej.

Pracownia Oznaczeń Biochemicznych:

oznaczenia stężeń hormonów, przeciwciał, hormonu wzrostu, prokalcytoniny, i innych,

Pracownia Badań Przesiewowych:

oznaczenia TSH i fenyloalaniny u noworodków w celu wykluczenia niedoczynności wrodzonej oraz fenyloketonurii - w ramach badań przesiewowych.

Zakład Patomorfologii:

wykonywanie pełnego profilu badań histopatologicznych, cytodiagnostyka nowotworów, patomorfologia onkologiczna, zabiegi z zakresu: wczesna diagnostyka nowotworów ze szczególnym zastosowaniem biopsji aspiracyjnej cienkoigłowej i cytodiagnostyki ginekologicznej, ocena rokowania w raku sutka u kobiet z zastosowaniem nowoczesnych markerów biologicznych wykrywanych metodami immunohistochemicznymi i metodą FISH.

Zakład Diagnostyki Obrazowej i Radiologii Interwencyjnej:

wykonuje tradycyjną diagnostykę rentgenowską (pełny zakres badań standardowych), oraz świadczy usługi zdrowotne w zakresie diagnostyki obrazowej i radiologii.

W ramach Zakładu działa:

Pracownia Radiologii

Pracownia Radiologii Naczyniowej

Pracownia Rezonansu Magnetycznego Zakładu Diagnostyki Obrazowej i Radiologii Interwencyjnej

Pracownia Tomografii Komputerowej Zakładu Diagnostyki Obrazowej i Radiologii Interwencyjnej

Pracownia USG Zakładu Diagnostyki Obrazowej i Radiologii Interwencyjnej

Pracownia Mammograficzna¹¹⁴

Przykliniczne Specjalistyczne Przychodnie dla Dorosłych i dla Dzieci i Młodzieży:

- 1) zapewnienie opieki ambulatoryjnej – prowadzenie działalności konsultacyjnej, leczniczej i rehabilitacyjnej w specjalnościach wchodzących w zakres działania danej poradni,
- 2) wdrażanie nowych technologii w zakresie prowadzonej działalności oraz ciągła poprawa jakości i efektywności udzielanych świadczeń,
- 3) udział w realizowanych działaniach z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia,

¹¹⁴ Zarządzenie 12/2018, dodano: Pracownia Mammograficzna

- 4) udział w opracowywaniu i doskonaleniu standardów leczniczych,
- 5) udział w badaniach naukowych i pracach badawczo-rozwojowych,
- 6) podejmowanie działań na rzecz kształtowania korzystnego wizerunku Szpitala.

Świadczenia ambulatoryjne z danej dziedziny medycyny udzielane są w poradniach tematycznych.

Służbowo i merytorycznie Poradnie podlegają właściwym szpitalnym jednostkom organizacyjnym a w zakresie organizacji pracy – Kierownikowi Przyklinicznych Specjalistycznych Przychodni.

W zakładzie leczniczym¹¹⁵ działają:

Przykliniczna Specjalistyczna Przychodnia dla Dorosłych, w ramach której działają:

- Poradnia Chirurgii Ogólnej,
- Poradnia Chirurgii Ręki,
- Poradnia Chorób Wątroby i Trzustki,
- Poradnia Neurochirurgiczna,
- Poradnia Hematologiczna,
- Poradnia Reumatologiczna,
- Poradnia Gastroenterologiczna,
- Poradnia Hepatologiczna,
- Poradnia Otolaryngologiczna,
- Poradnia Foniatryczna,
- Poradnia Patologii Ciąży i Porodu,
- w ramach Poradni Neurologicznej¹¹⁶:
 - Poradnia Stwardnienia Rozsianego,
 - Poradnia Chorób Nerwowo – Mięśniowych,
 - Poradnia Padaczkowa
- Poradnia Schorzeń Pozapiramidowych i Zaburzeń Pamięci,
- Poradnia Chorób Naczyniowych Mózgu,
- Poradnia Audiologiczna,
- Poradnia Ginekologiczna,
- Poradnia Medycyny Nuklearnej,
- Poradnia Ortopedyczno – Urazowa,
- Poradnia Logopedyczna,
- Poradnia Endokrynologiczna,
- Poradnia, Ginekologii, Endokrynologii Ginekologicznej i Leczenia Niepłodności¹¹⁷,
- Poradnia Leczenia Otyłości,
- Poradnia Metaboliczna,
- Poradnia Nadciśnienia Tętniczego,
- Poradnia Leczenia Bólu,
- Poradnia Chirurgii Onkologicznej¹¹⁸,
- Poradnia Onkologiczna¹¹⁹,
- Onkologiczna Poradnia Genetyczna¹²⁰
- Poradnia Chirurgii Szcękowo-Twarzowej
- Poradnia Żywieniowa¹²¹
- Poradnia Transplantologiczna¹²²

¹¹⁵ Zarządzenie 12/2018, zmieniono przedsiębiorstwa na: zakłady lecznicze

¹¹⁶ Zarządzenie 8/2017 – wykreślono: Poradnia Neurologii Ogólnej oraz Poradnia Chorób Zwyrodnieniowych Układu Nerwowego

¹¹⁷ Zmiana nazwy, Zarządzenie 6/2018 (była: Poradnia Endokrynologii Ginekologicznej)

¹¹⁸ Dodano – Zarządzenia Nr 22/2015

¹¹⁹ Dodano – Zarządzenia Nr 22/2015

¹²⁰ Dodano – Zarządzenie Nr 8/2017

¹²¹ Dodano – Zarządzenie 38/2017

- Poradnia Geriatryczna¹²³
- Poradnia Anestezjologiczna ¹²⁴
- Poradnia Endokrynologii Ginekologicznej¹²⁵

Przykliniczna Specjalistyczna Przychodnia dla Dzieci i Młodzieży, w ramach której działają:

- Poradnia Chirurgiczna,
- Poradnia Onkologiczna,
- Poradnia Neurochirurgiczna,
- Poradnia Neurologiczna,
- Poradnia Kardiologiczna,
- Poradnia Urologiczna,
- Poradnia Nefrologiczna,
- Poradnia Zaburzeń Rozwoju,
- Poradnia Andrologiczna,
- Poradnia Endokrynologii i Zaburzeń Odżywiania u Dzieci¹²⁶,
- Poradnia Diabetologiczna,
- Poradnia Chorób Metabolicznych,
- Poradnia Gastroenterologiczna,
- Poradnia Onkologii i Hematologii,
- Poradnia Schorzeń Tarczycy,
- Poradnia Wad Rozwojowych Twarzy,
- Poradnia Patologii Noworodków i Wcześnieaków,
- Poradnia dla Dzieci Otyłych,
- Poradnia Ortopedii Dziecięcej,
- Poradnia Preluksacyjna,
- Poradnia Wad Postawy,
- Poradnia Ginekologii Dziecięcej i Dziewczęcej.

Laboratorium Mikrobiologiczne:

- 1) szybka diagnostykę mikrobiologiczną w kierunku bakterii tlenowych i beztlenowych oraz grzybów, prowadzoną w oparciu o nowoczesne i szybkie metody,
- 2) wykonywanie posiewów z powierzonych materiałów (wymazy z gardła, nosa, ucha, posiewy moczu itp.),
- 3) prowadzenie hodowli drobnoustrojów z krwi i innych płynów ustrojowych w nowoczesnym aparacie BacT/ALERT,
- 4) identyfikacja i oznaczanie wrażliwości drobnoustrojów wg wytycznych EUCAST (Europejski Komitet ds. Oznaczania Lekowrażliwości)¹²⁷,
- 5) wykonywanie badań w kierunku nosicielstwa drobnoustrojów,
- 6) wykonywanie badań czystościowych,
- 7) diagnostykę wirusowych biegunek u dzieci w kierunku Rota i Adenowirusów z wykorzystaniem szybkich testów lateksowych,
- 8) wykrywanie toksyny A Clostridium difficile

¹²² Dodano – Zarządzenie 38/2017

¹²³ Zarządzenie 12/2018, dodano: Poradnia Geriatryczna

¹²⁴ Zarządzenie 12/2018, dodano: Poradnia Anestezjologiczna

¹²⁵ Dodano – Zarządzenie Nr 1/2019

¹²⁶ Zarządzenie 12/2018, zmiana nazwy z Poradnia Endokrynologiczna na Poradnia Endokrynologii i Zaburzeń Odżywiania u Dzieci

¹²⁷ Zarządzenie Nr 7/2018 – zmieniono zapis pkt 4 (było: identyfikacja i oznaczanie wrażliwości drobnoustrojów wg wytycznych NCCLS (the National Committee for Clinical Laboratory Standards))

Punkt Ambulatoryjnej Chemioterapii dla Dorosłych i Dzieci:
Leczenie pacjentów w zakresie chemioterapii.

Zakład Diagnostyki Molekularnej Nowotworów¹²⁸

Medyczne Laboratorium Diagnostyczne:¹²⁹

Medyczne Laboratorium Diagnostyczne udziela świadczenia zdrowotne, które obejmują swoim zakresem badania diagnostyczne wykonywane w celu rozpoznania stanu zdrowia i ustalenia dalszego postępowania leczniczego.

W ramach Medycznego Laboratorium Diagnostycznego działa:

- Pracownia Seminologiczna

Zakład leczniczy¹³⁰: **SZPITAL PSYCHIATRYCZNY SPSK Nr 1 PUM w SZCZECINIE:**

Klinika Psychiatrii z Oddziałem Dziennym Psychiatrycznym:

- 1) diagnostyka i leczenie wszystkich zaburzeń i chorób psychicznych, z uwzględnieniem tzw. trudnych przypadków klinicznych,
- 2) poradnictwo i diagnostyka psychologiczna w opiece stacjonarnej,
- 3) wprowadzanie nowych form leczenia farmakologicznego i pozafarmakologicznego,
- 4) psychoterapia indywidualna i grupowa oraz wczesna rehabilitacja chorych,
- 5) prowadzenie zróżnicowanych form terapii ,

W ramach Kliniki, jako jej integralne części działają: Oddział Dzienny Psychiatryczny Kliniki Psychiatrii, Oddział Dzienny Leczenia Zaburzeń Nerwicowych Kliniki Psychiatrii, Oddział Dzienny Psychiatryczny – Rehabilitacyjny Kliniki Psychiatrii, Zespół Leczenia Środowiskowego Kliniki Psychiatrii, Poradnia Psychiatryczna.

Psychiatryczna Izba Przyjęć:

Wypełnianie odpowiednio zadań właściwych dla Izby Przyjęć.

Zakład leczniczy¹³¹: **AMBULATORIUM i DIAGNOSTYKA SZPITALA PSYCHIATRYCZNEGO SPSK Nr 1 PUM w SZCZECINIE:**

Oddział Dzienny Psychiatryczny Kliniki Psychiatrii

W ramach niego działają:

Oddział Dzienny Leczenia Zaburzeń Nerwicowych Kliniki Psychiatrii:

psychoterapia grupowa pacjentów z zaburzeniami lękowymi.

Oddział Dzienny Psychiatryczny – Rehabilitacyjny Kliniki Psychiatrii:

udzielanie wsparcia psychoterapeutycznego pacjentom po kryzysach psychotycznych oraz afektywnych, trening umiejętności społecznych, aktywizacja.

Zespół Leczenia Środowiskowego Kliniki Psychiatrii:

obejmuje opieką pacjentów w miejscu zamieszkania, udzielając wsparcia psychiatrycznego, psychologicznego, terapeutycznego oraz pielęgniarstwa.

¹²⁸ Dodano – Zarządzenie Nr 15/2016

¹²⁹ Dodane – Zarządzenie Nr 8/2017

¹³⁰ Zarządzenie 12/2018, zmieniono przedsiębiorstwa na: zakłady lecznicze

¹³¹ Zarządzenie 12/2018, zmieniono przedsiębiorstwa na: zakłady lecznicze

Poradnia Psychiatryczna:

udzielanie konsultacji trudnych pacjentów kierowanych przez lekarzy psychiatrów z całego Województwa Zachodniopomorskiego, prowadzenie monitorowania leczenia profilaktycznego chorób afektywnych, monitorowane leczenie nowymi lekami psychotropowymi i dalsze leczenie pacjentów.

Zakład leczniczy¹³²: **SZPITAL SPSK Nr 1 PUM w POLICACH**¹³³:

- 1) Klinika Diabetologii i Chorób Wewnętrznych,
- 2) Klinika Neonatologii
- 3) Klinika Chirurgii Plastycznej, Endokrynologicznej i Ogólnej:
- 4) Oddział Kliniczny Anestezjologii i Intensywnej Terapii Dorosłych i Dzieci:
- 5) Blok Operacyjny (wykonuje zadania takie jak Centralny Blok Operacyjny Zakładu leczniczego: Szpital SPSK Nr 1 PUM w Szczecinie).
- 6) Izba Przyjęć Ogólna (wykonuje zadania właściwe dla Izb Przyjęć)
- 7) Klinika Chorób Skórnych i Wenerycznych
- 8) Klinika Perinatologii, Położnictwa i Ginekologii

Zakład leczniczy¹³⁴: **AMBULATORIUM i DIAGNOSTYKA SPSK Nr 1 PUM w POLICACH**:

Zakład Diagnostyki Obrazowej:

wykonuje klasyczną diagnostykę rentgenowską oraz świadczy usługi zdrowotne w zakresie diagnostyki tomografii komputerowej¹³⁵.

Poradnie:

- 1) Poradnia Chirurgiczna
- 2) Poradnia Chorób Tarczycy
- 3) Poradnia Psychiatryczna
- 4) Poradnia Patologii Ciąży i Diagnostyki Prenatalnej¹³⁶
- 5) Poradnia Diabetologiczna dla Kobiet Ciężarnych
- 6) Poradnia Diabetologiczna
- 7) Poradnia Okulistyczna z Pracownią Laserową,
- 8) Poradnia Chorób Skórnych i Wenerycznych.
- 9) Poradnia Ginekologii i Leczenia Niepłodności¹³⁷

¹³² Zarządzenie 12/2018, zmieniono przedsiębiorstwa na: zakłady lecznicze

¹³³ Wykaz jednostek w Policach – w brzmieniu ustalonym Zarządzeniem 19/2017

¹³⁴ Zarządzenie 12/2018, zmieniono przedsiębiorstwa na: zakłady lecznicze

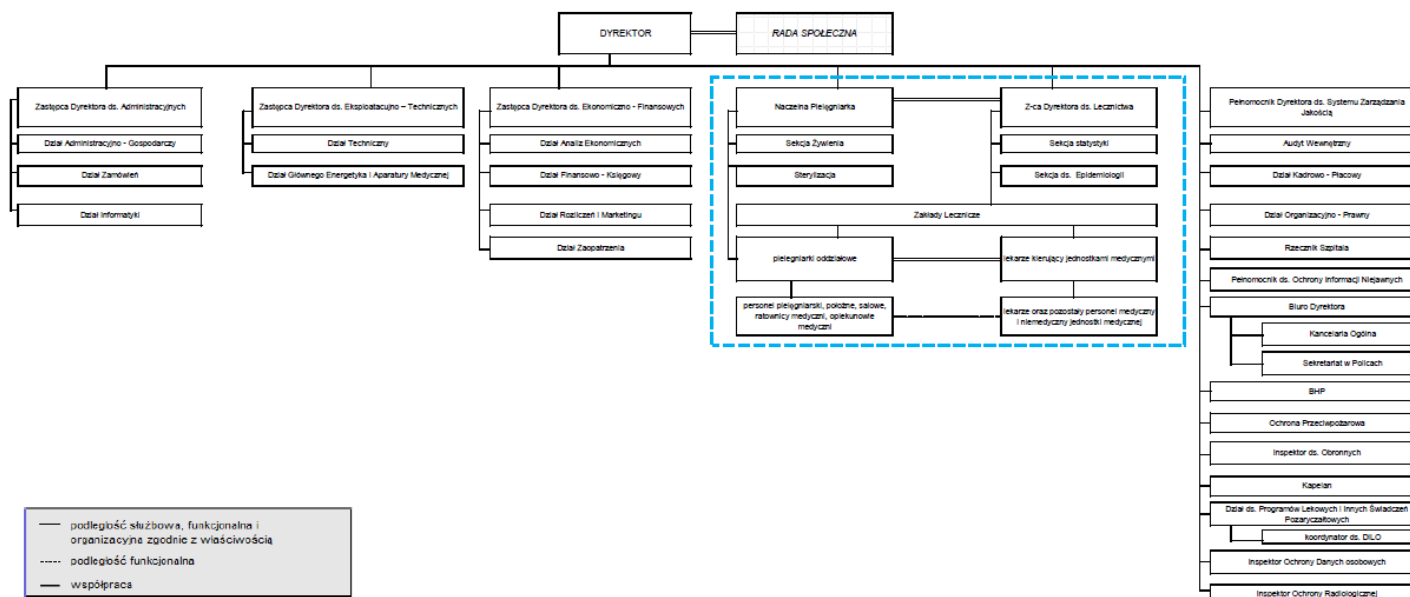
¹³⁵ Opis zmieniono – Zarządzenia 38/2017

¹³⁶ Zarządzenie Nr 1/2019, zmiana nazwy z Poradnia Ginekologiczno – Położnicza

¹³⁷ Dodano – Zarządzenie Nr 1/2019

SCHEMAT RAMOWEJ STRUKTURY ORGANIZACYJNEJ ^{138 139 140}

SCHEMAT RAMOWEJ STRUKTURY ORGANIZACYJNEJ
Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 1 im. prof. Tadeusza Sokolowskiego Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie

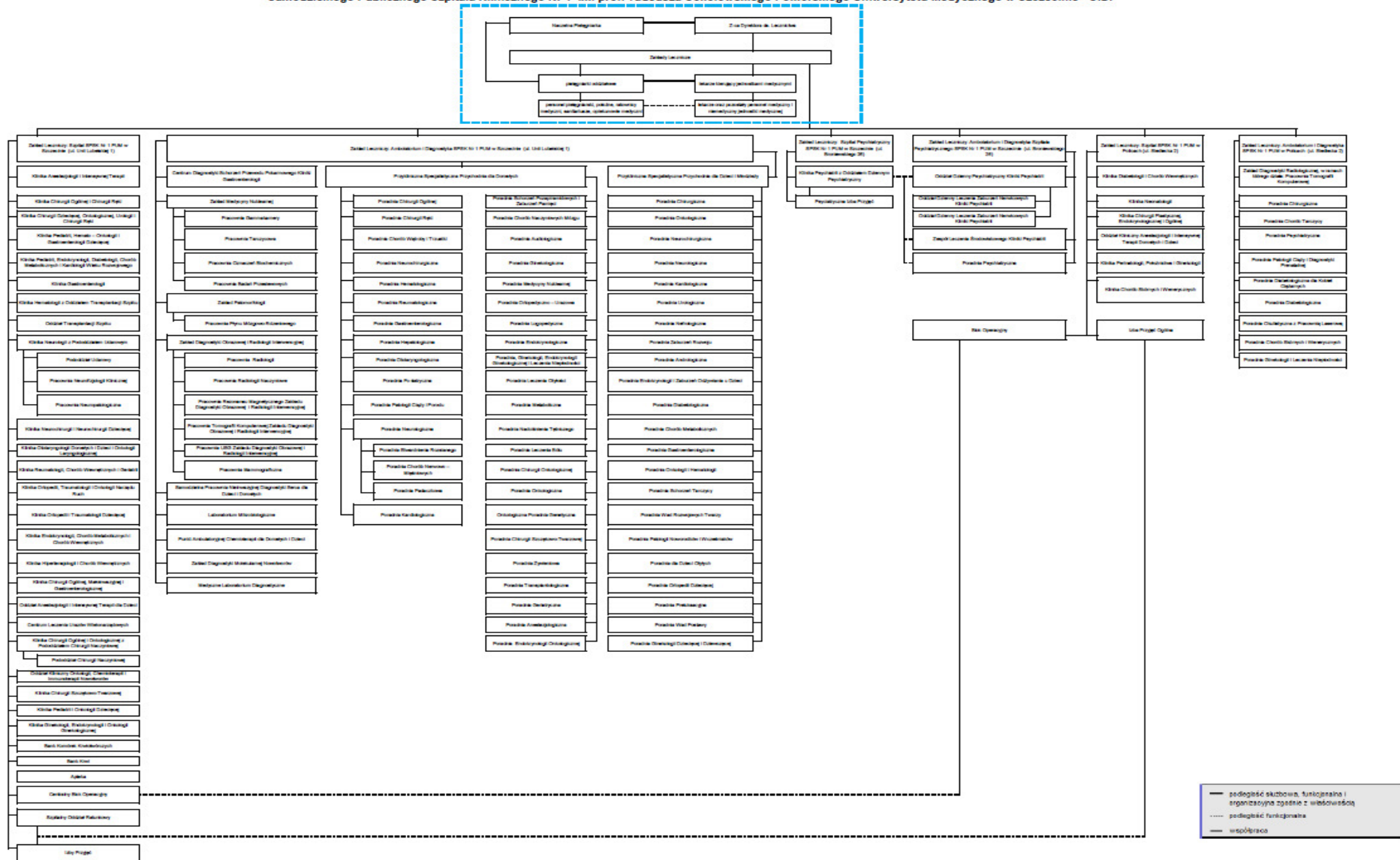


¹³⁸ W treści ustalone Zarządzeniem Nr 7/2018

¹³⁹ Zarządzenie 12/2018, zmieniono przedsiębiorstwa na: zakłady lecznicze

¹⁴⁰ Zarządzenie Nr 1/2019 zmiana tytułu z: Schemat podległości służbowej, ustalono nowy schemat

SCHEMAT RAMOWEJ STRUKTURY ORGANIZACYJNEJ
Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 1 im. prof. Tadeusza Sokolowskiego Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie - C.D.



**CENNIK
USŁUG MEDYCZNYCH**