



# **REGULAMIN ORGANIZACYJNY**

**WIELOSPECJALISTYCZNEGO SZPITALA MIEJSKIEGO  
im. JÓZEFA STRUSIA  
Z ZAKŁADEM OPIEKUŃCZO-LECZNICZYM  
SAMODZIELNY PUBLICZNY  
ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ**

**z siedzibą w Poznaniu przy ul. Szwajcarskiej 3**

Pozytywnie zaopiniowany przez  
Radę Społeczną Uchwałą Nr 2/2025  
z dnia 22 kwietnia 2025 r.

## Spis treści

| Wyszczególnienie |                                                                                                                                                                                                                            |       | strona |
|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------|
| Część I          | Postanowienia ogólne                                                                                                                                                                                                       | ..... | 2      |
| Część II         | Przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w szpitalu, ambulatoryjnej opiece specjalistycznej i podstawowej opiece zdrowotnej                                                                                       | ..... | 7      |
| Część III        | Organizacja i zadania stanowisk zarządzających                                                                                                                                                                             | ..... | 17     |
| Część IV         | Zadania komórek działalności podstawowej                                                                                                                                                                                   | ..... | 26     |
| Część V          | Zadania komórek działalności pomocniczej                                                                                                                                                                                   | ..... | 41     |
| Część VI         | Warunki współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w zakresie zapewnienia prawidłowości leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji pacjentów oraz ciągłości procesu udzielania świadczeń zdrowotnych | ..... | 69     |
| Część VII        | Prawa i obowiązki pacjenta oraz osób odwiedzających                                                                                                                                                                        | ..... | 72     |
| Część IX         | Postanowienia końcowe                                                                                                                                                                                                      | ..... | 76     |

Załącznik nr 1 do Regulaminu Organizacyjnego pt.: „Struktura organizacyjna Wielospecjalistycznego Szpitala Miejskiego im. J. Strusia z Zakładem Opiekuńczo-Lecznicznym SP ZOZ

Załącznik nr 2 do Regulaminu Organizacyjnego pt. Uchwała Rady Społecznej nr 2/2025 z dnia 22 kwietnia 2025 r.

## CZĘŚĆ I

### POSTANOWIENIA OGÓLNE

#### § 1

1. Regulamin organizacyjny określa sposób i warunki udzielania świadczeń zdrowotnych w Wielospecjalistycznym Szpitalu Miejskim im. Józefa Strusia z Zakładem Opiekuńczo-Leczniczym Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej przy ul. Szwajcarskiej 3, 61 – 285 Poznań, które nie zostały uregulowane w ustawie lub statucie.
2. Regulamin organizacyjny obowiązuje wszystkie osoby zatrudnione w Zakładzie, bez względu na rodzaj zawartej umowy z Zakładem oraz pacjentów.

#### § 2

Użyte w regulaminie określenia oznaczają:

1. **Świadczenia zdrowotne** – działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia oraz inne działania wynikające z procesu leczenia lub odrębnych przepisów, regulujących zasady ich wykonywania.
2. **Świadczenia szpitalne** – wykonywane całą dobę kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na ratowaniu życia diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych, w tym także świadczenia udzielane z zamiarem zakończenia ich udzielania w okresie nieprzekraczającym 24 godziny.
3. **Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż świadczenia szpitalne** – świadczenia opiekuńcze, pielęgnacyjne, paliatywne, hospicyjne, świadczenia z zakresu opieki długoterminowej, rehabilitacji leczniczej, leczenia uzależnień, psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz leczenia uzależnień, udzielane pacjentom, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych w odpowiednio urządzonych stałych pomieszczeniach.
4. **Osoba wykonująca zawód medyczny** – osoba, która na podstawie odrębnych przepisów uprawniona jest do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz osoba legitymująca się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub określonej dziedzinie medycyny.
5. **Ubezpieczenie zdrowotne** – powszechne-obowiązkowe i dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U.2024 r. poz. 146 ze zm.)
6. **Porada specjalistyczna** – świadczenie specjalistyczne lub zespół takich świadczeń, udzielony w ramach poradni specjalistycznych przez lekarza specjalistę, lub zespół osób uprawnionych do udzielania ambulatoryjnych specjalistycznych świadczeń.
7. **Promocja zdrowia** – działanie umożliwiające poszczególnym osobom i społeczności zwiększenie kontroli nad czynnikami warunkującymi stan zdrowia i przez to jego poprawę,

promowanie zdrowego stylu życia oraz środowiskowych i indywidualnych czynników sprzyjających zdrowiu.

8. **Pacjent** – osoba zwracająca się o udzielenie świadczeń medycznych lub korzystająca ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych lub osobę wykonującą zawód medyczny.
9. **Pacjent urazowy** – osoba w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego spowodowanego działaniem czynnika zewnętrznego, którego następstwem są ciężkie, mnogie lub wielonarządowe obrażenia ciała.
10. **Zakład lub Szpital** – Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. Józefa Strusia z Zakładem Opiekuńczo-Lecznicznym Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej.
11. **Prawa i obowiązki pacjenta** – także prawa i obowiązki przedstawiciela ustawowego, opiekuna lub opiekuna faktycznego osoby małoletniej korzystającej ze świadczeń zdrowotnych Zakładu.
12. **Media** – część infrastruktury technicznej Zakładu służąca zasilaniu odpowiednich jego zasobów w gaz, wodę, energię elektryczną, energię cieplną, parę, gazy medyczne oraz odprowadzanie i utylizację odpadów.
13. **Ustawa** – ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tj. Dz.U. 2024 r. poz. 799 ze zm. ).

### § 3

1. Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. Józefa Strusia z Zakładem Opiekuńczo-Lecznicznym Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej jest podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą, funkcjonującym w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.
2. Podmiotem tworzącym Zakład jest Miasto Poznań.

### § 4

1. Siedzibą Zakładu jest miasto Poznań.
2. Obszarem działania Zakładu jest teren Rzeczypospolitej Polskiej.

### § 5

1. Zakład działa na podstawie:
  - a. Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tj. Dz.U. 2024 r. poz. 799 ze zm.),
  - b. Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. 2024 r., poz. 146 ze zm.),
  - c. Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz. U. 2024r., poz. 581),
  - d. Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (t.j. Dz. U. 2024 r. poz. 252),

- e. Statutu Zakładu,
- a. Ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (t.j. Dz. U. 2023 r. poz. 120 ze zm.),
- b. Ustawy z dnia 29 września 1964 r. Kodeks cywilny (t.j. Dz. U. 2024 r. poz. 1061 ze zm.)
- c. Ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (t.j. Dz. U. 2024 r., poz. 1530 ze zm.) oraz przepisów wykonawczych do tej ustawy,
- d. Ustawy z dnia 10 maja 2018 r., o ochronie danych osobowych (t.j. Dz.U. 2019 r. poz. 1781.),
- e. Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (zwana dalej RODO),
- f. Ustawa z 21 listopada 1967 r. o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej (t.j. Dz.U. 2021 r. poz. 372 ze zm.)
- g. Innych aktów prawnych mających zastosowanie do działalności leczniczej.

## § 6

Zakład jest wpisany do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Wielkopolskiego pod numerem 000000016137.

## § 7

Zakład posiada osobowość prawną od dnia wpisania do Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem 0000002025 przez Sąd Rejonowy w Poznaniu, VIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego.

## § 8

1. W Zakładzie sporządzane i wydawane są następujące akty normatywne:
  - a. zarządzenia – regulujące podstawowe zagadnienia dotyczące całokształtu działalności,
  - b. pisma okólne – podające do wiadomości określone informacje, interpretacje przepisów zawartych w innych aktach normatywnych lub mające charakter komunikatu.
2. Opracowanie projektu wewnętrznego aktu normatywnego należy do komórki organizacyjnej, której opisany w akcie normatywnym zakres działania dotyczy.
3. Projektom wewnętrznych aktów normatywnych po weryfikacji pod względem formalnym Dyrektor nadaje formę ostateczną i po zaopiniowaniu przez radcę prawnego podpisuje.
4. Oryginały wewnętrznych aktów normatywnych przechowywane są w Dziale Organizacyjno-Prawnym.
5. Oryginały uchwał organu założycielskiego, Statut Zakładu, wpis do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, wpis do KRS przechowywane są w sekretariacie Dyrekcji.

## § 9

1. Strukturę organizacyjną Zakładu tworzą komórki wymienione w Załączniku nr 1 do Regulaminu Organizacyjnego Wielospecjalistycznego Szpitala Miejskiego im. Józefa Strusia z Zakładem Opiekuńczo-Lecznicznym Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej.
2. Miejscem udzielania świadczeń zdrowotnych w Wielospecjalistycznym Szpitalu Miejskim im. Józefa Strusia z Zakładem Opiekuńczo-Lecznicznym SP ZOZ są:
  - a. Szpital wraz z poradniami ambulatoryjnej opieki zdrowotnej zlokalizowany przy ul. Szwajcarskiej 3,
  - b. Zakład Opiekuńczo-Leczniczny z lokalizacją przy ul. Mogileńskiej 42, posadowiony na 2 piętrze budynku Zakładu Opiekuńczo-Lecznicznego i Rehabilitacji Medycznej od 28 października 2024 r.,
  - c. Oddział Zakaźny wraz z poradniami ambulatoryjnej opieki specjalistycznej zlokalizowany w odrębnym budynku przy ul. Szwajcarskiej 3.

## **§ 10**

1. Organami Zakładu są: Dyrektor, Rada Społeczna.
2. Rada Społeczna jest organem inicjującym i opiniodawczym podmiotu, który utworzył Zakład oraz organem doradczym Dyrektora Zakładu.

## **§ 11**

1. Podstawowym celem działania Zakładu jest udzielanie świadczeń zdrowotnych i promocja zdrowia.
2. Zakład uczestniczy w przygotowywaniu osób do wykonywania zawodu medycznego i kształcenia osób wykonujących zawód medyczny na zasadach określonych w odrębnych przepisach.
3. Zakład może uczestniczyć w realizacji zadań i programów zdrowotnych oraz naukowych zleconych przez instytucje naukowe, zakłady pracy, organizacje społeczne, jednostki samorządu terytorialnego i inne podmioty, na podstawie zawartych umów.
4. Zakład posiada status „centrum urazowego” nadany przez Wojewodę Wielkopolskiego. Centrum urazowe funkcjonuje w wydzielonej części Zakładu, w którym działa szpitalny oddział ratunkowy, w której to części specjalistyczne oddziały są powiązane ze sobą organizacyjnie oraz zakresem zadań, w sposób pozwalający na szybkie i specjalistyczne diagnozowanie i leczenie pacjenta urazowego.
5. Zakład realizuje zadania związane z wykorzystaniem publicznej i niepublicznej służby zdrowia na potrzeby obronne Państwa.

## **§ 12**

Do zadań wymienionych w § 11, w szczególności należy:

1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w warunkach szpitalnych lub ambulatoryjnych, ze szczególnym uwzględnieniem świadczeń specjalistycznych i wysokospecjalistycznych w ramach specjalności reprezentowanych przez komórki organizacyjne Zakładu.

2. Prowadzenie działalności mającej na celu promocję zdrowia i profilaktykę zdrowotną.

### **§ 13**

1. Odpowiedzialność za zarządzanie Zakładem ponosi Dyrektor.
2. Dyrektor kieruje Zakładem i reprezentuje go na zewnątrz.
3. Dyrektor jest przełożonym pracowników Zakładu.
4. Dyrektor wykonuje swoje zadania przy pomocy:
  - a. zastępców Dyrektora:
    - zastępcy dyrektora ds. Organizacyjno–Personalnych,
    - zastępcy dyrektora ds. Ekonomiczno–Administracyjnych
  - b. głównego księgowego,
  - c. naczelnej pielęgniarki (przełożonej pielęgniarek),
  - d. kierowników komórek organizacyjnych.

### **§ 14**

1. Działalnością poszczególnych komórek organizacyjnych kierują:
  - a. oddziałami szpitalnymi – ordynatorzy lub kierownicy tych oddziałów,
  - b. poradniami podstawowej opieki zdrowotnej i poradniami specjalistycznymi – lekarze zatrudnieni w poradniach przez Dyrektora,
  - c. działami, sekcjami, zakładami, pracowniami – kierownicy komórek organizacyjnych.
2. Szczegółowe zakresy zadań struktur organizacyjnych Zakładu zawarte są w dalszej części Regulaminu Organizacyjnego.

### **§ 15**

1. Zakres czynności pracowników zatrudnionych na podstawie umów o pracę zgodny jest z kartami poszczególnych stanowisk pracy.
2. Zakres czynności osób zatrudnionych na podstawie umów cywilno-prawnych opisany jest w treści poszczególnych umów.

**CZĘŚĆ II**  
**PRZEBIEG PROCESU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**  
**W SZPITALU, AMBULATORYJNEJ OPIECE SPECJALISTYCZNEJ**  
**I PODSTAWOWEJ OPIECE ZDROWOTNEJ**

**§ 16**

1. Zakład udziela świadczeń zdrowotnych w pomieszczeniach odpowiadających wymogom fachowym i sanitarnym określonym w odrębnych przepisach.
2. Zakład udziela świadczeń zdrowotnych w ramach opieki stacjonarnej i ambulatoryjnej w komórkach organizacyjnych posadowionych w lokalizacji wskazanej w schemacie organizacyjnym stanowiącym Załącznik nr 1 do Regulaminu.

**§ 17**

1. Świadczenia zdrowotne udzielane są wyłącznie przez osoby wykonujące zawód medyczny oraz spełniające wymagania zdrowotne i kwalifikacje określone w odrębnych przepisach. Obowiązek spełnienia określonych odrębnymi przepisami wymagań dotyczy również personelu pomocniczego oraz innych pracowników Zakładu uczestniczących w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych.
2. Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, pracownicy Zakładu obowiązani są posługiwać się aktualną wiedzą i umiejętnościami, stosownie do standardów postępowania i procedur medycznych określonych odrębnymi przepisami.
3. Osoby zatrudnione w Szpitalu oraz pozostające w stosunku cywilnoprawnym ze Szpitalem, obowiązane są nosić w widocznym miejscu identyfikator zawierający imię i nazwisko oraz funkcję tej osoby.
4. Zakład może powierzyć wykonanie świadczeń zdrowotnych na podstawie umów prawa cywilnego innym uprawnionym podmiotom z zastrzeżeniem, że postanowienia tych umów nie mogą być sprzeczne z postanowieniami niniejszego regulaminu.

**§ 18**

Zakład udziela świadczeń zdrowotnych pacjentom bez względu na ich miejsce zamieszkania.

**§ 19**

1. Zakład prowadzi dokumentację medyczną osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych, zgodną z zasadami określonymi w odrębnych przepisach i potrzebami statystyki medycznej.
2. Zakład zapewnia ochronę danych zawartych w dokumentacji medycznej osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
3. Zakład udostępnia dokumentację medyczną, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

4. Zasady udostępniania dokumentacji medycznej określone zostały w Zarządzeniu Dyrektora w sprawie udostępniania dokumentacji medycznej oraz procedurach SZJ.
5. Wysokość opłat za udostępnianie dokumentacji medycznej jest ustalana przez Dyrektora Zakładu na podstawie art. 28 ust. 4 pkt 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

## **§ 20**

Zakład udziela świadczeń zdrowotnych osobom objętym powszechnym – obowiązkowym i dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym oraz innym osobom uprawnionym do tych świadczeń na podstawie odrębnych przepisów – nieodpłatnie, za częściową lub całkowitą odpłatnością, a także osobom nieuprawnionym za całkowitą odpłatnością.

## **§ 21**

Wysokość opłat za świadczenia zdrowotne udzielane osobom nieuprawnionym do bezpłatnej opieki zdrowotnej ustala Dyrektor Zakładu stosownie do zasad określonych odrębnymi przepisami i zgodnie z ustalonym przez niego cennikiem.

## **§ 22**

Świadczenia zdrowotne w ramach stacjonarnej opieki zdrowotnej udzielane są całodobowo w oddziałach szpitalnych oraz w szpitalnym oddziale ratunkowym.

## **§ 23**

Zakład zapewnia pacjentowi przyjętemu na oddział:

1. świadczenia zdrowotne,
2. środki farmaceutyczne i materiały medyczne,
3. pomieszczenie i wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia,
4. możliwość przechowywania wartościowych rzeczy w depozycie Zakładu.

## **§ 24**

Zadania oddziałów Szpitala obejmują w szczególności:

1. rozpoznawanie, leczenie i orzekanie o stanie zdrowia pacjentów,
2. udzielanie kwalifikowanej pomocy w nagłych wypadkach i zachorowaniach,
3. wykonywanie badań diagnostycznych,
4. prowadzenie rehabilitacji leczniczej,
5. udzielanie świadczeń konsultacyjnych,
6. pielęgnowanie chorych.

## § 25

1. Przyjęcie do Szpitala może nastąpić w każdym dniu i o każdej porze, w przypadkach uzasadnionych medycznie.
2. Przyjęcia do szpitala odbywają się w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym / Biurze Przyjęć Szpitala w trybie planowym lub nagłym:
  - a. na podstawie skierowania lekarza, lekarza dentysty lub felczera, jeżeli cel leczenia nie może być osiągnięty przez leczenie ambulatoryjne (kierujący dołącza do wystawionego skierowania wyniki niezbędnych badań diagnostycznych, zgodnie z rozpoznaniem schorzeniem, aktualną wiedzą i praktyką medyczną, umożliwiające potwierdzenie wstępnego rozpoznania),
  - b. w stanach bezpośredniego zagrożenia zdrowia lub życia bez wymaganego skierowania.
3. O przyjęciu do szpitala osoby zgłaszającej się lub skierowanej przez lekarza albo skierowanej przez uprawnioną instytucję, orzeka lekarz wyznaczony do tych czynności, po zapoznaniu się ze stanem zdrowia pacjenta i uzyskaniu pisemnej zgody tej osoby, lub jej przedstawiciela ustawowego albo opiekuna prawnego, lub opiekuna faktycznego, chyba że na mocy odrębnych przepisów możliwe jest przyjęcie do szpitala bez wyrażenia zgody.
4. W przypadku gdy pacjent jest małoletni, częściowo lub całkowicie ubezwłasnowolniony, nieprzytomny lub w stanie ograniczonej świadomości, zgodę na przyjęcie do szpitala może wyrazić przedstawiciel ustawowy lub opiekun prawny albo opiekun faktyczny.
5. W przypadku pacjentów dorosłych nieprzytomnych przyjmowanych do szpitala i nieposiadających przedstawiciela ustawowego, uznaje się, że rolę opiekuna faktycznego pełni personel zespołu ratownictwa medycznego przekazujący pacjenta, lub lekarz udzielający świadczeń medycznych.
6. Jeżeli lekarz stwierdzi potrzebę niezwłocznego umieszczenia pacjenta w szpitalu, a brak miejsca, zakres świadczeń udzielanych przez szpital lub względy epidemiczne nie pozwolą na przyjęcie, szpital po udzieleniu niezbędnej pomocy, zapewnia w razie potrzeby przewiezienie pacjenta do innego szpitala, po uprzednim porozumieniu się z tym szpitalem, a lekarz odnotowuje ten fakt w dokumentacji medycznej.
7. Przy przyjęciu do szpitala zakładana jest historia choroby pacjenta oraz uzyskiwana jest pisemna zgoda od pacjenta lub osoby wyrażającej zgodę w jego imieniu, na przyjęcie do szpitala.
8. Pacjent przy przyjęciu do szpitala zaopatrywany jest w znak identyfikacyjny, o którym mowa w art. 36 ust. 3 ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tj. Dz.U. 2023 r. poz. 991).
9. Po przyjęciu w oddział szpitalny personel medyczny udziela informacji pacjentowi na temat:
  - a. praw pacjenta oraz jego obowiązków,
  - b. topografii oddziału,
  - c. ramowego planu dnia w oddziale, w tym godzin wizyt lekarskich, godzin wykonywania zabiegów pielęgniarских, godzin posiłków,
  - d. wymogów dotyczących odwiedzin.
10. Personel medyczny oddziału jest zobowiązany do bieżącego, starannego i zgodnego z obowiązującymi przepisami prawa prowadzenia dokumentacji medycznej.

11. Pacjenci kierowani na badania i zabiegi powinni być, zależnie od stanu zdrowia, przeprowadzani lub przewożeni na wózkach przez personel oddziału.
12. Pacjent nie może opuszczać oddziału bez wiedzy i zgody personelu medycznego oddziału.
13. W przypadku zaistnienia zdarzenia niezwiązanego z procesem leczenia, w którego następstwie pacjent doznał szkody na terenie Zakładu, lekarz zobowiązany jest zdarzenie to opisać w dokumentacji medycznej i uzyskać podpis poszkodowanego pacjenta.
14. W niektórych pomieszczeniach Szpitala realizujących świadczenia medyczne wymagające ścisłego nadzoru medycznego, dopuszcza się stosowanie monitoringu do bieżącego podglądu, bez opcji zapisu obrazu na jakimkolwiek nośniku. Dostęp do monitoringu bieżącego posiada tylko personel medyczny, udzielający świadczeń tym pacjentom.

## **§ 26**

1. W przypadku braku miejsc w oddziałach, poza trybem nagłym, pacjenci zostają wpisani na listę oczekujących.
2. Pacjent otrzymuje informację dotyczącą terminu planowanego przyjęcia do Szpitala.
3. Zmiana miejsca na liście i przyspieszenie przyjęcia pacjenta do Szpitala może nastąpić jedynie w razie pogorszenia się stanu zdrowia oraz w sytuacji zaistnienia okoliczności, których nie można było przewidzieć w dniu wpisywania pacjenta na listę oczekujących.
4. Wpisanie na listę oczekujących następuje po uprzednio wyrażonej przez pacjenta zgodzie na umieszczenie go na liście.

## **§ 27**

1. Wypisanie pacjenta ze Szpitala, jeżeli przepisy odrębne nie stanowią inaczej, następuje:
  - a. gdy stan zdrowia pacjenta nie wymaga dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne;
  - b. na żądanie pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego;
  - c. gdy pacjent w sposób rażący narusza porządek, lub przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, a nie zachodzi obawa, że odmowa, lub zaprzestanie udzielania świadczeń zdrowotnych może spowodować bezpośrednie niebezpieczeństwo dla jego życia lub zdrowia albo życia lub zdrowia innych osób.
2. Jeżeli przedstawiciel ustawowy żąda wypisania pacjenta, którego stan zdrowia wymaga dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych, Dyrektor Zakładu lub lekarz przez niego upoważniony może odmówić wypisania do czasu wydania w tej sprawie orzeczenia przez właściwy ze względu na miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych sąd opiekuńczy, chyba że przepisy odrębne stanowią inaczej. Sąd zawiadamiany jest niezwłocznie o odmowie wypisania pacjenta ze szpitala i przyczynach odmowy.
3. Osoba występująca o wypisanie ze Szpitala na własne żądanie jest informowana przez lekarza o możliwych następstwach zaprzestania dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych. Pacjent taki składa pisemne oświadczenie o wypisaniu na własne żądanie. W przypadku braku takiego oświadczenia lekarz sporządza adnotację w dokumentacji medycznej.

4. Pacjent wypisany ze szpitala otrzymuje kartę informacyjną z leczenia szpitalnego.

## § 28

Jeżeli przedstawiciel ustawowy lub opiekun faktyczny lub osoba, na której w stosunku do pacjenta ciąży ustawowy obowiązek alimentacyjny nie odbiera małoletniego lub osoby niezdolnej do samodzielnej egzystencji ze Szpitala w wyznaczonym terminie, Szpital zawiadamia o tym niezwłocznie organ gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania lub pobytu tej osoby oraz organizuje na koszt gminy przewiezienie do miejsca zamieszkania.

## § 29

1. Odwiedziny pacjenta mogą być realizowane codziennie, w godzinach, w których nie wykonuje się badań diagnostycznych, zabiegów i innych czynności lekarskich lub pielęgnarskich. Z uwagi na prowadzenie powyższych czynności Odwiedziny pacjenta nie mogą zakłócać pracy personelu medycznego oraz komfortu pozostałych pacjentów.
2. Liczba osób odwiedzających jednego chorego nie może zakłócać spokoju chorych i pracy personelu medycznego.
3. Pacjent ma prawo do opieki pielęgnacyjnej członka rodziny lub innej wskazanej przez siebie osoby, chyba że jest to niemożliwe ze względów epidemicznych lub organizacyjnych.
4. Osoby odwiedzające zobowiązane są do:
  - a. podporządkowania się wszelkim poleceniom i wskazówkom personelu medycznego,
  - b. pozostawienia odzieży wierzchniej w szatni.
5. Informacji o stanie zdrowia pacjentów udziela ordynator, lekarz prowadzący lub lekarz dyżurny, wyłącznie osobom do tego upoważnionym przez pacjenta, w godzinach ustalonych przez ordynatora i umieszczonych w widocznym miejscu przy wejściu do każdego oddziału.
6. W celu zapewnienia porozumienia się z pacjentami obcojęzycznymi Szpital dopuszcza używanie aplikacji do tłumaczenia bieżącego typu *Translator*.
7. Informacji o stanie zdrowia ciężko chorych pacjentów bądź w przypadkach szczególnie uzasadnionych lekarze udzielają w każdym czasie.
8. Pielęgniarki mogą udzielać informacji wyłącznie dotyczących opieki pielęgnarskiej.
9. Sposób sprawowania opieki nad pacjentem w stanie terminalnym (u schyłku życia) w celu osiągnięcia i utrzymania najlepszej możliwej do uzyskania jakości życia określony został w procedurze 02 PP 9.01 Postępowanie z pacjentem w stanie terminalnym
10. W razie pogorszenia się stanu zdrowia pacjenta powodującego zagrożenie życia lub w razie jego śmierci, Zakład jest obowiązany niezwłocznie zawiadomić wskazaną przez pacjenta osobę lub instytucję, przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego lub opiekuna faktycznego.

### § 30

Szczegółowe regulaminy oddziałów Szpitala oraz Szpitalnego Oddziału Ratunkowego zatwierdza Dyrektor Zakładu w drodze odrębnego zarządzenia.

### § 31

1. Pacjent przyjęty do Szpitala ma prawo przekazać rzeczy wartościowe oraz odzież i bagaż do depozytu Zakładu.
2. Złożenie do depozytu rzeczy wartościowych oraz odzieży i bagażu następuje na podstawie karty depozytowej.
3. W przypadku przyjęcia do Szpitala pacjenta nieprzytomnego lub gdy porozumienie z nim jest utrudnione, rzeczy wartościowe oraz odzież i bagaż do depozytu składa personel Szpitalnego Oddziału Ratunkowego lub Biura Przyjęć i sporządza z dokonanej czynności komisyjny protokół.
4. Zakład nie ponosi odpowiedzialności za rzeczy wartościowe, odzież i bagaż niezłożone do depozytu.

### § 32

1. Zakład udziela doraźnych świadczeń zdrowotnych w razie wypadku, urazu, nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia się stanu zdrowia powodującego zagrożenie życia.
2. Pomoc doraźna udzielana jest w zależności od rodzaju świadczenia w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym lub Poradni (gabinecie) nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej

### § 33

Zakłady i pracownie diagnostyczne działające na terenie Szpitala wykonują badania diagnostyczne i analizy w celu rozpoznania stanu zdrowia i ustalenia dalszego postępowania leczniczego.

### § 34

1. Ambulatoryjne Poradnie Specjalistyczne czynne są w dni robocze w godzinach ustalonych dla poszczególnych poradni.
2. Godziny przyjęć uwidocznione są na stronie internetowej Szpitala oraz w formie ogłoszenia w rejestracji przy drzwiach poszczególnych gabinetów lekarskich.
3. Rejestracja pacjentów do poradni:
  - a. **Kardiologicznej** – w miejscu od 8:00 do 14:00, telefonicznie pod nr 61 873 90 85 od 8:00 do 10:00,
  - b. **Wirusowego Zapalenia Wątroby** – w miejscu w godzinach funkcjonowania Poradni, telefonicznie w godzinach funkcjonowania Poradni pod nr 61 8739 297 oraz tel. komórkowy 511 67 66 79,
  - c. **Chorób Odzwierzęcych i Pasożytniczych** – rejestracja godz. 8:00 – 14:00 tel.: 61 8739 315,

**d. Nabytych Niedoborów Odporności (AIDS):**

- wizyty w Poradni tylko po uprzedniej rejestracji telefonicznej: w dni powszednie, w godzinach 7:30 - 13:00 - tel. 61 8739 315, przypadki pilne po uprzednim zgłoszeniu telefonicznym,
- Pacjenci po ekspozycja na materiał zakaźny: w dni powszednie godz. 7:30 - 13:00, po południu oraz w dni wolne – w punkcie przyjęć Oddziału Zakaźnego

**e. Podstawowej Opieki Zdrowotnej oraz pozostałe poradnie specjalistyczne** – rejestracja osobiści w Rejestracji ogólnej od poniedziałku do czwartku w dni robocze od 8:00 do 18:00, w piątek od 8:00 do 15:00, telefonicznie za pośrednictwem Call Center poniedziałek, wtorek, czwartek, piątek 8:00 do 14:00, w środę od 8:00 do 12:00, tel. 61 873 90 16, 61 873 90 427, 61 873 90 366, oraz za pośrednictwem poczty elektronicznej e-mail: rejestracjaogólna@szpital-strusia.poznan.pl

**4. Pacjenci rejestrowani są wg kolejności zgłoszenia. Poza kolejnością rejestrowani są pacjenci o których mowa w art. 47 c ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych:**

- a. kobiety w ciąży;
- a. świadczeniobiorcy do 18 roku życia, u których stwierdzono ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, o których mowa w art. 47 ust. 1a;
- b. osoby posiadające orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności, o których mowa w art. 47 ust. 1 b;
- c. osoby, o których mowa w art. 43 ust. 1 (tj. „Zasłużeni Honorowi Dawcy Krwi”, Zasłużeni Dawcy Przeszczepu” oraz osoby posiadające tytuł „Dawcy Przeszczepu”;
- d. inwalidzi wojenni i wojskowi;
- e. żołnierze zastępczej służby wojskowej;
- f. cywilne niewidome ofiary działań wojennych;
- g. kombataneci;
- h. działacze opozycji antykomunistycznej i osoby represjonowane z powodów politycznych;
- i. osoby deportowane do pracy przymusowej;
- j. uprawnieni żołnierze lub pracownicy, których ustalony procentowy uszczerbek na zdrowiu wynosi co najmniej 30%;
- k. weterani poszkodowani, których ustalony procentowy uszczerbek na zdrowiu wynosi co najmniej 30%;
- l. dawcy krwi, którzy oddali co najmniej 3 donacje krwi lub jej składników, w tym osocza po chorobie COVID-19 – na podstawie zaświadczenia, o którym mowa w art. 9a ust. 3 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz. U. z 2021 r. poz. 1749 oraz z 2022 r. poz. 974 i 2280);
- m. żołnierze zawodowi, o których mowa w art. 287 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 11 marca 2022 r. o obronie Ojczyzny, w przypadku korzystania ze świadczeń w podmiotach leczniczych, dla których podmiotem tworzącym jest Minister Obrony Narodowej, oraz przez niego nadzorowanych;

- n. żołnierze pełniący terytorialną służbę wojskową, o których mowa w art. 325 ust. 2 ustawy z dnia 11 marca 2022 r. o obronie Ojczyzny, w przypadku korzystania ze świadczeń udzielanych w podmiotach leczniczych, dla których podmiotem tworzącym jest Minister Obrony Narodowej, oraz przez niego nadzorowanych kobiety w ciąży;

### **§ 35**

1. Warunkiem korzystania z usług poradni specjalistycznych jest posiadanie aktualnego ubezpieczenia zdrowotnego oraz skierowania na ambulatoryjne leczenie specjalistyczne z wyjątkiem świadczeń:
  - a. ginekologa i położnika,
  - b. dentysty,
  - c. wenerologa,
  - d. onkologa,
  - e. psychiatry,
  - f. dla osób zakażonych wirusem HIV,
  - g. dla osób chorych na gruźlicę,
  - h. dla inwalidów wojennych i wojskowych, osób represjonowanych, kombatanów oraz osób z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, ,
  - i. dla cywilnych niewidomych ofiar działań wojennych,
  - j. dla osób uzależnionych od alkoholu, środków odurzających i substancji psychotropowych – w zakresie leczenia odwykowego;
  - k. dla uprawnionego żołnierza lub pracownika, w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa,
  - l. dla weterana poszkodowanego, w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa,
2. Świadczenia ambulatoryjne z zakresu specjalistycznej opieki zdrowotnej są udzielane bez skierowania w stanach nagłych ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia.
3. Świadczenia ambulatoryjne z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej są udzielane ubezpieczonemu bez skierowania na podstawie złożonej deklaracji.
4. Za całość dokumentacji medycznej poradni odpowiada lekarz w danej poradni.

### **§ 36**

1. Pracownie diagnostyczne, czynne są dla pacjentów szpitala przez 7 dni w tygodniu, a dla pacjentów zewnętrznych w dni robocze w godzinach ustalonych dla poszczególnych pracowni.
2. Godziny przyjęć uwidocznione są w formie wywieszek w rejestracji do pracowni przy drzwiach wejściowych do poszczególnych gabinetów i pracowni oraz na stronie internetowej w zakładce danej pracowni.
3. Rejestracja pacjentów odbywa się w czasie przyjęć do pracowni osobiście, przez osoby trzecie lub telefonicznie.

4. Pracownice wykonują bezpłatnie badania diagnostyczne lub zabiegi dla pacjentów leczonych stacjonarnie i ambulatoryjnie na podstawie skierowań wystawionych przez lekarzy świadczących usługi medyczne zakontraktowane z Narodowym Funduszem Zdrowia.
5. Koszty badań diagnostycznych i zabiegów wykonywanych przez pracownice, na podstawie skierowania wystawionego przez podmiot zewnętrzny, posiadający kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia lub posiadający umowę z Zakładem na wykonywanie tych usług, pokrywa podmiot kierujący.
6. Koszty badań diagnostycznych i zabiegów wykonywanych przez pracownice, na podstawie skierowania wystawionego przez podmiot nieposiadający kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia i umowy zawartej z Zakładem, pokrywa pacjent we własnym zakresie.
7. W przypadku badań diagnostycznych i zabiegów, o których mowa w pkt. 6, pacjent uiszcza opłatę przed wykonaniem badania lub zabiegu.
8. Pacjenci, którzy posiadają skierowanie od lekarzy z poradni ambulatoryjnych Zakładu, realizują skierowania na badania diagnostyczne i zabiegi w pracowniach Zakładu.
9. Za całość dokumentacji medycznej w pracowniach diagnostycznych odpowiada kierownik lub wyznaczony pracownik.
10. Pracownice EEG oraz EMG merytorycznie i organizacyjnie podlegają ordynatorowi Oddziału Neurologii. Ordynator Oddziału Neurologii odpowiada za organizację pracy, realizację zadań ww. Pracownicy oraz za prowadzenie dokumentacji medycznej.
11. Pracownice Elektrodiagnostyki Narządu Wzroku, Laseroterapii Narządu Wzroku, Diagnostyki Chorób Oka merytorycznie i organizacyjnie podlegają ordynatorowi Oddziału Okulistycznego.

### **§ 37**

1. Szpitalny Oddział Ratunkowy udziela świadczeń pacjentom opieki zdrowotnej polegających na wstępnej diagnostyce oraz podjęciu leczenia w zakresie niezbędnym dla stabilizacji funkcji życiowych osób, które znajdują się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.
2. Świadczenia medyczne udzielane są na podstawie wstępnej oceny stanu zdrowia pacjenta tzw. segregacji medycznej przeprowadzonej przez uprawniony personel medyczny (ratownik medyczny, pielęgniarka systemu lub lekarz systemu).
3. Na podstawie przeprowadzonego wywiadu medycznego, o którym mowa w ust. 2, z wykorzystaniem systemu zarządzającego trybami obsługi pacjenta w SOR przyznawana jest jedna z pięciu kategorii pilności, gdzie:
  - a. Kolor czerwony – oznacza natychmiastowy kontakt z lekarzem,
  - b. Kolor pomarańczowy - oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 10 min.
  - c. Kolor żółty – oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 60 min.,
  - d. Kolor zielony – oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 120 min.,
  - e. Kolor niebieski - oznacza czas oczekiwania na kontakt z lekarzem do 240 min.
4. Personel przeprowadzający segregację medyczną informuje pacjenta lub osobę jej towarzyszącą o przydzielonej kategorii pilności, o liczbie osób i maksymalnym czasie przewidywanym na pierwszy kontakt z lekarzem.

5. Personel przeprowadzający segregację medyczną w przypadkach przydzielenia kategorii pilności oznaczonej kolorem zielonym lub niebieskim może skierować pacjenta do miejsc udzielania świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. Pacjentowi dołącza się wydruk z przeprowadzonej oceny stanu zdrowia.
6. Lekarz udzielający świadczeń w SOR podejmuje decyzję o:
  - a. skierowaniu pacjenta na leczenie w oddziale szpitala, w którym działa SOR,
  - b. odmawia przyjęcia do oddziału osoby nie będącej w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego,
7. Pacjentom znajdującym się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, skierowanych na leczenie przez lekarza tutejszego SOR zapewnia się kontynuację leczenia w strukturze Szpitala, a jeżeli stan zdrowia wymaga udzielenia świadczenia spoza zakresu świadczeń, pacjenta kieruje się do podmiotu realizującego dane świadczenie.
8. Wszystkie komórki organizacyjne Zakładu, a w szczególności oddziały, zakłady z pracownikami oraz poradnie ambulatoryjne współpracują ze sobą, realizując zadania Zakładu, zapewniając sprawne i efektywne funkcjonowanie podmiotu w zakresie diagnostyki, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji oraz pod względem administracyjno-gospodarczym.
9. Współpraca komórek organizacyjnych Zakładu umożliwia udzielenie świadczeń medycznych dla pacjentów kompleksowo, stosując aktualną wiedzę, umiejętności oraz standardy postępowania i procedury medyczne określone odrębnymi przepisami.
10. Współpraca, o której mowa w ust. 1 polega na zachowaniu ciągłości świadczeń zdrowotnych, w tym udzielaniu konsultacji medycznych, pielęgnacji i rehabilitacji pacjentom Zakładu.
11. Współpraca komórek organizacyjnych Zakładu podczas udzielania świadczeń zdrowotnych odbywa się przy zachowaniu godności i poszanowania praw pacjenta.
12. Przekazywanie pacjenta z jednego oddziału na drugi odbywa się po uprzednim ustaleniu.
13. Pacjent przekazywany jest na oddział wraz z niezbędną dokumentacją medyczną.
14. Przekazywanie pomiędzy oddziałami dokumentacji medycznej zewnętrznej – stanowiącej własność pacjenta odnotowuje się każdorazowo w wewnętrznej dokumentacji medycznej pacjenta.
15. Pracownicy zobowiązani są do noszenia identyfikatora ze zdjęciem własnym, zawierającego nazwę i logo Szpitala, imię i nazwisko oraz zajmowane stanowisko.

**CZĘŚĆ III**  
**ORGANIZACJA I ZADANIA STANOWISK ZARZĄDZAJĄCYCH**

**§ 38**  
**ZAKRES OBOWIĄZKÓW, UPRAWNIENI I ODPOWIEDZIALNOŚCI**  
**DYREKTORA**

1. Dyrektor zarządza Zakładem i ponosi odpowiedzialność za jego prawidłowe funkcjonowanie.
2. Dyrektor wykonuje swoje obowiązki przy pomocy:
  - a. zastępcy Dyrektora ds. Organizacyjno-Personalnych,
  - b. zastępcy Dyrektora ds. Ekonomiczno – Administracyjnych,
  - c. naczelnej pielęgniarki (przełożonych pielęgniarek),
  - d. głównego księgowego,
  - e. ordynatorów, kierowników działów, kierowników komórek oraz samodzielnych stanowisk pracy.
3. Reprezentuje Zakład na zewnątrz.
4. Jest zwierzchnikiem wszystkich pracowników Zakładu.
5. Dyrektor jest administratorem danych osobowych przetwarzanych w kierowanym Zakładzie.
6. Dyrektor jako administrator danych wyznacza Inspektora Danych Osobowych (DPO- Data Protection Officer) oraz jego zastępców.
7. Dyrektor ponosi odpowiedzialność za realizację zadań obronnych nałożonych na Szpital.
8. Do obowiązków i uprawnień Dyrektora Zakładu należy:
  - a. organizowanie pracy Zakładu w sposób zapewniający prawidłowe udzielanie świadczeń zdrowotnych, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa i zawartymi umowami,
  - b. wydawanie zarządzeń, decyzji i prowadzenie innych niezbędnych działań, wchodzących w zakres bieżącego zarządzania oraz zarządzania wdrożonym systemem jakości,
  - c. prowadzenie prawidłowej gospodarki środkami finansowymi i rzeczowymi pozostającymi w dyspozycji Zakładu,
  - d. racjonalne gospodarowanie mieniem własnym Zakładu i przekazanym Zakładowi do użytkowania i używania,
  - e. przyjmowanie i rozpatrywanie skarg oraz wniosków,
  - f. współpraca z Radą Społeczną, samorządami lekarzy, pielęgniarek i położnych, diagnostów laboratoryjnych oraz organizacjami związkowymi i innymi organizacjami na terenie Zakładu,
  - g. informowanie podmiotu tworzącego o wszelkich utrudnieniach i zagrożeniach, zwłaszcza finansowych i ekonomicznych dotyczących działalności Zakładu,
  - h. doskonalenie funkcjonowania wdrożonego systemu Zarządzania Jakością,
  - i. podejmowanie decyzji w sprawach nieuregulowanych niniejszym Regulaminem.
9. Dyrektor Zakładu realizuje swoje zadania przy pomocy ordynatorów/kierowników oddziałów Szpitala, kierowników podległych komórek.
10. Dyrektor odpowiada za organizowanie i sprawowanie nadzoru nad jakością udzielanych świadczeń zdrowotnych.

11. Prowadzi nadzór nad stanem sanitarno - epidemiologicznym Zakładu.
12. Sprawuje nadzór nad właściwym zaopatrzeniem podległych komórek organizacyjnych w produkty lecznicze, wyroby medyczne, sprzęt i aparaturę medyczną.
13. Odpowiada za doskonalenie funkcjonowania działalności medycznej Zakładu, w tym wdrożonego systemu Zarządzania Jakością.
14. Sprawuje nadzór nad działalnością zakładów diagnostycznych.
15. Przeprowadza merytoryczną ocenę podległego personelu.
16. Opracowuje kryteria doboru oraz dobór kadry medycznej według opracowanych zasad.
17. Opiniuje merytorycznie projekty zamówień, planów i umów dotyczących sprzętu i aparatury medycznej,
18. Dyrektorowi Zakładu bezpośrednio podlegają samodzielne stanowiska, komórki organizacyjne zgodnie ze schematem organizacyjnym stanowiącym załącznik nr 1 do Regulaminu.

### **§ 39**

#### **ZAKRES OBOWIĄZKÓW, UPRAWNIENI I ODPOWIEDZIALNOŚCI ZASTĘPCY DYREKTORA DS. ORGANIZACYJNO-PERSONALNYCH**

1. Zastępca Dyrektora ds. Organizacyjno-Personalnych podlega służbowo bezpośrednio Dyrektorowi Zakładu.
2. Realizuje nałożone zadania przy pomocy kierowników podległych komórek.
3. Analizuje i weryfikuje materiały niezbędne do składania ofert oraz negocjuje umowy na świadczenia zdrowotne.
4. Nadzoruje realizację, sprawozdawczość i rozliczanie zawartych umów i kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia, Ministerstwem Zdrowia, przedstawicielami publicznych i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej dotyczących udzielania świadczeń zdrowotnych.
5. Współpracuje z właściwymi podmiotami kontrolującymi.
6. Do obowiązków Zastępcy Dyrektora ds. Organizacyjno-Personalnych należy:
  - a. wnioskowanie, analizowanie, zgłaszanie projektów i propozycji dotyczących obszaru realizowanych zadań,
  - b. zarządzanie zasobami ludzkimi w podległych komórkach organizacyjnych,
  - c. prowadzenie polityki kadrowej Zakładu,
  - d. zawieranie umów obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej oraz współpraca z Brokerem ubezpieczeniowym,
  - e. doskonalenie funkcjonowania wdrożonego Systemu Zarządzania Jakością.
7. Przyjmuje i rozpatruje skargi oraz wnioski dotyczące udzielanych świadczeń zdrowotnych. Wyszczególnione powyżej obowiązki oraz przyznane uprawnienia stanowią bezpośrednią podstawę do definiowania odpowiedzialności pracownika jako równoznacznej z jego obowiązkami.

Z tytułu nałożonych obowiązków zastępca Dyrektora ds. Organizacyjno-Personalnych posiada uprawnienia zgodnie z upoważnieniem wydanym przez Dyrektora Zakładu.
7. Zastępcy Dyrektora ds. Organizacyjno-Personalnych podlegają komórki organizacyjne wykazane w schemacie organizacyjnym – zał. nr 1 Regulaminu.

## **§ 40**

### **ZAKRES OBOWIĄZKÓW, UPRAWNIENÍ I ODPOWIEDZIALNOŚCI ZASTĘPCY DYREKTORA DS. EKONOMICZNO – ADMINISTRACYJNYCH**

1. Zastępca Dyrektora ds. Ekonomiczno – Administracyjnych podlega Dyrektorowi.
2. Zastępuje Dyrektora w czasie jego nieobecności na podstawie pisemnego upoważnienia.
3. Realizuje swoje obowiązki przy pomocy kierowników podległych komórek organizacyjnych.
4. Do obowiązków Zastępcy Dyrektora należy:
  - a. sporządzanie sprawozdań i analiz ekonomicznych z działalności komórek organizacyjnych,
  - b. opracowywanie planów rzeczowo – finansowych,
  - c. nadzór nad gospodarką materiałową,
  - d. nadzór nad zaopatrzeniem w materiały, sprzęt i aparaturę,
  - a. zarządzanie i racjonalna eksploatacja infrastruktury technicznej,
  - b. nadzorowanie działalności remontowej i inwestycyjnej,
  - c. nadzór nad gospodarką, energią i paliwami oraz kontrola zaopatrzenia w materiały, sprzęt i aparaturę,
  - d. nadzór nad zapewnieniem ciągłości dostaw mediów, w ilości i jakości odpowiadającym potrzebom Zakładu,
  - e. doskonalenie funkcjonowania wdrożonego Systemu Zarządzania Jakością
5. Do obowiązków Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomiczno – Administracyjnych należy ponadto:
  - a. nadzór i koordynacja działań związanych z realizacją bieżących i strategicznych zadań w obszarze ekonomiczno – administracyjnym oraz w Systemie Zarządzania Jakością,
  - b. wnioskowanie, analizowanie, zgłaszanie projektów i propozycji dotyczących obszaru realizowanych zadań.
6. Z tytułu nałożonych obowiązków zastępca Dyrektora ds. Ekonomiczno – Administracyjnych posiada uprawnienia zgodnie z upoważnieniem wydanym przez Dyrektora Zakładu.
7. Wyszczególnione powyżej obowiązki oraz przyznane uprawnienia stanowią bezpośrednią podstawę do definiowania odpowiedzialności pracownika jako równoznacznej z jego obowiązkami.
8. Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomiczno – Administracyjnych podlegają komórki organizacyjne wykazane w schemacie organizacyjnym – zał. nr 1 do Regulaminu.

## **§ 41**

### **ZAKRES OBOWIĄZKÓW, UPRAWNIENÍ I ODPOWIEDZIALNOŚCI GŁÓWNEGO KSIĘGOWEGO**

1. Główny Księgowy podlega służbowo bezpośrednio zastępcy Dyrektora ds. Ekonomiczno – Administracyjnych.
2. Głównemu księgowemu Dyrektor powierza obowiązki i odpowiedzialność w zakresie:
  - a. prowadzenie rachunkowości jednostki,
  - b. wykonywanie dyspozycji środkami pieniężnymi,
  - c. dokonywanie wstępnej kontroli:

- zgodności operacji gospodarczych i finansowych z planem finansowym,
- kompletności i rzetelności dokumentów dotyczących operacji gospodarczych i finansowych.

3. Główny Księgowy wykonując swoje obowiązki poprzez:

- a. nadzór i koordynację działań związanych z realizacją bieżących i strategicznych zadań w obszarze ekonomiczno – finansowym wskazanym przez Dyrektora,
- b. analizowanie, wnioskowanie oraz przedkładanie Dyrektorowi projektów dotyczących racjonalnego, efektywnego i skutecznego zarządzania finansami Zakładu,
- c. opracowywanie i nadzór nad wdrożeniem i utrzymywaniem zasad księgowości zarządczej w działalności Zakładu,
- d. prowadzenie rachunkowości Zakładu zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, zapewniającymi właściwe sporządzanie, obieg i przechowywanie dokumentów oraz rzetelne i terminowe sporządzanie sprawozdawczości,
- e. prowadzenie gospodarki finansowej Zakładu w sposób zapewniający prawidłowe rozliczenia pieniężne, ochronę wartości pieniężnych, terminowe ściąganie należności oraz spłatę zobowiązań,
- f. inicjowanie i wdrażanie działań zapewniających bezpieczeństwo operacji finansowych podejmowanych przez Zakład,
- g. koordynacja działań nad opracowaniem i wdrożeniem najefektywniejszych rozwiązań personalnych i organizacyjnych dotyczących polityki finansowej Zakładu, ze szczególnym uwzględnieniem obsługi zadłużenia,
- h. wykonywanie innych zadań o charakterze operacyjnym z zakresu polityki finansowej zleconych przez Dyrektora, oraz przestrzeganie procedur Systemu Zarządzania Jakością,
- i. prowadzenie rachunkowości Zakładu zgodnie z obowiązującymi przepisami i zasadami, szczególnie:
  - organizacji sporządzania, przyjmowania, obiegu, archiwizowania i kontroli dokumentów w sposób zapewniający właściwy przebieg operacji gospodarczych, ochronę mienia posiadanego przez Zakład, sporządzanie sprawozdawczości finansowej,
- k. bieżące i prawidłowe prowadzenie księgowości oraz sprawozdawczości finansowej w sposób umożliwiający:
  - terminowe przekazywanie rzetelnych informacji ekonomicznych,
  - ochronę mienia posiadanego przez Zakład oraz terminowe i prawidłowe rozliczanie, osób majątkowo odpowiedzialnych za to mienie, prawidłowe i terminowe dokonywanie rozliczeń finansowych.
- l. nadzorowanie prac z zakresu rachunkowości, wykonywanych przez podległych pracowników.

4. Prowadzenie gospodarki finansowej Zakładu zgodnie z obowiązującymi zasadami i przepisami prawa.

- a. zapewnienie pod względem finansowym prawidłowości umów zawieranych przez Zakład,
- b. przestrzeganie zasad rozliczeń pieniężnych i ochrony wartości pieniężnych,
- c. zapewnienie terminowego ściągania należności i dochodzenie roszczeń spornych,

d.nadzór nad prawidłowością wykorzystania środków przydzielonych z budżetu państwa np. dotacji lub innych środków będących w dyspozycji Zakładu,

e.dokonywanie w ramach kontroli wewnętrznej:

- wstępnej, bieżącej i następnej kontroli funkcjonalnej w zakresie powierzonych obowiązków,
- wstępnej kontroli legalności dokumentów dotyczących wykonywania planów finansowych oraz ich zmian,
- kontroli operacji gospodarczych Zakładu stanowiących przedmiot księgowania.

f.opracowywanie projektów przepisów wewnętrznych wydawanych przez Dyrektora Zakładu, dotyczących prowadzenia polityki rachunkowości, a w szczególności zakładowego planu kont, obiegu dokumentów księgowych, zasad przeprowadzania i rozliczania inwentaryzacji,

g.wykonywanie innych zadań o charakterze operacyjnym i strategicznym z zakresu polityki finansowej zleconych przez Dyrektora oraz przestrzeganie procedur Systemu Zarządzania Jakością.

5. Głównemu Księgowemu podlegają stanowiska pracy wykazane w opisie Działu Ekonomiczno – Finansowego.
6. Z tytułu pełnionych obowiązków Główny Księgowy posiada uprawnienia zgodnie z upoważnieniem wydanym przez Dyrektora Zakładu.
7. Wyszczególnione powyżej obowiązki oraz przyznane uprawnienia stanowią bezpośrednią podstawę do definiowania odpowiedzialności pracownika jako równoznacznej z jego obowiązkami.

## **§ 42**

### **ZAKRES OBOWIĄZKÓW INSPEKTORA OCHRONY DANYCH**

1. Inspektor ochrony danych zgodnie z zapisem art. 8 ustawy o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. 2019 r. poz. 1781 ze zm.) zostaje wyznaczony przez Administratora danych osobowych w przypadkach i na zasadach określonych w art. 37 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE w drodze Zarządzenia.
2. Do zadań Inspektora Ochrony danych zgodnie z art. 38 i 39 rozporządzenia PEiR (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. należy:
  - a. informowanie administratora, podmiotu przetwarzającego oraz pracowników, którzy przetwarzają dane osobowe, o obowiązkach spoczywających na nich na mocy przepisów wydanych w powyższym zakresie;
  - b. monitorowanie przestrzegania przepisów prawa oraz polityk administratora 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;

- c. udzielanie na żądanie zaleceń co do oceny skutków dla ochrony danych oraz monitorowanie jej wykonania zgodnie z oceną skutków dla ochrony danych;
  - d. współpraca z Prezesem Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
  - e. pełnienie funkcji punktu kontaktowego dla Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w kwestiach związanych z przetwarzaniem, w tym z uprzednimi konsultacjami, o których mowa w art. 36, oraz w stosownych przypadkach prowadzenia konsultacji we wszelkich innych sprawach,
  - f. pełnienie roli punktu kontaktowego dla osób, których dane dotyczą we wszystkich sprawach związanych z przetwarzaniem ich danych osobowych oraz z wykonywaniem praw przysługujących im na mocy przepisów prawa w powyższym zakresie;
- 3. Administrator danych może powierzyć Inspektorowi Ochrony Danych wykonywanie innych obowiązków, jeżeli nie naruszy to prawidłowego wykonywania zadań, o których mowa powyżej.
  - 4. Administrator Danych może powołać zastępców Inspektora Ochrony Danych, którzy spełniają warunki określone powyżej.
  - 5. Inspektorem Ochrony Danych może być osoba wyznaczona na podstawie kwalifikacji zawodowych,
    - a w szczególności wiedzy fachowej na temat prawa i praktyk w dziedzinie ochrony danych przez umiejętności wypełniania zadań wymienionych powyżej.
  - 6. Inspektor Ochrony Danych podlega bezpośrednio kierownikowi jednostki organizacyjnej tj. Dyrektorowi Zakładu, będącemu administratorem danych.
  - 7. Administrator danych zapewnia środki i organizacyjną odrębność Inspektora Ochrony Danych do niezależnego wykonywania przez niego zadań, o których mowa powyżej.

### **§ 43**

#### **ZAKRES OBOWIĄZKÓW, UPRAWNIENI I ODPOWIEDZIALNOŚCI NACZELNEJ PIEŁĘGNIARKI**

- 1. W zakresie zarządzania zasobami ludzkimi należy:
  - a. opracowywanie struktury zatrudnienia – pielęgniarek, ratowników medycznych, opiekunów medycznych, rejestratorek/sekretarek, personelu pomocniczego, innego podległego personelu,
  - b. ustalanie minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek zgodnie z aktualnymi wytycznymi,
  - c. prowadzenie prawidłowej polityki kadrowej poprzez:
    - systematyczne szacowanie rzeczywistego zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską,
    - udział w rekrutacji nowej kadry,
    - nadzorowanie nad przebiegiem procesu adaptacji nowo zatrudnionych pracowników,
    - zapewnienie alokacji zasobów kadrowych odpowiednio do faktycznego zapotrzebowania na opiekę,
    - ustalanie zakresu zadań merytorycznych, odpowiedzialności, wymagań na poszczególnych stanowiskach,
    - zatwierdzanie, kontrolę, rozliczanie harmonogramu czasu pracy.

2. W zakresie odpowiedzialności za zagwarantowanie kompleksowej i profesjonalnej opieki nad pacjentami:
  - a. dokonywanie systematycznej oceny jakości i dostępności realizowanych świadczeń oraz przestrzeganie procedur i standardów praktyki zawodowej,
  - b. koordynowanie i nadzór merytoryczny zadań realizowanych przez podległy personel,
  - c. opracowywanie i wdrażanie Standardów Praktyki Zawodowej Pielęgniarek przez współudział w tworzeniu procedur wewnętrznych,
  - d. poszukiwanie i proponowanie nowych rozwiązań na rzecz poprawy jakości usług pielęgniarskich,
  - e. zapewnienie właściwego wyposażenia stanowiska pracy w sprzęt, aparaturę, materiał niezbędny do prowadzenia działalności zawodowej oraz nadzór nad ich prawidłowym wykorzystaniem.
3. W celu zapewnienia skutecznej realizacji swoich zadań Naczelna Pielęgniarka uprawniona jest do:
  - a. wnioskowania w sprawach podległego personelu w zakresie zatrudniania, awansowania, nagradzania, karania,
  - b. proponowania zasad wynagradzania oraz ustalania wynagrodzeń indywidualnych podległego personelu,
  - c. nadzorowania i przestrzegania dyscypliny pracy, ustaleń zawartych w regulaminach obowiązujących w Zakładzie,
  - d. rozpatrywania wniosków i skarg:
    - związanych z wykonywaniem świadczeń medycznych przez podległy personel,
    - zgłaszanych przez pracowników,
  - e. kontrolowania prowadzonej dokumentacji medycznej,
  - f. planowania rozwoju zawodowego podległego personelu:
    - określanie zapotrzebowania na szkolenia wewnętrzne i zewnętrzne,
    - kierowanie na szkolenie,
    - organizowanie/ prowadzenie szkoleń,
    - ustalanie planu szkoleń personelu pielęgniarskiego w porozumieniu z pielęgniarkami oddziałowymi,
  - g. kontrolowania stanu higienicznego podległych komórek,
  - h. uczestniczenia w komisjach konkursowych na stanowisko pielęgniarki oddziałowej, przełożonej pielęgniarek,
  - i. brania udziału i angażowanie się w prace działających komitetów wewnętrznych,
  - j. nadzorowania przebiegu staży w toku kształcenia podyplomowego, składania wniosków w sprawie organizacji pracy w Zakładzie.
4. Przestrzeganie procedur w zakresie Systemu Zarządzania Jakością.
5. Naczelna Pielęgniarka w realizacji swoich działań współpracuje z:
  - a. Przełożoną Pielęgniarek,
  - b. kierownictwem Zakładu, ordynatorami/ kierownikami oddziałów oraz kierownikami innych komórek,
  - c. placówkami szkolenia zawodowego,

- d. Okręgową Izbą Pielęgniarek i Położnych.
- 6. Naczelna Pielęgniarka podlega bezpośrednio Dyrektorowi Zakładu.
- 7. Naczelna Pielęgniarka zastępowana jest przez Przełożoną Pielęgniarek.
- 8. Pielęgniarsce Naczelnej podlegają:
  - a. Przełożona Pielęgniarek,
  - b. Pielęgniarki Oddziałowe,
  - c. Pielęgniarki Koordynujące,
  - d. Ratownicy medyczni,
  - e. Opiekunki medyczne,
  - f. Rejestratorki, sekretarki medyczne,
  - g. Salowe.
- 9. Z tytułu nałożonych obowiązków Naczelna Pielęgniarka posiada inne uprawnienia zgodnie z upoważnieniem wydanym przez Dyrektora Zakładu.
- 10. Wyszczególnione powyżej obowiązki oraz przyznane uprawnienia stanowią bezpośrednią podstawę do definiowania odpowiedzialności pracownika, jako równoznacznej z jego obowiązkami.

#### **§ 44**

#### **ZAKRES OBOWIĄZKÓW, UPRAWNIENÍ I ODPOWIEDZIALNOŚCI PRACOWNIKÓW ZAJMUJĄCYCH KIEROWNICZE STANOWISKA W ZAKŁADZIE**

- 1. Pracownik zajmujący kierownicze stanowisko zobowiązany jest do planowania, organizowania, nadzorowania oraz kontroli działalności komórki organizacyjnej, którą kieruje, w szczególności odpowiada za:
  - a. zapewnienie odpowiedniego poziomu merytorycznego realizowanych zadań,
  - b. prawidłowy przepływ informacji oraz współpracę z innymi komórkami organizacyjnymi w zakresie realizacji zadań i celów Zakładu,
  - c. nadzór nad prowadzeniem dokumentacji, jej przepływem, bezpieczeństwem i prawidłową archiwizacją,
  - d. przestrzeganie obowiązujących norm etycznych i praw pacjentów,
  - e. nadzór nad racjonalnym wykorzystaniem zasobów wydzielonych dla potrzeb działalności komórki organizacyjnej,
  - f. udzielanie wyjaśnień dotyczących skarg na działalność komórki organizacyjnej,
  - g. planowanie i nadzór nad realizacją szkoleń wewnętrznych i zewnętrznych,
  - h. przestrzeganie przepisów wewnętrznych i zewnętrznych związanych z działalnością podległej komórki organizacyjnej,
  - i. przestrzeganie procedur w zakresie Systemu Zarządzania Jakością.
- 2. Z tytułu nałożonych obowiązków kierownicy komórek organizacyjnych posiadają uprawnienia zgodnie z upoważnieniem wydanym przez Dyrektora Zakładu.

3. Wyszczególnione powyżej obowiązki oraz przyznane uprawnienia stanowią bezpośrednią podstawę do definiowania odpowiedzialności pracownika, jako równoznacznej z jego obowiązkami.

## **§ 45**

### **ZAKRES OBOWIĄZKÓW, UPRAWNIENI I ODPOWIEDZIALNOŚCI ORDYNATORA lub KIEROWNIKA ODDZIAŁÓW SZPITALNYCH, ZAKŁADÓW I PRACOWNI DIAGNOSTYCZNYCH I ZABIEGOWYCH**

1. Ordynatorzy oraz kierownicy podlegają służbowo Dyrektorowi Zakładu .
2. Do podstawowych zadań i obowiązków ordynatorów oraz kierowników oddziałów, zakładów diagnostycznych i zabiegowych należy zarządzanie i kierowanie podległymi komórkami, w tym procesem diagnostyki, leczenia i rehabilitacji odpowiednio do reprezentowanej specjalności, a w szczególności:
  - a. prawidłowa organizacja procesu diagnostyczno–lecniczego,
  - b. zapewnienie odpowiedniego do aktualnych wymagań medycyny, obowiązujących standardów i możliwości Zakładu, poziomu merytorycznego udzielanych świadczeń,
  - c. podejmowanie, w trybie obowiązującym w Zakładzie, działań w celu zapewnienia zasobów wymaganych dla realizacji zadań podległej komórki,
  - d. przestrzeganie obowiązujących norm etycznych i praw pacjentów związanych z prowadzoną działalnością,
  - e. nadzór nad stanem epidemiologicznym podległych komórek, podejmowanie działań profilaktycznych, eliminowanie i analiza incydentów epidemiologicznych oraz właściwe prowadzenie wymaganej dokumentacji dotyczącej zagadnień epidemiologicznych,
  - f. zgłaszanie do Dyrektora Zakładu oraz nadzoru sanitarnego wszystkich przypadków zakażeń szpitalnych, spostrzeżeń i wniosków w tym zakresie,
  - g. analizowanie potrzeb oddziału, pracowni lub zakładu i przedkładanie ich przełożonemu,
  - h. racjonalna, dostosowana do stawianych zadań polityka kadrowa w tym związana z doskonaleniem umiejętności, aktualizacją wiedzy i rozwojem zawodowym,
  - i. nadzór nad jakością dokumentacji medycznej, jej przepływem, bezpieczeństwem i prawidłową archiwizacją,
  - j. nadzór nad racjonalnym wykorzystaniem zasobów wydzielonych dla potrzeb działalności oddziału,
  - k. przedkładanie do zaopiniowania i zatwierdzenia przez sekcję ekonomiczno – finansową wszystkich decyzji rodzących skutki ekonomiczne,
  - l. nadzór i podejmowanie skutecznych działań w celu zapewnienia bezpieczeństwa ludzi i mienia w trakcie procesu diagnostyczno – leczniczego,
  - m. nadzór nad stanem techniczno – funkcjonalnym infrastruktury stanowiącej środowisko opieki związane z działalnością oddziałów,
  - n. skuteczne i efektywne realizowanie kontraktów i umów zawartych przez Zakład, w części mającej zastosowanie do działalności oddziału,

- o. analiza i planowanie działalności dla celów kontraktowania świadczeń zdrowotnych i analiza realizacji kontraktów,
  - p. udział w komisjach, w tym m.in. Komitetu ds. zakażeń szpitalnych, Komitetu terapeutycznego, ds. jakości świadczeń medycznych,
  - q. nadzór nad przestrzeganiem obowiązujących przepisów i instrukcji w zakresie zasad BHP i P/POŻ. Przez podległy personel,
  - r. współpraca z kadrą kierowniczą Zakładu w zakresie wszystkich zagadnień dotyczących zadań i celów realizowanych przez te podmioty,
  - s. realizacja decyzji i poleceń przełożonych lub innych kompetentnych służb w sytuacjach nadzwyczajnych związanych z wystąpieniem zagrożenia epidemiologicznego, klęską żywiołową, katastrofą, wypadkiem masowym, atakiem terrorystycznym lub innymi zdarzeniami o podobnym charakterze,
  - t. udzielanie wyjaśnień dotyczących skarg i zażaleń na działalność oddziału,
  - u. sporządzanie comiesięcznego grafiku dyżurów lekarzy zatrudnionych w oddziale do dnia 15-go poprzedzającego miesiąc ustalanych dyżurów i przekazywanie do Działu Organizacyjno-Prawnego,
  - v. sporządzanie comiesięcznie wykonania planu dyżurów za miesiąc poprzedni i przekazywanie do dnia 2-go następnego miesiąca do Działu Organizacyjno-Prawnego,
  - w. przestrzeganie procedur w zakresie Systemu Zarządzania Jakością.
3. Współpraca z Dyrektorem oraz jego Zastępcami w zakresie podległości służbowych zgodnie ze schematem organizacyjnym stanowiącym załącznik Nr 1. do Regulaminu, tj. z oddziałami szpitalnymi oraz pracownikami diagnostycznymi, poradniami specjalistycznymi i podstawową opieką zdrowotną.
4. Z tytułu nałożonych obowiązków ordynatorzy lub kierownicy komórek organizacyjnych posiadają uprawnienia zgodnie z upoważnieniem wydanym przez Dyrektora Zakładu.

## **§ 46**

### **STANOWISKO PEŁNOMOCNIKA DS. PRAW PACJENTA**

- 1. Pełnomocnik do spraw praw pacjenta podlega służbowo Dyrektorowi.
- 2. Pełnomocnik wspiera podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych w zakresie przestrzegania praw pacjenta określonych w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
- 3. Pełnomocnik podejmuje działania na rzecz poprawy stopnia przestrzegania praw pacjenta w Szpitalu poprzez:
  - a. udział w rozpatrywaniu skarg pacjentów,
  - b. analizę stwierdzonych nieprawidłowości dotyczących realizacji praw pacjenta oraz proponowanie Dyrektorowi działań naprawczych,
  - c. prowadzenie szkoleń z zakresu praw pacjenta dla osób zatrudnionych w Szpitalu.
- 4. Pełnomocnik ds. praw pacjenta współpracuje z Rzecznikiem Praw Pacjenta.

**CZĘŚĆ IV**  
**ZADANIA KOMÓREK DZIAŁALNOŚCI PODSTAWOWEJ**

**§ 47**

**Zadania Szpitalnego Oddziału Ratunkowego oraz Biura przyjęć.**

1. Kwalifikowanie pacjentów zgłaszających się do Szpitala ze skierowaniem lub bez skierowania, na podstawie przeprowadzonego wywiadu, badania przedmiotowego, a także w razie potrzeby diagnostyki i terapii, do:
  - a. przyjęcia pacjenta do Szpitala w trybie nagłym lub planowym,
  - b. odmowy przyjęcia z zaleceniem dalszej opieki w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej lub opieki specjalistycznej,
  - c. skierowania do innej placówki specjalistycznej.
2. Przyjmowanie pacjentów zakwalifikowanych do leczenia szpitalnego w trybie planowym lub nagłym oraz przekazywanie do właściwego oddziału wraz z założoną historią choroby.
3. Uzyskiwanie od pacjenta pisemnej zgody lub osoby wyrażającej zgodę w jego imieniu na przyjęcie do Szpitala.
4. Udzielanie pomocy doraźnej pacjentom, którzy nie zostali zakwalifikowani do leczenia szpitalnego lub zostali zakwalifikowani do przyjęcia w późniejszym terminie.
5. Wydawanie zaświadczeń i orzeczeń o stanie zdrowia.
6. W przypadku odmowy pacjenta na pozostawienie go w Szpitalu, lekarz dyżurny ma obowiązek przekazać pacjentowi, osobom towarzyszącym lub pełnomocnikowi pacjenta informacje o skutkach pogorszenia stanu zdrowia oraz odnotowanie zaistniałej sytuacji w dokumentacji medycznej a w szczególności w karcie informacyjnej pacjenta.
7. Jeżeli lekarz stwierdzi potrzebę niezwłocznego umieszczenia pacjenta w Szpitalu, a Szpital nie posiada wolnych miejsc lub nie udziela świadczeń zdrowotnych w danym zakresie bądź względy epidemiczne nie pozwolą na przyjęcie pacjenta, Szpital po udzieleniu niezbędnej pomocy, zapewnia w tym zakresie w razie potrzeby przewiezienie pacjenta do innego szpitala, po uprzednim porozumieniu się z tym szpitalem, a lekarz odnotowuje ten fakt w dokumentacji medycznej.
8. W razie przyjęcia do szpitala pacjenta o nieznanej tożsamości lekarz dyżurny powiadamia komendę policji oraz odnotowuje ten fakt w dokumentacji medycznej celem ustalenia jego danych osobowych.
9. W przypadku przyjęcia do Szpitala pacjenta, który doznał obrażeń w następstwie wypadku lub działania przestępczego, lekarz dyżurny powiadamia komendę policji, prokuraturę oraz odnotowuje ten fakt w dokumentacji medycznej, z podaniem daty, godziny i nazwiska osoby pacjenta.
10. Udzielanie niezbędnych świadczeń w tym diagnostycznych pacjentom kierowanym z Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego tutejszego Zakładu w przypadku nagłego zachorowania lub pogorszenia stanu zdrowia.

11. Prowadzenie depozytu odzieży oraz rzeczy wartościowych. Za rzeczy wartościowe, które przechowywać można w depozycie, uznać należy rzeczy, których pacjent w trakcie trwania hospitalizacji nie może zostawić w innym miejscu, np. w mieszkaniu.
12. Wydawanie kart informacyjnych pacjentom niezakwalifikowanym do leczenia szpitalnego oraz informowanie o dalszym sposobie postępowania.
13. Lekarz pełniący dyżur w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym przez cały czas trwania dyżuru ma obowiązek przebywania na terenie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, w uzasadnionych przypadkach uczestniczy w niezbędnych badaniach diagnostycznych pacjenta realizowanych na terenie Szpitala, ale poza SOR.
14. Prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
15. Współpraca z innymi komórkami organizacyjnymi w zakresie realizacji zadań i celów Zakładu.
16. Przestrzeganie procedur w zakresie Systemu Zarządzania Jakością.
17. Szpitalnym Oddziałem Ratunkowym kieruje ordynator lub kierownik, a w czasie jego nieobecności zastępca ordynatora lub kierownika, lub wyznaczony lekarz, który podlega służbowo Dyrektorowi Zakładu.

## **§ 48**

### **Zadania oddziałów zabiegowych**

1. Do oddziałów zabiegowych należą:
  - a. Oddział Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Kolorektalnej,
  - b. Oddział Chirurgii Ogólnej i Obrażeń Wielonarządowych z Pododdziałem Oparzeń,
  - c. Oddział Urologii z pododdziałami: urologii onkologicznej, endoskopowego leczenia kamicy układu moczowego,
  - d. Oddział Okulistyczny,
  - e. Oddział Chirurgii Ogólnej i Minimalnie Inwazyjnej,
  - f. Oddział Kardiochirurgii z Salami Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego,
  - g. Oddział Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu,
  - h. Oddział Neurochirurgii,
2. Do zadań oddziałów zabiegowych należy zapewnienie całodobowej opieki medycznej pacjentom zakwalifikowanym do leczenia szpitalnego, zgodnie ze specjalnością, w tym:
  - a. diagnostyka przed i pooperacyjna,
  - b. uzyskiwanie pisemnej zgody pacjenta lub osoby wyrażającej zgodę w jego imieniu na wykonanie zabiegu operacyjnego albo zastosowania metody leczenia lub diagnostyki stwarzającej podwyższone ryzyko dla pacjenta,
  - c. przygotowywanie pacjentów do zabiegów operacyjnych i ich wykonywanie,
  - d. opieka pooperacyjna,
  - e. zapewnienie opieki pielęgniarstwa,
  - f. leczenie zachowawcze w wymagających tego przypadkach, aż do uzyskania wyleczenia lub poprawy stanu zdrowia pacjenta, które umożliwia wypis ze szpitala,
  - g. udzielanie konsultacji specjalistycznych, na rzecz pacjentów innych oddziałów i komórek leczniczych Zakładu,

- h. prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa,
  - i. współpraca z innymi komórkami organizacyjnymi w zakresie realizacji zadań i celów Zakładu,
  - j. przestrzeganie procedur w zakresie Systemu Zarządzania Jakością.
3. Prace personelu średniego i niższego organizują i nadzorują pielęgniarki oddziałowe lub koordynujące.
  1. Oddziałami kierują ordynatorzy lub kierownicy, a w czasie ich nieobecności zastępcy ordynatorów lub kierowników, lub wyznaczeni lekarze, którzy podlegają służbowo Dyrektorowi Zakładu.
  4. Ordynatorzy lub kierownicy odpowiadają za sprawne funkcjonowanie oddziałów.
  5. Wprowadza się obowiązek prowadzenia okołooperacyjnej karty kontrolnej, zawierającej informacje o wykonaniu niezbędnych czynności okołooperacyjnych w sali operacyjnej.
  6. Koordynatorem okołooperacyjnej karty kontrolnej jest lekarz anestezjolog prowadzący znieczulenie danego pacjenta, a w przypadku nieuczestniczenia w zabiegu operacyjnym lekarza anestezjologa koordynatorem jest pielęgniarka asystująca tzw. „Pielęgniarka brudna”. Szczegółowe postępowanie dotyczące prowadzenia karty określa Zarządzenie Dyrektora w powyższym zakresie.

## 49

### Zadania oddziałów niezabiegowych

1. Do oddziałów niezabiegowych należą:
  - a. Oddział Chorób Wewnętrznych,
  - b. Oddział Kardiologiczny z Pododdziałem Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego,
  - c. Oddział Neurologii z Pododdziałem Udarowym,
  - d. Oddział Reumatologii, Układowych Chorób Tkanki Łącznej i Immunoterapii Chorób Reumatycznych,
  - e. Oddział Zakaźny,
  - f. Dzienny Oddział Rehabilitacji Kardiologicznej.
2. Do zadań oddziałów niezabiegowych należy zapewnienie całodobowej opieki medycznej pacjentom zakwalifikowanym do leczenia szpitalnego, zgodnie ze specjalnością, w tym:
  - a. diagnostyka i leczenie schorzeń z zakresu specjalności oddziału,
  - b. uzyskiwanie pisemnej zgody pacjenta lub osoby wyrażającej zgodę w jego imieniu na zastosowanie metody leczenia lub diagnostyki stwarzającej podwyższone ryzyko dla pacjenta,
  - c. zapewnienie opieki pielęgniarskiej,
  - d. leczenie zachowawcze, aż do uzyskania wyleczenia lub poprawy stanu zdrowia pacjenta, które umożliwia wypis ze Szpitala,
  - e. udzielanie konsultacji specjalistycznych, na rzecz pacjentów oddziałów szpitalnych oraz innych komórek leczniczych Zakładu,
  - f. prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa,

- g. współpraca z innymi komórkami organizacyjnymi w zakresie realizacji zadań i celów Zakładu,
  - h. przestrzeganie procedur w zakresie Systemu Zarządzania Jakością.
3. Prace personelu średniego i niższego organizują i nadzorują pielęgniarki oddziałowe lub koordynujące.
  4. Ordynatorzy lub kierownicy odpowiadają za sprawne funkcjonowanie oddziałów.
  5. Oddziałami kierują ordynatorzy lub kierownicy, a w czasie ich nieobecności zastępcy ordynatorów lub kierowników, lub wyznaczeni lekarze, którzy podlega służbowo Dyrektorowi.

## § 50

### Zakład Opiekuńczo-Lecniczy

Zadania Zakładu Opiekuńczo-Lecniczego:

6. Do **Zakładu Opiekuńczo-Lecniczego** przyjmowani są pacjenci na podstawie skierowania lekarza.
7. Skierowanie do Zakładu Opiekuńczo-Lecniczego wystawia lekarz ubezpieczenia zdrowotnego na podstawie wypełnionego wniosku o wydanie skierowania do zakładu opiekuńczo-leczniczego.
8. Do skierowania należy dołączyć wypełniony druk „Wywiad pielęgniarski” i „Zaświadczenie lekarskie”, decyzję o przyznaniu świadczenia emerytalnego lub rentowego, kserokopię dowodu osobistego oraz oświadczenie.
9. Osoba zakwalifikowana do Zakładu Opiekuńczo-Lecniczego zostaje przyjęta w terminie wynikającym z kolejności na liście oczekujących.
10. W przypadku konieczności niezwłocznego przyjęcia pacjenta na liście oczekujących chory zostaje wpisany z adnotacją „**pilne**”. Decyzję o tym podejmują lekarze zatrudnieni w ZOL, na podstawie przedłożonej dokumentacji.
11. Zakład Opiekuńczo-Lecniczy zapewnia całodobową pielęgnację i kontynuację leczenia
12. Zakład Opiekuńczo-Lecniczy udziela następujących świadczeń:
  - a. świadczenia lekarskie,
  - b. świadczenia pielęgniarskie,
  - c. rehabilitację ogólną, w podstawowym zakresie celem zmniejszenia skutków upośledzenia ruchowego oraz usprawniania ruchowego,
  - d. świadczenia psychologa,
  - e. terapię zajęciową,
  - f. leczenie farmakologiczne, leczenie dietetyczne,
  - g. zaopatrzenie w środki pomocnicze oraz przedmioty ortopedyczne,
  - h. zapewnienie badań diagnostycznych,
  - i. edukację zdrowotną polegającą na przygotowaniu pacjenta i jego rodziny lub opiekuna do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych,
13. zapewnienie transportu sanitarnego – zgodnie z Zarządzeniem Dyrektora Zakładu Nr 44/2012, w sprawie zasad korzystania z transportu sanitarnego.

14. Świadczenia gwarantowane, o których mowa w pkt 6, są udzielane pacjentom, którzy w ocenie skalą „Bartel” otrzymali od 0 do 40 pkt i wymagają opieki osób trzecich.
15. Do ZOL nie przyjmuje się pacjentów, którzy w ocenie w skali „Bartel” otrzymują 40 punktów lub mniej, jeżeli podstawowym wskazaniem do objęcia opieką jest zaawansowana choroba nowotworowa, choroba psychiczna lub uzależnienie.
16. Zakład Opiekuńczo-Leczniczy zobowiązany jest prowadzić dokumentację medyczną, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
17. ZOL współpracuje z innymi komórkami organizacyjnymi szpitala w zakresie realizacji zadań i celów.
18. ZOL zobowiązany jest do przestrzegania procedur w zakresie Systemu Zarządzania Jakością.
19. Zakresy czynności osób udzielających świadczeń opracowuje kierownik ZOL.
20. Kierownik ZOL przestrzega wszelkich regulaminów wewnętrznych oraz Zarządzeń obowiązujących w Szpitalu.
21. Prace personelu organizuje i nadzoruje kierownik Zakładu Opiekuńczo-Lecznego.
22. Kierownik ZOL, a w czasie jego nieobecności zastępca kierownika podlega służbowo bezpośrednio pod Dyrektora Zakładu.

## **§ 51**

### **Zadania Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii**

6. Do zadań oddziału należy zapewnienie całodobowej opieki medycznej pacjentom zakwalifikowanym do leczenia szpitalnego, zgodnie ze specjalnością, w tym:
  - a. sprawowanie intensywnego nadzoru medycznego w stanach zagrożenia życia,
  - b. prowadzenie diagnostyki,
  - c. zapewnienie opieki pielęgniarstwa,
  - d. uzyskiwanie pisemnej zgody pacjenta lub osoby wyrażającej zgodę w jego imieniu na wykonanie zabiegu operacyjnego albo zastosowania metody leczenia lub diagnostyki stwarzającej podwyższone ryzyko dla pacjenta,
  - e. wykonywanie znieczuleń ogólnych i przewodowych,
  - f. udzielanie konsultacji specjalistycznych na rzecz pacjentów oddziałów szpitala oraz innych komórek leczniczych Zakładu,
  - g. udzielanie pomocy w przypadkach konieczności reanimacji pacjentów w szpitalnym oddziale ratunkowym / izbach przyjęć szpitala, w oddziałach szpitalnych, poradniach, pracowniach,
  - h. prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa,
  - i. współpraca z innymi komórkami organizacyjnymi w zakresie realizacji zadań i celów Zakładu,
  - j. przestrzeganie procedur w zakresie Systemu Zarządzania Jakością.
7. Prace personelu średniego i niższego organizuje i nadzoruje pielęgniarka oddziałowa.
8. Oddziałem kieruje ordynator lub kierownik, a w czasie jego nieobecności zastępca ordynatora lub kierownika, lub wyznaczony lekarz, który podlega służbowo Dyrektorowi Zakładu.
9. Ordynator lub kierownik odpowiada za sprawne funkcjonowanie oddziału.

## **§ 52**

### **Zadania Bloku Operacyjnego**

1. Utrzymanie stanu gotowości operacyjnej na rzecz pacjentów oddziałów szpitalnych – zapewnienie, że w razie nagłej potrzeby personel, instrumentarium, bielizna i sprzęt będą gotowe do nagłego przeprowadzenia zabiegu operacyjnego.
2. Przeprowadzanie zabiegów operacyjnych u pacjentów zakwalifikowanych do leczenia operacyjnego.
3. Prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
4. Współpraca z innymi komórkami organizacyjnymi w zakresie realizacji zadań i celów Zakładu.
5. Przestrzeganie procedur w zakresie Systemu Zarządzania Jakością.
6. Prace personelu pielęgniarskiego i pomocniczego organizuje i nadzoruje pielęgniarka/pielęgniarz oddziałowa/y lub koordynująca/y.
7. Blokiem operacyjnym kieruje kierownik, który podlega służbowo Dyrektorowi Zakładu.
8. Kierownik odpowiada za sprawne funkcjonowanie bloku operacyjnego.

## **§ 53**

### **Zadania Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej z Pracownikami**

1. Rejestracja pacjentów.
2. Pobieranie materiału do badań.
3. Segregowanie i przygotowywanie pobranego lub dostarczonego materiału do wykonywania badań.
4. Ewidencja oraz wydawanie wyników badań.
5. Wykonywanie zleconych badań diagnostycznych z zakresu: biochemii, analityki ogólnej, serologii, hematologii, bakteriologii i innych prowadzonych w laboratoriach zakresach badań dla pacjentów hospitalizowanych i ambulatoryjnych oraz pacjentów realizujących badania we własnym zakresie.
6. Udział w programach wewnętrznej i zewnętrznej kontroli jakości wykonywanych badań.
7. Identyfikacja bakterii tlenowych i beztlenowych oraz grzybów w materiałach uzyskanych od pacjentów, oraz ze sprzętu medycznego itp. umożliwiających celowane leczenie antybiotykami.
8. Zabezpieczenie pacjentom hospitalizowanym krwi i jej składników.
9. Prowadzenie dokumentacji obrotu krwi i jej składnikami.
10. Prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
11. Współpraca z innymi komórkami organizacyjnymi w zakresie realizacji zadań i celów Zakładu.
12. Realizacja umów o zamówienia publiczne.
13. Wykonywanie zadań wynikających z Regulaminu zakupów doraźnych.
14. Przestrzeganie procedur w zakresie Systemu Zarządzania Jakością.
15. Pracownie diagnostyki laboratoryjnej podlegają kierownikowi.
16. Zakładem kieruje kierownik, który podlega służbowo Dyrektorowi Zakładu.

## **§ 54**

### **Zadania Zakładu Diagnostyki Obrazowej z Pracownikami**

1. Rejestracja pacjentów do badań ambulatoryjnych:
2. osobista w godzinach 7:00 -18:00, telefoniczna za pośrednictwem Call Center 8:00 do 14:00, tel. 61 873 90 47, 61 873 94 47, za pośrednictwem poczty elektronicznej e-mail: zdo@szpital-strusia.poznan.pl
3. Ewidencja oraz wydawanie wyników badań.
4. Wykonywanie zleconych badań diagnostycznych z zakresu: rentgenodiagnostyki ogólnej i specjalistycznej, tomografii komputerowej, ultrasonografii, a także angiografii i badań naczyniowych dla pacjentów hospitalizowanych, ambulatoryjnych i zewnętrznych.
5. Analiza i interpretacja wyników badań w celu rozpoznania stanu zdrowia pacjentów.
6. Analiza jakości wykonywanych badań.
7. Przestrzeganie wymagań i zasad ochrony radiologicznej.
8. Prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
9. Współpraca z innymi komórkami organizacyjnymi w zakresie realizacji zadań i celów Zakładu.
10. Przestrzeganie procedur w zakresie Systemu Zarządzania Jakością.
11. Pracownicy podlegają kierownikowi zakładu diagnostyki obrazowej.
12. Zakładem kieruje kierownik, który podlega służbowo Dyrektorowi Zakładu.

## **§ 55**

### **Zadania Pracowni Usprawniania Leczniczego**

1. Rejestracja pacjentów.
2. Wykonywanie zleconych zabiegów w zakresie: fizykoterapii, kinezyterapii, hydroterapii.
3. Ewidencja wykonywanych zabiegów.
4. Prowadzenie rehabilitacji w warunkach domowych.
5. Prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
6. Współpraca z innymi komórkami organizacyjnymi w zakresie realizacji zadań i celów Zakładu.
7. Przestrzeganie procedur w zakresie Systemu Zarządzania Jakością.
8. Pracowniami kieruje kierownik Pracowni, który podlega służbowo Dyrektorowi Zakładu.

## **§ 56**

### **Zadania Dziennego Oddziału Rehabilitacji Kardiologicznej**

1. Dzienny Oddział Rehabilitacji Kardiologicznej prowadzi kompleksową rehabilitację pacjentów kardiologicznych po przebytych incydentach wieńcowych, zabiegach inwazyjnych w zakresie układu krążenia (PTCA, CABG, operacje zastawek serca itp.), w innych chorobach układu krążenia.

2. Rehabilitacja kardiologiczna jest integralną częścią postępowania medycznego w leczeniu pacjentów z chorobami układu sercowo-naczyniowego.
3. Świadczenia zdrowotne w Dziennym Oddziale Rehabilitacji Kardiologicznej realizowane są na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza z następujących jednostek:
  - a. oddziału kardiologii,
  - b. oddziału kardiochirurgii,
  - c. oddziału chorób wewnętrznych,
  - d. poradni kardiologicznej,
  - e. poradni rehabilitacyjnej.
4. Przyjęcie do Oddziału odbywa się w oparciu o kwalifikacje lekarza Dziennego Oddziału Rehabilitacji Kardiologicznej w miarę wolnych miejsc, zgodnie z prowadzoną listą oczekujących.
5. Czas trwania rehabilitacji kardiologicznej ustalany jest indywidualnie przez lekarza Oddziału i wynosi nie więcej niż 24 dni w ciągu 90 dni kalendarzowych.
6. Świadczenia zdrowotne w Oddziale realizowane są zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa oraz wymogami Narodowego Funduszu Zdrowia.
7. Dokumentacja medyczna w Dziennym Oddziale Rehabilitacji Kardiologicznej prowadzona jest zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
8. Realizacja zadań Dziennego Oddziału Rehabilitacji Kardiologicznej odbywa się we współpracy z innymi komórkami organizacyjnymi w zakresie realizacji zadań i celów Zakładu.
9. Personel Oddziału przestrzega procedur w zakresie Systemu Zarządzania Jakością.
10. Dziennym Oddziałem Rehabilitacji Kardiologicznej kieruje kierownik Oddziału, który podlega służbowo Dyrektorowi Zakładu.

## **§ 57**

### **Zadania Zakładów i Pracowni Innych:**

**Zakład Neurofizjologii Klinicznej, Zakład diagnostyki kardiologicznej, Zakład diagnostyki i leczenia chorób oczu, Endoskopii, Audiometrycznej, ESWL, Elektrodiagnostyki Narządu Wzroku, Laseroterapii Narządu Wzroku, Diagnostyki Chorób Oka**

1. Zakład Neurofizjologii Klinicznej – w skład Zakładu wchodzi następujące Pracownie:
  - a. Pracownia EMG,
  - b. Pracownia EEG,
  - c. Pracownia PW,Pracowniami kieruje Ordynator/Kierownik Oddziału Neurologii z Pododdziałem Udarowym.
2. Zakład diagnostyki kardiologicznej - w skład Zakładu wchodzi następujące Pracownie:
  - a. Pracownia Kardiometryczna, Kontroli Stymulatorów i Kardiowerterów-Defibrylatorów Serca,
  - b. Pracownia Nieinwazyjnej Diagnostyki Chorób Serca i Naczyń,
  - c. Pracownia EKG,Pracowniami kieruje wyznaczony Kierownik.

3. Zakład diagnostyki i leczenia chorób oczu - w skład Zakładu wchodzi następujące Pracownie:
  - a. Elektrodiagnostyki Narządu Wzroku,
  - b. Pracownia Laseroterapii Narządu Wzroku - wykonuje zadania w zakresie: laseroterapii siatkówki z użyciem lasera argonowego oraz kapsulotomi, SLT, irydotomi z użyciem Nd-Yag,
  - c. Pracownia diagnostyki chorób oka wykonuje zadania w zakresie: OCT odcinka przedniego, plamki i RNFL oraz GCL, angio OCT, Angiografię fluoresceinową siatkówki, USG gałki ocznej i oczodołu, UBM, Aberrometrię, Biometrię ultrasonograficzną i z użyciem IOL-Master, Perymetrię – pole widzeniaPracownie organizacyjnie podlegają pod Ordynatora/Kierownika Oddziału Okulistycznego.
4. Pracownie Inne:
  - a. Endoskopii,
  - b. Audiometryczna,
  - c. ESWL.Pracownikami kierują wyznaczone przez Dyrektora osoby.
5. Zadania Zakładów i Pracowni Innych:
  - a. rejestracja pacjentów,
  - b. ewidencja oraz wydawanie wyników badań,
  - c. wykonywanie zleconych badań diagnostycznych w zakresie specjalności pracowni,
  - d. prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
  - e. analiza jakości wykonywanych badań,
  - f. współpraca z innymi komórkami organizacyjnymi w zakresie realizacji zadań i celów Zakładu,
  - g. przestrzeganie procedur w zakresie Systemu Zarządzania Jakością.
6. Pracownie organizacyjnie podlegają Dyrektorowi Zakładu.

## **§ 57**

### **Zadania Pracowni Anatomii Patologicznej**

1. Rejestracja przyjętego i pobranego materiału biologicznego.
1. Wykonywanie badań histopatologicznych i cytologicznych.
2. Wykonywanie badania pośmiertnego (sekcji zwłok).
3. Ewidencja i wydawanie wyników badań.
4. Analiza jakości wykonywanych badań.
5. Odbiór, przygotowywanie i przechowywanie zwłok osób zmarłych w Szpitalu do czasu odbioru przez osoby uprawnione.
6. Przestrzeganie obowiązujących zasad postępowania w przypadku zgonu pacjenta w Szpitalu.
7. Prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
8. Współpraca z innymi komórkami organizacyjnymi w zakresie realizacji zadań i celów Zakładu.
9. Przestrzeganie procedur w zakresie Systemu Zarządzania Jakością.
10. Pracownią kieruje kierownik, który podlega służbowo Dyrektorowi Zakładu.

## **§ 59**

### **Zadania poradni specjalistycznych**

1. Udzielanie specjalistycznych porad lekarskich we współpracy z pielęgniarkami w zakresie specjalności poradni na rzecz pacjentów ambulatoryjnych.
2. Udzielanie konsultacji specjalistycznych na rzecz pacjentów hospitalizowanych.
3. Prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
4. Współpraca z innymi komórkami organizacyjnymi w zakresie realizacji zadań i celów Zakładu.
5. Przestrzeganie procedur w zakresie Systemu Zarządzania Jakością.
6. Poradnie organizacyjnie podlegają Dyrektorowi Zakładu.

## **§ 60**

### **Zadania Poradni Podstawowej Opieki Zdrowotnej**

1. W strukturach Poradni znajduje się Gabinet Zabiegowy i Punkt Szczepień
2. Do zadań Poradni należy:
  - a. udzielanie świadczeń medycznych lekarskich i pielęgniarskich w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej na rzecz pacjentów ambulatoryjnych,
  - b. prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa,
  - c. przestrzeganie procedur w zakresie Systemu Zarządzania Jakością.
3. Poradnia organizacyjnie podlega Dyrektorowi Zakładu.
4. Poradnia kierowana jest przez Koordynatora wyznaczonego przez Dyrektora Zakładu.

## **§ 61**

### **Poradnia (gabinet) nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej**

1. Poradnia udziela świadczeń opieki zdrowotnej – w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej poza godzinami dostępności do Poradni Podstawowej Opieki Zdrowotnej.
2. Obszar zabezpieczenia dla Poradni (gabinetu) nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej określony jest przez Dyrektora Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia.
3. W strukturach Poradni znajduje się Gabinet Zabiegowy.
4. Do zadań Poradni należy:
  - a. rejestracja pacjentów,
  - b. udzielanie świadczeń medycznych lekarskich i pielęgniarskich w Poradni oraz w miejscu zamieszkania lub przebywania świadczeniobiorcy.
  - c. prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa,
  - d. przestrzeganie procedur w zakresie Systemu Zarządzania Jakością.
5. Poradnia kierowana jest przez Koordynatora wyznaczonego przez Dyrektora Zakładu.

## **§ 62**

### **Zadania Stanowiska ds. Nadzoru Sanitarno - Epidemiologicznego**

1. Współudział w opracowywaniu strategii działań Zakładu w zakresie profilaktyki i zwalczania zakażeń szpitalnych.
2. Nadzorowanie i monitorowanie stanu sanitarno-epidemiologicznego Zakładu.
3. Koordynowanie wypracowywania standardów organizacyjnych dotyczących systemu pracy w Zakładzie, w szczególności: metod i technik pracy personelu, systemu transportu wewnętrznego, procesów dezynfekcji i sterylizacji, procesów dezynsekcji i deratyzacji, sposobu zbierania, gromadzenia i utylizacji odpadów.
4. Określenie i analizowanie ryzyka zakażeń wśród pacjentów i pracowników.
5. Prowadzenie i przechowywanie niezbędnej dokumentacji związanej z zapobieganiem i zwalczaniem zakażeń szpitalnych oraz baz danych dotyczących zakażeń na poziomie Zakładu.
6. Nadzór nad pacjentami z zakażeniami szpitalnymi w zakresie leczenia, pielęgnacji, zasad i sposobu izolacji.
7. Doradztwo w postępowaniu pielęgnacyjnym z pacjentami szczególnie narażonymi na zakażenia szpitalne.
8. Organizowanie i prowadzenie systematycznej edukacji pracowników.
9. Nadzór nad prowadzeniem dokumentacji kontroli zakażeń szpitalnych.
10. Współpraca z lekarzem zakładowym i inspektorem Bhp w zakresie przeciwdziałania zakażeniom szpitalnym.
11. Współpraca z Komitetem i Zespołem ds. zakażeń zakładowych zgodnie z Zarządzeniami Dyrektora.
12. Współpraca z Komitetem Terapeutycznym Zakładu.
13. Współpraca z innymi komórkami organizacyjnymi w zakresie realizacji zadań i celów Zakładu.
14. Przestrzeganie procedur w zakresie Systemu Zarządzania Jakością.
15. Komórka Nadzoru Sanitarno-Epidemiologicznego podlega Dyrektorowi Zakładu.

## **§ 63**

### **Zadania Apteki Szpitalnej**

1. Zaopatrywanie Zakładu w produkty lecznicze w tym jałowe preparaty do żywienia dojelitowego oraz pozajelitowego, a także wyroby medyczne i środki dezynfekcyjne.
2. Realizacja zamówień leków według wykazu zawartego w Receptariuszu oraz spoza receptariusza.
3. Sporządzanie leków recepturowych zgodnie z zapotrzebowaniem oddziałów szpitalnych.
4. Opracowywanie okresowej analizy wykorzystania produktów leczniczych i wyrobów medycznych przez oddziały, pracownie i poradnie.
5. Współudział przy opracowywaniu i wprowadzaniu zmian w Receptariuszu.
6. Kontrola apteczek w oddziałach, poradniach i pracowniach oraz w innych komórkach organizacyjnych Zakładu.

7. Współudział w prowadzeniu nadzoru nad prawidłowym przechowywaniem i dystrybucją środków farmaceutycznych pobranych z Apteki Szpitalnej.
8. Udział w monitorowaniu niepożądanych działań produktów leczniczych i wyrobów medycznych.
9. Nadzorowanie rezerw szpitalnych w zakresie leków i materiałów opatrunkowych.
10. Nadzór nad gospodarką lekami w oddziałach szpitalnych, poradniach i innych komórkach leczniczych lub diagnostycznych Zakładu.
11. Udzielenie lekarzom zatrudnionym w jednostkach organizacyjnych Zakładu informacji o lekach będących w dyspozycji apteki, w tym o lekach wprowadzonych do obrotu.
12. Prowadzenie szkoleń dla personelu fachowego zatrudnionego w aptece, oddziałach szpitalnych i poradniach.
13. Udział w badaniach klinicznych prowadzonych na terenie szpitala.
14. Ewidencja próbek klinicznych oraz darów leków i wyrobów medycznych.
15. Przekazywanie samorządowi aptekarskiemu informacji dotyczących rejestru farmaceutów zgodnie z ustawą o izbach aptekarskich.
16. Prowadzenie dokumentacji aptecznej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
17. Współpraca z innymi komórkami organizacyjnymi w zakresie realizacji zadań i celów Zakładu.
18. Realizacja umów o zamówienia publiczne.
19. Wykonywanie zadań wynikających z Regulaminu zakupów doraźnych.
20. Przestrzeganie procedur w zakresie Systemu Zarządzania Jakością.
21. Apteką Szpitalną kieruje kierownik, który bezpośrednio służbowo podlega Dyrektorowi Zakładu.

## **§ 64**

### **Zadania Sekcji Centralnej Sterylizacji**

1. Przyjmowanie narzędzi, sprzętu medycznego, bielizny operacyjnej, materiału opatrunkowego z bloku operacyjnego, oddziałów, poradni i pracowni.
2. Segregacja, mycie i dezynfekcja dostarczonych narzędzi oraz sprzętu medycznego.
3. Kompletowanie i pakowanie zestawów operacyjnych oraz pozostałego sprzętu medycznego.
4. Przygotowywanie i pakietowanie bielizny operacyjnej oraz materiału opatrunkowego.
5. Przeprowadzanie sterylizacji parowej lub plazmowej.
6. Magazynowanie, segregacja oraz wydawanie wysterylizowanych narzędzi, sprzętu medycznego, bielizny operacyjnej, materiału opatrunkowego.
7. Przeprowadzanie kontroli skuteczności procesów dezynfekcji oraz sterylizacji wskaźnikami fizycznymi, chemicznymi i biologicznymi.
8. Prowadzenie dokumentacji wszystkich procesów dezynfekcyjnych i sterylizacyjnych.
9. Współpraca z innymi komórkami organizacyjnymi w zakresie realizacji zadań i celów Zakładu.
10. Przestrzeganie procedur w zakresie Systemu Zarządzania Jakością.
11. Sekcją kieruje kierownik, który podlega służbowo Pielęgniarse Naczelnej.

## **§ 65**

### **Zadania Stanowiska Dietetyka**

1. Planowanie dziennych i okresowych jadłospisów dla pacjentów hospitalizowanych:
  - a. układanie jadłospisów zgodnie z zamówieniami oddziałów, nomenklaturą diet i wartością odżywczą,
  - b. sporządzanie kart kalkulacyjnych potraw wraz z wartością odżywczą,
  - c. przygotowywanie rozdzielników liczby pacjentów hospitalizowanych wraz z identyfikacją diet, na poszczególne oddziały,
  - d. przygotowywanie rozdzielników produktów spożywczych,
  - e. współpraca z innymi komórkami organizacyjnymi w zakresie realizacji zadań i celów Zakładu.
2. Współpraca z personelem Działu Żywienia.
3. Przestrzeganie procedur w zakresie Systemu Zarządzania Jakością i systemu HACCP
4. Stanowiska podlegają służbowo Dyrektorowi Zakładu.

## **§ 66**

### **Zadania Stanowiska Psychologa**

1. Zapewnienie diagnostyki i terapii psychologicznej pacjentom hospitalizowanym na oddziałach Szpitala.
2. Przeprowadzanie badań psychologicznych pacjentów Szpitala na zlecenie lekarza prowadzącego.
3. Współpraca z zespołami terapeutycznymi Szpitala w zakresie diagnostyki i terapii psychologicznej.
4. Prowadzenie dokumentacji psychologicznej zgodnie z przepisami prawa.
5. Przestrzeganie procedur w zakresie Systemu Zarządzania Jakością.
6. Stanowisko podlega służbowo Dyrektorowi Zakładu.

## **§ 67**

### **Zadania Koordynatora transplantacyjnego**

1. Koordynator transplantacyjny kieruje Zespołem ds. donacji narządów i tkanek.
2. Koordynator rozdziela zadania na członków Zespołu ds. donacji narządów i tkanek z uwzględnieniem profilu ich kompetencji zawodowych, w celu optymalnego przygotowania dokumentacji wewnętrznej, a w przypadku zadań wymagających wsparcia i współpracy innych komórek organizacyjnych, zwraca się bezpośrednio do kierowników tych jednostek.
3. Do obowiązków Koordynatora należy rozdzielanie zadań i koordynacja działań w zakresie kwalifikacji i realizacji procesów donacyjnych.

4. Koordynator organizuje współpracę Zespołu ds. donacji narządów i tkanek z Zespołami zadaniowymi szpitala m. in. Zespołu ds. analizy zgonów, etyki czy śmierci mózgu.
5. Koordynator raz do roku przygotowuje sprawozdanie z działalności Zespołu i przedstawia informacje Dyrekcji i kadrze kierowniczej Szpitala.
6. Koordynator oraz Zespół, którym kieruje przestrzegają procedur w zakresie Systemu Zarządzania Jakością.
7. Koordynator transplantacyjny podlega bezpośrednio Dyrektorowi.

**CZĘŚĆ V**  
**ZADANIA KOMÓREK DZIAŁALNOŚCI POMOCNICZEJ**

**§ 68**  
**Zadania Działu Kadr**

1. Działem kieruje kierownik, który podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Organizacyjno-Personalnych
2. Do zadań działu należy w szczególności:
  - a. administrowanie aktami osobowymi,
  - b. czynności związane z przyjęciem pracownika do pracy: rekrutacja, zawieranie i rozwiązywanie umów o pracę,
  - c. czynności związane z zatrudnieniem pracowników:
    - sporządzanie list obecności,
    - ewidencja i rozliczanie czasu pracy,
    - kierowanie pracowników na lekarskie badania kontrolne,
    - sporządzanie dokumentacji wypłat nagród jubileuszowych,
    - sporządzanie wniosków emerytalnych, rentowych, kapitału początkowego do ubezpieczeń społecznych,
    - wystawianie zaświadczeń o zatrudnieniu,
  - d. prowadzenie spraw związanych ze zmianą stanowisk i uposażeń,
  - e. system „Płatnik” (rejestrowanie i wyrejestrowanie pracownika),
  - f. specjalizacje, delegacje,
  - g. ewidencja danych osobowych pracowników do celów obrony,
  - h. prowadzenie rejestru osób niepełnosprawnych i zatrudnionych w warunkach szczególnych,
  - i. prowadzenie rejestru umów zleconych i umów o dzieło,
  - j. kontrolowanie przestrzegania dyscypliny pracy,
  - k. archiwizowanie dokumentów Działu,
  - l. sprawozdawczość własna i dla potrzeb innych komórek organizacyjnych,
  - m. prowadzenie dokumentacji dotyczącej rezydentów i stażystów (korespondencja z Izbą Lekarską, Urzędem Marszałkowskim, Ministerstwem Zdrowia, zawieranie umów przedłużanie, rozwiązywanie, urlopy, absencje, staże itp.),
  - n. administrowanie Zakładowym Funduszem Świadczeń Socjalnych zgodnie z obowiązującym regulaminem a w szczególności:
    - określenie potrzeb socjalno-bytowych załogi,
    - współdziałanie przy ustalaniu zasad podziału Zakładowego Funduszu Socjalnego,
    - organizowanie różnych form wypoczynku pracowników i ich rodzin,
    - prowadzenie sprawozdawczości dotyczącej działalności socjalnej,
    - prowadzenie ewidencji wykorzystanych przez pracowników środków z FŚS,
    - współpraca z Zakładową Komisją Świadczeń Socjalnych
  - o. prowadzenie Zakładowego Ośrodka Wypoczynkowego w Skokach,
  - p. przestrzeganie procedur w zakresie systemu Zarządzania Jakością,

- q. prowadzenie postępowań w przedmiocie udzielenia zamówienia na świadczenia zdrowotne:
- przygotowanie procedury postępowań,
  - opracowanie umów o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne oraz uzyskanie opinii radcy prawnego w tym zakresie,
  - przygotowanie i prowadzenie postępowania,
  - zawarcie umów,
  - administrowanie dokumentami.
3. Skład stanowisk działu:
- a. kierownik działu,
  - b. kierownik sekcji,
  - c. starszy specjalista i specjalista ds. służby pracowniczej,
  - d. starszy inspektor, inspektor,
  - e. starszy referent, referent.
4. W skład Działu Służb Pracowniczych wchodzi:
- a. Sekcja ds. Osobowych,
  - b. Stanowisko ds. Socjalnych,
5. Działem kieruje Kierownik działu, który podlega służbowo Zastępy Dyrektora ds. Organizacyjno-Personalnych.
6. Zakresy czynności dla podległych pracowników opracowuje kierownik działu w porozumieniu z Zastępcą Dyrektora ds. Organizacyjno-Personalnych.
7. Dział współpracuje z innymi komórkami organizacyjnymi w zakresie realizacji zadań i celów Zakładu.

## **§ 69**

### **Zadania Działu Nadzoru Medycznego**

1. Przygotowywanie ofert do NFZ, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa oraz wymaganiami NFZ, będących podstawą zawarcia kontraktu na świadczenia usług medycznych przez Zakład.
2. Negocjowanie w sprawie zawierania umów o świadczenia medyczne z NFZ oraz innymi podmiotami zewnętrznymi.
3. Prowadzenie i ewidencja umów z NFZ, Ministrem Zdrowia, Jednostkami Samorządu Terytorialnego. Przekazywanie kopii umów komórkom organizacyjnym, w których wykonywane są świadczenia zdrowotne będące przedmiotem umowy.
4. Aktualizowanie danych w potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji umów zawartych z WOW NFZ, na podstawie danych otrzymanych z innych komórek organizacyjnych Szpitala.
5. Prowadzenie sprawozdawczości w formie raportów statystyczno-medycznych z realizacji wszystkich kontraktów zawartych z NFZ, przekazywanie sprawozdań do WOW NFZ.
6. Nadzorowanie prawidłowego i terminowego sporządzania obowiązujących sprawozdań przez oddziały, pracownie i poradnie oraz organizowanie narad i instruktaży w tym zakresie.

7. Prowadzenie spraw związanych z ruchem chorych, przygotowywanie dziennego zestawienia z przyjęć i wypisów. Prowadzenie spraw związanych ze statystyką medyczną, elektroniczną ewidencją pacjentów.
8. Prowadzenie sprawozdawczości w zakresie wymaganym i niezbędnym przez podmioty uprawnione do ich pozyskania na podstawie odrębnych przepisów. Udostępnianie właściwym organom analiz, zestawień oraz danych o udzielaniu świadczeń zdrowotnych, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Sporządzanie rocznych sprawozdań statystycznych dla potrzeb GUS oraz innych instytucji zewnętrznych.
9. Opracowanie cennika usług medycznych oraz jego aktualizacja w miarę potrzeb w porozumieniu z Działem Ekonomiczno-Finansowym oraz z komórkami organizacyjnymi realizującymi świadczenia medyczne.
10. Sporządzanie sprawozdań miesięcznych dotyczących wykonania kontraktów i przekazywanie ich Zastępcom Dyrektora ds. Organizacyjno – Personalnych oraz Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomiczno-Administracyjnych.
11. Przygotowywanie i zawieranie umów z podmiotami zewnętrznymi, podwykonawcami zgodnie z wymogami NFZ na podstawie materiałów konkursowych.
12. Weryfikacja wzorów formularzy dokumentacji medycznej na zgodność z wymaganiami prawnymi.
13. Nadzorowanie prawidłowości prowadzenia dokumentacji medycznej.
14. Koordynowanie programów profilaktycznych finansowanych przez organ założycielski i inne uprawnione podmioty.
15. Merytoryczne potwierdzanie faktur pod względem zgodności z wykonanymi usługami.
16. Weryfikacja obciążeń podmiotów zewnętrznych za zrealizowane usługi.
17. Prowadzenie spraw związanych z archiwizowaniem dokumentacji medycznej oraz jej udostępnianie podmiotom i organom uprawnionym na podstawie odrębnych przepisów.
18. Załatwianie spraw związanych z przyjmowaniem do szpitala osób bez dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej.
19. Podejmowanie starań o umieszczenie pacjenta w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym na wniosek pacjenta, jego rodziny lub lekarza prowadzącego.
20. Prowadzenie bieżącej korespondencji dotyczącej udzielanych świadczeń medycznych (NFZ, Policja, ZUS, Sąd, Prokuratura itp.)
21. Archiwizacja dokumentów Działu.
22. Organizowanie w miarę potrzeb szkoleń dla personelu.
23. Ciągłe podnoszenie jakości usług w stosunku do klientów zewnętrznych i wewnętrznych.
24. Przestrzeganie procedur w zakresie Systemu Zarządzania Jakością.
25. Skład Działu:
  - a. Sekcja kontraktowania, monitorowania i rozliczeń świadczeń zdrowotnych,
  - b. Sekcja ruchu chorych,
  - c. Archiwum Medyczne,
  - d. Pracownicy socjalni,
26. Stanowiska Działu:
  - a. kierownik Działu,

- b. kierownik sekcji,
  - c. młodszy asystenci,
  - d. statystycy medyczni,
  - e. asystenci socjalni.
27. Działem kieruje Kierownik, który podlega służbowo Zastępcy Dyrektora ds. Organizacyjno-Personalnych.
  28. Zadania i obowiązki pracowników określają indywidualne zakresy czynności ustalane przez Kierownika Działu.
  29. Dział współpracuje z innymi komórkami organizacyjnymi w zakresie realizacji zadań i celów Zakładu

## **§ 70**

### **Zadania Działu Organizacyjno–Prawnego**

1. Obsługa w zakresie nadzoru i zarządzania aktami Zakładu zewnętrznymi i wewnętrznymi dotyczącymi rejestru Wojewody Wielkopolskiego, KRS, NIP, REGON.
2. Przygotowywanie aktów prawnych Zakładu oraz nadzór nad prawidłowym ich wdrożeniem.
3. Przygotowywanie projektów uchwał, opinii i stanowisk Rady Społecznej oraz sporządzanie uzasadnień do tych uchwał.
4. Obsługa posiedzeń Rady Społecznej Zakładu.
5. Prace związane z dostosowaniem komórek organizacyjnych Zakładu do aktualnych potrzeb w zakresie ich zadań tj. zmiany Struktury Organizacyjnej stanowiącej załącznik nr 1 do Regulaminu.
6. Utrzymywanie zbiorów aktów prawnych dotyczących Zakładu sporządzonych przez Podmiot Tworzący i inne organy zewnętrzne mające wpływ na działalność Zakładu.
7. Bieżące monitorowanie oraz uaktualnianie Regulaminu Organizacyjnego Zakładu na wniosek Rady Społecznej Zakładu, przy współudziale innych Działów Zakładu.
8. Monitorowanie publikowanych aktów prawnych, przekazywanie informacji do komórek Zakładu.
9. Obsługa kontroli zewnętrznych, prowadzenie korespondencji w tym zakresie.
10. Przyjmowanie skarg i wniosków oraz udzielanie odpowiedzi na skargi złożone do Dyrektora Zakładu, Rzecznika Praw Pacjenta, NFZ oraz innych instytucji zewnętrznych posiadających odpowiednie kompetencje.
11. Nadzór nad opracowywaniem regulaminów obowiązujących w Zakładzie bądź udział w ich przygotowywaniu.
12. Nadzór nad bieżącym uaktualnianiem informacji związanych z działalnością Zakładu. Sporządzanie w tym zakresie sprawozdań do organu założycielskiego bądź innych instytucji zewnętrznych.
13. Udostępnianie dokumentacji medycznej oraz innej podmiotom przeprowadzającym postępowanie kontrolne zgodnie z zakresem prowadzonej kontroli.
14. Organizacja Konsylium Onkologicznego i realizacja zadań wynikających z podjętych decyzji na posiedzeniu Konsylium
15. Archiwizacja dokumentów Działu.

16. Organizowanie w miarę potrzeb szkoleń dla personelu.
17. Prowadzenie spraw związanych z uzyskiwaniem i prowadzeniem akredytacji Ministra ds. Zdrowia w dziedzinie kształcenia specjalistycznego dla lekarzy i lekarzy dentystów.
18. Przygotowywanie umów dotyczących użyczenia oraz darowizny: lekowych, rzeczowych i finansowych dla Zakładu.
19. Przygotowywanie dokumentacji niezbędnej do zawarcia umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej do Brokera ubezpieczeniowego.
20. Współpraca z Brokerem ubezpieczeniowym w zakresie obsługi brokerskiej.
21. Prowadzenie spraw odszkodowawczych z tytułu udzielania świadczeń medycznych w zakresie roszczeń odszkodowawczych oraz zdarzeń medycznych.
22. Prowadzenie i nadzór nad umowami zawartymi z Uniwersytetem Medycznym i innymi Szkołami wyższymi w zakresie realizacji zadań dydaktycznych.
23. Prowadzenie i nadzór nad umowami dotyczącymi badań klinicznych.
24. Udział w przygotowywaniu wniosków o wpis na listę jednostek organizacyjnych prowadzących szkolenie specjalizacyjne.
25. Prowadzenie umów dzierżawy sprzętu, udostępniania dla celów pokazowo-szkoleniowych.
26. Przygotowywanie zgody na pobyt przedstawicieli firm farmaceutycznych i producentów sprzętu medycznego na terenie Zakładu oraz egzekwowanie obowiązujących w tym zakresie przepisów.
27. Przygotowywanie comiesięcznych grafików dyżurów lekarskich.
28. Potwierdzanie wykonania dyżurów medycznych (lekarzy, techników, pielęgniarek) z tytułu zawartych umów dot. zakupu usług medycznych.
29. Zamawianie recept dla lekarzy Zakładu.
30. Zatwierdzanie treści oraz ocena zasadności zamawiania i realizacji pieczęci, pieczętek, tablic informacyjnych na potrzeby komórek organizacyjnych. Prowadzenie rejestru pieczętek dla Zakładu.
31. Monitorowanie i rozliczanie szkoleń realizowanych ze środków dotacji przyznanych przez: organ założycielski dla personelu medycznego średniego i wyższego lub inny organ uprawniony
32. Nadzór nad wywiązywaniem się pracowników z obowiązków wynikających z wydanych przez Dyrektora Zakładu Zarządzeń, Regulaminu Organizacyjnego oraz innych Regulaminów Zakładu w zakresie nałożonym przez Dyrektora na Dział Organizacyjno-Prawny.
33. Skład Działu:
  - a. Stanowiska ds. Obsługi organizacyjno–prawnej Zakładu,
  - b. Stanowisko ds. roszczeń odszkodowawczych, skarg i zażaleń.
34. Stanowiska Działu:
  - a. kierownik Działu,
  - b. starszy referent,
  - c. referent,
  - d. inspektor,
  - e. specjalista.
35. Działem kieruje Kierownik, który podlega służbowo Zastępcy Dyrektora ds. Organizacyjno-Personalnych.

36. Zadania i obowiązki pracowników określają indywidualne zakresy czynności ustalane przez Kierownika Działu.
37. Dział współpracuje z innymi komórkami organizacyjnymi w zakresie realizacji zadań i celów Zakładu.

## **§ 71**

### **Zadania Sekcji ds. Ochrony Radiologicznej**

1. Nadzór nad przestrzeganiem prowadzenia działalności według instrukcji pracy z aparatami rentgenowskimi oraz nad prowadzeniem dokumentacji dotyczącej ochrony radiologicznej.
2. Nadzór nad prawidłowym oznakowaniem miejsca pracy ze źródłami promieniowania jonizującego.
3. Nadzór nad wykonywaniem podstawowych i specjalistycznych testów wewnętrznej kontroli parametrów aparatury rentgenowskiej.
4. Nadzór nad sprawnym działaniem aparatury niezbędnej do wykonywania testów wewnętrznej kontroli parametrów aparatury rentgenowskiej.
5. Nadzór nad spełnieniem warunków dopuszczających pracowników do zatrudnienia na danym stanowisku pracy, w tym dotyczących szkolenia pracowników w zakresie ochrony radiologicznej.
6. Dokonywanie wstępnej oceny narażenia pracowników na podstawie wyników pomiarów dawek indywidualnych lub pomiarów dozymetrycznych w środowisku pracy i przedstawianie jej kierownikowi jednostki ochrony zdrowia.
7. Informowanie pracowników o otrzymanych przez nich dawkach promieniowania jonizującego.
8. Każdorazowe wyjaśnianie przyczyn wzrostu dawki indywidualnej ponad jej dotychczasowy poziom,  
w szczególności wyjaśnianie przyczyn przekroczenia limitów dawek i podejmowanie środków zaradczych oraz przekazywanie tych informacji kierownikowi jednostki ochrony zdrowia.
9. Współpraca ze służbą bezpieczeństwa i higieny pracy, służbami przeciwpożarowymi oraz Pełnomocnikiem Dyrektora do spraw Systemu Zarządzania Jakością w zakresie ochrony przed promieniowaniem jonizującym.
10. Informowanie kierownika jednostki organizacyjnej o stanie ochrony radiologicznej oraz przedstawienie mu w formie pisemnej propozycji w zakresie poprawy tego stanu lub usunięcia nieprawidłowości.
11. Nadzór nad postępowaniem wynikającym z zakładowego planu postępowania awaryjnego, jeżeli na terenie jednostki ochrony zdrowia zaistnieje zdarzenie radiacyjne.
12. Wykonywanie oraz nadzór nad dokumentacją, o której mowa w przepisach regulujących szczegółowe warunki bezpiecznej pracy ze źródłami promieniowania jonizującego.
13. Ustalanie wyposażenia jednostki ochrony zdrowia w środki ochrony indywidualnej, aparatury dozymetrycznej i pomiarowej oraz innego wyposażenia służącego do ochrony pracowników, oraz pacjentów przed promieniowaniem jonizującym.
14. Występowanie do kierownika jednostki ochrony zdrowia z wnioskiem o zmianę warunków pracy pracowników, w szczególności w sytuacji, gdy wyniki pomiarów dawek indywidualnych uzasadniają taki wniosek.

15. Przedstawianie kierownikowi jednostki ochrony zdrowia opinii, w ramach badania i sprawdzania środków ochronnych i przyrządów pomiarowych, w zakresie skuteczności stosowanych środków i technik ochrony przed promieniowaniem jonizującym.
16. Sprawdzanie kwalifikacji pracowników w zakresie ochrony radiologicznej i występowanie w tym zakresie z wnioskami do kierownika jednostki ochrony zdrowia.
17. Występowanie do kierownika jednostki ochrony zdrowia z wnioskami o wprowadzenie zmian w instrukcjach pracy.
18. Współpraca z organami kontrolnymi tj. Głównym Inspektoratem Sanitarnym, Wojewódzką Stacją Sanitarno-Epidemiologiczną, Państwową Agencją Atomistyki, Narodowym Funduszem Zdrowia.
19. Stanowiska sekcji:
  - a. inspektorzy ochrony radiologicznej,
20. Sekcją kieruje Kierownik, który podlega bezpośrednio Dyrektorowi Zakładu.
21. Zadania i obowiązki pracowników określają indywidualne zakresy czynności ustalane przez Kierownika Sekcji.

## **§ 72**

### **Zadania Działu Ekonomiczno-Finansowego**

1. Działem kieruje Główny Księgowy, który podlega służbowo Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomiczno-Administracyjnych.
2. Do zadań Działu Ekonomiczno-Finansowego należy w szczególności:
  - a. opracowywanie planów finansowych Zakładu,
  - b. prowadzenie racjonalnej gospodarki środkami finansowymi przeznaczonymi na wykonanie zadań wynikających z planu finansowego,
  - c. koordynacja problematyki finansowo-ekonomicznej w komórkach organizacyjnych Zakładu,
  - d. prowadzenie rozrachunków z kontrahentami w zakresie należności i zobowiązań,
  - e. opracowywanie rocznych bilansów finansowych i tematycznych, analiz okresowych ze szczególnym uwzględnieniem kształtowania się kosztów według miejsc ich powstawania oraz przedstawiania wniosków wynikających z analiz,
  - f. prowadzenie księgowości, ewidencji analitycznej kosztów, ewidencji ilościowo-wartościowej składników majątkowych, kasy oraz likwidatury uposażeń,
  - g. prowadzenie ewidencji składników majątkowych oraz inwentaryzacji,
  - h. ewidencja przyjętych darowizn,
  - i. rozliczanie inwentaryzacji leków w Zakładzie,
  - j. ewidencja i rozliczenie gospodarki materiałowej i magazynowej Zakładu,
  - k. przyjmowanie wpłat i dokonywanie wypłat gotówki (delegacje, zaliczki, wypłata wynagrodzeń na rzecz pracowników),
  - l. organizowanie wewnętrznej kontroli finansowej,
  - m. przygotowywanie sprawozdawczości z wykonania planu finansowego,
  - n. opracowywanie raportów na potrzeby Dyrekcji Zakładu i innych podmiotów uprawnionych,
  - o. analiza sytuacji finansowej Zakładu,
  - p. opracowywanie planów finansowych,

- q. ewidencja zakupów inwestycyjnych i realizowanych inwestycji,
  - r. współpraca z innymi komórkami organizacyjnymi w zakresie realizacji zadań i celów Zakładu,
  - s. przestrzeganie procedur w zakresie Systemu Zarządzania Jakością.
3. Skład Działu Ekonomiczno-Finansowego:
- a. Zastępca Głównego Księgowego,
  - b. Sekcja Płac,
  - c. Sekcja Inwentaryzacji,
  - d. Kasa zakładowa.
4. Stanowiska pracowników Działu:
- a. Zastępca Głównego Księgowego,
  - b. st. specjaliści, specjaliści,
  - c. starsi księgowi,
  - d. księgowi,
  - e. kasjerzy – księgowi,
  - f. zadania i obowiązki pracowników określają indywidualne zakresy czynności ustalone przez Kierownika Działu.
5. Zadania Sekcji Rachuby Płac:
- a. obliczanie i przygotowywanie wynagrodzeń pracowników w tym dokonywanie potrąceń z list płac (zajęć sądowych, PKZP, Fundusz Mieszkaniowy i Socjalny, Izba Lekarska, Izba Aptekarska, Izba Pielęgniarska, składki związków zawodowych),
  - b. obliczanie zasiłków chorobowych, opiekuńczych, macierzyńskich i rehabilitacyjnych,
  - c. obliczanie gratyfikacji jubileuszowych, odpraw, ekwiwalentów za niewykorzystany urlop wypoczynkowy i innych składników wynagrodzenia na podstawie decyzji Dyrektora Zakładu, wyroku sądu, ugody sądowej bądź poza sądowej,
  - d. prowadzenie imiennych kart wynagrodzeń,
  - e. wypłata wynagrodzeń za pracę na podstawie dostarczonych rachunków (umowy zlecenia oraz umowy o dzieło),
  - f. sporządzanie deklaracji rozliczeniowych oraz korygujących ZUS,
  - g. naliczanie i odprowadzanie zaliczek na podatek dochodowy od osób fizycznych,
  - h. sporządzanie deklaracji PIT,
  - i. naliczanie kapitału początkowego – Rp-7,
  - j. wystawianie zaświadczeń o wysokości zarobków dla ZUS oraz na wniosek pracownika,
  - k. sporządzanie wymaganych sprawozdań GUS z zakresu płac,
  - l. uzgadnianie i przelewanie wypłat na konta bankowe pracowników drogą elektroniczną,
6. Skład sekcji:
- a. kierownik sekcji,
  - b. st. specjaliści, specjaliści,
  - c. starsi referenci,
  - d. referenci,
  - e. zadania i obowiązki pracowników sekcji rachuby płac określają indywidualne zakresy czynności ustalone przez Kierownika Działu zatwierdzone przez Głównego Księgowego.

7. Zadania Sekcji Inwentaryzacji:
  - a. ewidencjonowanie majątku Zakładu tj. inwentarza, środków trwałych i środków trwałych w użytkowaniu,
  - b. przyjmowanie zgłoszeń do kasacji,
  - c. dokonywanie spisów inwentarza zgodnie z ustawą o rachunkowości na zlecenie głównego księgowego Zakładu.
8. Skład stanowisk pracy ds. inwentaryzacji:
  - a. kierownik sekcji,
  - b. st. specjaliści, specjaliści,
  - c. starsi referenci,
  - d. referenci,
  - e. zadania i obowiązki pracowników inwentaryzacji określają indywidualne zakresy czynności ustalone przez Kierownika Działu zatwierdzone przez Głównego Księgowego.
9. Zadania Kasy Zakładowej:
  - a. dokonywanie wypłat,
  - b. dokonywanie wpłat,
  - c. prowadzenie kasy zgodnie z obowiązującymi przepisami.
10. Skład stanowisk:
  - a. kasjerzy,
  - b. st. kasjerzy.
11. Zadania i obowiązki pracowników kasy zakładowej określają indywidualne zakresy czynności ustalone i zatwierdzone przez Głównego Księgowego.
12. Stanowiska podlegają Głównemu Księgowemu.

### **§ 73**

#### **Zadania Stanowisk ds. Planowania i Analiz Ekonomicznych**

1. Analizowanie kosztów i przychodów Zakładu.
2. Planowanie i monitorowanie wydatków, zakupów Zakładu.
3. Sprawozdawczość wynikająca z analizy kosztów i inwestycji.
4. Analiza kosztów oddziałów Szpitala oraz innych komórek medycznych.
5. Analiza kosztów logistycznych.
6. Skład stanowisk Działu:
  - a. st. specjaliści, specjaliści,
  - b. st. referenci, referenci.
7. Stanowiska podlegają Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomiczno-Administracyjnych.

### **§ 74**

#### **Stanowisko Rzecznika Prasowego**

1. Rozpoznawanie i analiza rynku medycznego.
2. Kontakt z mediami.

3. Dbłość o wizerunek Zakładu.
4. Redagowanie ogłoszeń i informacji prasowych.
5. Utrzymywanie stałych kontaktów z mediami.
6. Analiza materiałów prasowych dotyczących Zakładu.
7. Redagowanie sprostowań i odpowiedzi prasowych.
8. Przygotowywanie konferencji prasowych.
9. Organizowanie imprez towarzyszących ważnym wydarzeniom w Zakładzie.
10. Kontrolowanie i aktualizowanie informacji znajdujących się na stronie internetowej Zakładu.
11. Współpraca z komórkami organizacyjnymi Zakładu.
12. Stanowisko podlega organizacyjnie Dyrektorowi Zakładu

## **§ 75**

### **Zadania Działu Logistyczno–Administracyjnego**

1. Organizowanie i prowadzenie spraw dot. obsługi gospodarczej Zakładu.
2. Administrowanie nieruchomościami Zakładu w zakresie gospodarki pomieszczeniami, w tym sporządzanie umów najmu lokali.
3. Sprawdzanie pod względem merytorycznym faktur za energię elektryczną, gaz, telefony, usługi wodno–kanalizacyjne, wywóz śmieci i odpadów, ogrzewanie Zakładu itp.
4. Przygotowywanie i realizacja umów we współpracy z zamówieniami publicznymi.
5. Sporządzanie umów i wystawianie faktur dotyczących działalności usługowej nie medycznej.
6. Utrzymywanie czystości Zakładu poprzez kompleksowe sprzątanie i dezynfekcję powierzchni i pomieszczeń Zakładu.
7. Przeprowadzanie maszynowego procesu mycia i dezynfekcji łóżek szpitalnych wraz z wyposażeniem.
8. Przygotowywanie środków dezynfekcyjnych według ściśle określonych wytycznych oraz ich dystrybucja zgodnie z zamówieniami komórek organizacyjnych.
9. Zapewnienie prawidłowego funkcjonowania transportu wewnętrznego Zakładu.
10. Gospodarka środkami transportu Zakładu.
11. Sprawowanie nadzoru nad właściwym eksploataowaniem przydzielonych środków transportu.
12. Współpraca z dysponentami środków przewozowych w zakresie ilościowego i technicznego dostarczania środków transportu.
13. Rozdzielanie i koordynowanie środków transportu, zgodnie z potrzebami poszczególnych komórek Zakładu.
14. Prowadzenie obowiązującej sprawozdawczości dotyczącej działalności transportu.
15. Ochrona obiektów i mienia Zakładu.
16. Analizowanie rozmów telefonicznych przeprowadzonych przez centralę telefoniczną oraz poszczególnych komórek Zakładu i obciążanie rozmówców za przeprowadzone rozmowy prywatne.
17. Utrzymanie terenu przyległego do Zakładu w należytej czystości i porządku.
18. Realizacja zadań związanych z prawidłowym oznakowaniem Zakładu.
19. Kompleksowa dbłość o zielen na terenie Zakładu.

20. Prowadzenie archiwum zakładowego.
21. Organizacja miejsc parkingowych oraz prowadzenie wszelkich spraw związanych z prawidłową obsługą parkingów.
22. Prowadzenie dokumentacji zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
23. Przestrzeganie procedur w zakresie Systemu Zarządzania Jakością.
24. Współpraca z innymi komórkami organizacyjnymi w zakresie realizacji zadań i celów Zakładu.
25. Opracowanie planów dotyczących rocznego zaopatrzenia Zakładu w materiały biurowe, eksploatacyjne, czystościowe i drobny sprzęt medyczny.
26. Wycena wniosków na potrzeby doraźne oraz wycena wniosków o wszczęcie postępowania przetargowego.
27. Na wniosek Działu Technicznego prowadzenie zaopatrzenia w materiały i urządzenia niezbędne do wykonania remontów i napraw.
28. Generowanie zamówień (na potrzeby doraźne oraz przetargowe) w programie Simple.
29. Składanie zamówień do jednostek handlowych na terenie Poznania i kraju o dostawę sprzętu gospodarczego i medycznego.
30. Wprowadzanie umów przetargowych do programu Simple i ich realizacja.
31. Zawieranie umów wewnętrznych (do kwoty 40.196 zł).
32. Opracowywanie faktur, sprawdzanie ich zgodności z umową i zamówieniem pod względem ilościowym i wartościowym.
33. Wykonywanie zadań wynikających z Regulaminu zakupów doraźnych.
34. Dokonywanie odbioru dostarczonego sprzętu oraz jego magazynowanie.
35. Rozliczanie dostaw (sporządzanie dokumentów Pz w programie Simple).
36. Wyposażanie w nabyty sprzęt komórek Zakładu (wystawianie dokumentu RW w programie Simple).
37. Kontrola nad płynnością towaru w magazynie.
38. Prowadzenie zespołu magazynów.
39. Pracownicy działu podlegają bezpośrednio Kierownikowi Działu.
40. Kierownik działu podlega Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomiczno–Administracyjnych.
41. Skład działu:
  - a. Sekcja administracyjno-gospodarcza z transportem (administracja nieruchomościami gruntowymi, budynkami i innymi obiektami Zakładu),
  - b. Sekcja zaopatrzenia i gospodarki magazynowej,
  - c. Sekcja higieny szpitala i transportu wewnętrznego (Stacja łóżek, utrzymanie czystości),
  - d. Archiwum zakładowe.
43. Skład stanowisk:
  - a. kierownik działu,
  - b. kierownicy sekcji,
  - c. st. specjaliści, specjaliści,
  - d. st. referenci, referenci,
  - e. archiwista,
  - f. pracownicy obsługi,
  - g. wykwalifikowani robotnicy,

- h. st. magazynierzy, magazynierzy,
  - i. pracownicy przyuczeni na stanowiska robotnicze.
44. Działem kieruje Kierownik, który podlega służbowo Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomiczno-Administracyjnych.
45. Zadania i obowiązki pracowników określają indywidualne zakresy czynności ustalane przez Kierownika Działu.

## **§ 76**

### **Zadania Kancelarii Zakładu**

1. Prowadzenie obsługi sekretarsko–kancelaryjnej - Dyrektora Zakładu, Zastępców Dyrektora oraz Rady Społecznej.
2. Prowadzenie terminarzy uczestnictwa Dyrektora Zakładu oraz jego Zastępców w naradach, konferencjach i odprawach.
3. Prowadzenie obsługi konferencji, odpraw i narad.
4. Prowadzenie dziennika podawczego (tj. rejestrowanie korespondencji przychodzącej i wychodzącej).
5. Prowadzenie ewidencji pism przychodzących i wychodzących.
6. Rozdział przychodzących przesyłek, ewidencja i wysyłanie.
7. Czuwanie nad terminowością prowadzonych spraw podlegających bezpośrednio Dyrektorowi Zakładu i jego Zastępcom.
8. Pobieranie i rozprowadzanie materiałów kancelaryjnych dla potrzeb Dyrektora Zakładu i jego Zastępców.
9. Skład stanowisk:
  - a. kierownik ds. obsługi sekretariatu i kancelarii,
  - b. sekretarki,
  - c. referent,
  - d. starszy referent.
13. Stanowiska podlegają służbowo Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomiczno–Administracyjnych.
14. Zadania i obowiązki pracowników określają indywidualne zakresy czynności ustalane przez Kierownika ds. obsługi sekretariatu i kancelarii.

## **§ 77**

### **Zadania Działu Zamówień Publicznych**

1. Wszczywanie postępowań o zamówienie publiczne na dostawy, usługi i robót remontowo–budowlanych na wniosek właściwych komórek organizacyjnych Zakładu.
2. Wnioskowanie do Dyrektora Zakładu o zatwierdzenie:
  - a. trybu postępowania dla danego zamówienia,
  - b. terminów postępowania,
  - c. składu osobowego komisji przetargowej i przewodniczącego komisji,
  - d. warunków realizacji zamówienia.
3. Przygotowanie specyfikacji istotnych warunków zamówienia, na podstawie przepisów ustawy

4. Wysyłanie do publikacji ogłoszeń o zamówieniach, z zachowaniem obowiązujących terminów oraz zawiadomienie komisji przetargowej o terminie otwarcia ofert.
5. Przygotowanie dokumentacji niezbędnej do przeprowadzenia postępowania o zamówieniach publicznych.
6. Przeprowadzenie postępowań o zamówienie, aż do prawomocnego ich zakończenia, zawarcia umowy lub umów, i publikacji ogłoszenia o udzieleniu zamówienia.
7. Prowadzenie spraw związanych z rozpatrywaniem odwołań.
8. Prowadzenie całokształtu spraw dotyczących umów o zamówienie publiczne zawieranych w wyniku zakończonych postępowań, prowadzenie rejestru i zbioru umów.
9. Występowanie do działu księgowości o zwolnienie wadium wniesionych przez wykonawców uczestniczących w postępowaniu, w terminach wskazanych w ustawie.
10. Prowadzenie rejestru zamówień publicznych i rejestru zawartych umów.
11. Przestrzeganie procedur w zakresie Systemu Zarządzania Jakością.
12. Opiniowanie pod względem zgodności z ustawą prawo zamówień publicznych wniosków o zakupy doraźne.
13. Prowadzenie postępowań dotyczących zakupów doraźnych, w zakresie dotyczącym Działu Zamówień Publicznych, zgodnie z regulaminem zakupów doraźnych oraz prowadzenie rejestru i zbioru umów zawartych w wyniku tych postępowań.
14. Skład działu:
  - a. sekcja zakupów bieżących,
  - b. sekcja zakupów technicznych i aparatury.
15. Stanowiska działu:
  - a. kierownik działu,
  - b. kierownicy sekcji,
  - c. st. specjaliści, specjaliści
  - d. inspektor, st. inspektor,
  - e. st. referenci, referenci.
16. Stanowiska podlegają bezpośrednio Kierownikowi Działu.
17. Kierownik działu podlega służbowo Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomiczno–Administracyjnych.
18. Zadania i obowiązki pracowników określają indywidualne zakresy czynności ustalone przez Kierownika Działu.

## **§ 78**

### **Zadania Działu Techniczno-Eksploatacyjnego**

1. Sprawowanie nadzoru nad prowadzonymi pracami remontowymi oraz nad prawidłową eksploatacją nieruchomości, instalacji oraz sprzętu i aparatury.
2. Prowadzenie okresowych inspekcji i przeglądów nieruchomości, instalacji oraz sprzętu i aparatury, w celu zapewnienia niezbędnych napraw, remontów i zabiegów konserwacyjnych.
3. Dbanie o racjonalne wykorzystanie środków rzeczowych i finansowych przeznaczonych na remonty, naprawy i konserwacje.

4. Ustalanie zasad programów i planów zabiegów konserwacyjnych oraz modernizacji instalacji energetycznych, sanitarnych i funkcjonalnych – zapewnienie usług serwisu technicznego w ramach posiadanych uprawnień.
5. Zapewnienie konserwacji parku maszynowego, zgodnie z instrukcjami o prowadzeniu paszportów technicznych z wymogami eksploatacyjnymi.
6. Przestrzeganie procedur w zakresie Systemu Zarządzania Jakością.
7. Wykonywanie remontów bieżących i planowych.
8. Dokonywanie przeglądów, badań i kontroli zgodnie z wymogami prawa budowlanego i innymi przepisami lub zaleceniami producenta.
9. Zlecanie napraw sprzętu i aparatury medycznej.
10. Prowadzenie rejestru sprzętu i aparatury medycznej oraz paszportów technicznych.
11. Konserwacje i naprawy sprzętu medycznego, urządzeń technicznych, dostawy gazów medycznych i urządzeń technicznych.
12. Zgłaszanie do Urzędu Dozoru Technicznego do rejestracji urządzeń ciśnieniowych i dźwigowych podlegających dozorowi przez Urząd Dozoru Technicznego oraz wymagających potwierdzenia po naprawie.
13. Zapewnienie właściwego stanu ilościowego gazów medycznych w Tlenowni.
14. Realizacja umów o zamówienia publiczne.
15. Wykonywanie zadań wynikających z Regulaminu zakupów doraźnych.
16. Przestrzeganie procedur w zakresie Systemu Zarządzania Jakością.
17. Stanowiska podlegają bezpośrednio Kierownikowi działu.
18. Zadania głównego energetyka:
  - a. nadzór nad układem zasilania w energię elektryczną w celu zapewnienia ciągłej dostawy ciepła, pary, wody i energii elektrycznej dla Zakładu oraz ograniczanie do minimum przerw w dostawie wymienionych mediów, w razie wystąpienia awarii,
  - b. prowadzenie racjonalnej gospodarki energią elektryczną i ciepłą oraz paliwami – dostosowywanie umów na dostawę energii elektrycznej i gazu do aktualnego zapotrzebowania,
  - c. nadzór nad prawidłową pracą Spalarni, Kotłowni i Stacji Uzdatniania Wody,
  - d. organizowanie robót konserwacyjno-remontowych w Kotłowni, Spalarni, Stacji Uzdatniania Wody i rozdzielniach elektrycznych,
  - e. współpraca z innymi komórkami organizacyjnymi w zakresie realizacji zadań i celów Zakładu.
19. Stanowisk ds. Inwestycji realizują zadania dotyczące prowadzenie całokształtu spraw związanych z realizacją inwestycji w Zakładzie, poprzez przygotowywanie i prowadzenie procesu inwestycyjnego, zgodnie z przepisami prawa, w szczególności zgodnie z ustawą prawo budowlane oraz prawo zamówień publicznych, w tym:
  - a. zapewnienie opracowania dokumentacji projektowej, m.in. projektu budowlanego, projektu wykonawczego, przedmiarów, kosztorysów inwestorskich, specyfikacji technicznych,
  - b. uzyskiwanie pozwoleń na budowę i użytkowanie oraz wszelkich innych wymaganych decyzji i uzgodnień,

- c. prowadzenie procedur o udzielenie zamówień publicznych na prace inwestycyjne (m.in. projekty, roboty budowlane, zakupy wyposażenia, usługi, dostawy),
  - d. koordynowanie realizacji zawartych umów,
  - e. nadzór nad robotami budowlanymi oraz dokonywanie ich odbioru,
  - f. kontrolowanie rozliczeń finansowych oraz rozliczenie końcowe zadań,
  - g. współpraca z innymi komórkami organizacyjnymi w celu kompleksowej realizacji inwestycji,
  - h. współpraca z jednostkami zewnętrznymi,
  - i. przekazanie użytkownikowi do eksploatacji obiektów oraz wyposażenia.
20. Realizacja umów o zamówienia publiczne.
21. Wykonywanie zadań wynikających z Regulaminu zakupów doraźnych.
22. Przestrzeganie procedur w zakresie Systemu Zarządzania Jakością.
23. Zadania i obowiązki pracowników określają indywidualne zakresy czynności ustalane przez Kierownika Działu.
24. Kierownik Działu podlega Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomiczno-Administracyjnych.
25. Stanowiska działu:
- a. kierownik działu,
  - b. kierownicy sekcji,
  - c. st. specjaliści, specjaliści,
  - d. st. referenci, referenci,
  - e. konserwatorzy,
  - f. rzemieślnicy mający zastosowanie w pracy działu,
  - g. wykwalifikowani robotnicy,
  - h. pracownicy przyuczeni na stanowiska robotnicze.
27. Skład działu:
- a. sekcja techniczna ze stanowiskami:
    - stanowiska zabezpieczenia bieżącego obiektów oraz urządzeń Zakładu,
    - stanowiska zabezpieczenia eksploatacyjnego aparatury i sprzętu medycznego,
    - stanowiska ds. rozliczeń materiałów eksploatacyjno–remontowych,
  - b. stanowisko ds. obsługi energetycznej i gospodarki gazami medycznymi,
  - c. stanowisko głównego energetyka,
  - d. stanowiska ds. Inwestycji,
  - e. kotłownia,
  - f. stacja uzdatniania wody.
28. Działem kieruje Kierownik, który podlega służbowo Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomiczno-Administracyjnych.
29. Zadania i obowiązki pracowników określają indywidualne zakresy czynności ustalane przez Kierownika Działu.

## § 79

### Dział Informatyki

1. Dział Informatyki realizuje zadania związane z zapewnieniem ciągłości obsługi informatycznej Zakładu, w szczególności:
  - a. administrowanie stroną internetową szpitala,
  - b. administrowanie, serwisowanie, konserwacja i monitorowanie strony intranetu szpitalnego,
  - c. współpraca ze z informatyzowanymi komórkami organizacyjnymi szpitala w celu zabezpieczenia ich pracy bez przestojów,
  - d. koordynowanie zamówień sprzętu komputerowego, sieciowego, oprogramowania i realizacji reklamacji,
  - e. koordynowanie planów rozwoju systemów informatycznych,
  - f. nadzór nad wdrażaniem nowych rozwiązań informatycznych,
  - g. instalowanie oprogramowania na komputerach sieci lokalnej oraz serwerach,
  - h. przeprowadzanie przez pracowników Sekcji audytu informatycznego w dowolnym momencie,
    - a w przypadku odmowy dostępu do sprzętu zgłoszenie tego faktu przełożonemu,
  - i. zgłoszenie przełożonemu każdego przypadku wykrycia nieprawidłowości w zainstalowanych aplikacjach oraz konfiguracji sprzętu stwierdzonych podczas przeprowadzania audytu, a w szczególności nielegalnego oprogramowania,
  - j. administracja sieci komputerowej firmy, utrzymanie jej sprawności w zakresie infrastruktury oraz rozwiązywanie wszelkich problemów związanych z jej funkcjonowaniem,
  - k. wypełnianie obowiązków określonych ustawą o ochronie danych osobowych oraz zarządzeniem wewnętrznym Dyrektora Zakładu w tej sprawie,
  - l. nadzór nad sprzętem nagrywającym obraz z monitoringu szpitalnego (rejestratory), zapewnienie ciągłości nagrywania oraz wykonywanie backupów w sytuacjach tego wymagających,
  - m. przygotowanie sprzętu oraz dokumentów do utylizacji,
  - n. planowanie zakupu i modernizacji sprzętu i oprogramowania,
  - o. opiniowanie umów na usługi informatyczne,
  - p. koordynowanie i dokonywanie odbioru prac w zakresie inwestycji realizowanych w sferze informatyki przez podmioty zewnętrzne,
  - q. zarządzanie sprzętem informatycznym,
  - r. organizowanie w miarę potrzeb szkoleń dla personelu.
  - s. ciągłe podnoszenie jakości usług w stosunku do klientów zewnętrznych
  - t. i wewnętrznych.
  - u. przestrzeganie procedur w zakresie Systemu Zarządzania Jakością.
2. Skład Działu Informatyki:
  - a. Administrator Systemów Informatycznych (ASI),
  - b. Sekcja Systemów Informatycznych i Cyberbezpieczeństwa,

- c. Sekcja Obsługi i Wsparcia Użytkowników oraz Serwisu.
- 3. Stanowiska pracowników Działu:
  - a. Kierownik Działu,
  - b. kierownik Sekcji,
  - c. administratorzy systemów informatycznych,
  - d. specjaliści ds. analiz systemowych,
  - e. starszy specjalista informatyk,
  - f. specjalista informatyk,
  - g. starszy informatyk,
  - h. informatyk.
- 4. Zadania Sekcji Systemów Informatycznych i Cyberbezpieczeństwa
  - a. zapewnienie ciągłości pracy systemów informatycznych,
  - b. administracja siecią LAN (lokalną),
  - c. zapewnienie bezpieczeństwa sieci oraz systemów informatycznych Zakładu,
  - d. nadzór nad środowiskiem backupowym.
- 5. Skład Sekcji Systemów Informatycznych i Cyberbezpieczeństwa
  - a. kierownik sekcji - Administrator Systemów Informatycznych (ASI),
  - b. administratorzy systemów informatycznych,
  - c. specjaliści ds. analiz systemowych.
- 6. Zadania Sekcji Obsługi i Wsparcia Użytkowników oraz Serwisu
  - a. zapewnienie pracownikom wsparcia technicznego przy obsłudze systemów informatycznych,
  - b. stały nadzór nad prawidłowym działaniem sprzętu komputerowego poprzez:
    - kontrolę prawidłowości warunków działania sprzętu komputerowego,
    - dokonywanie drobnych napraw i regulacji w sprzęcie komputerowym w zakresie posiadanych uprawnień,
    - bieżąca pomoc dla użytkownika w zakresie awarii sprzętu komputerowego,
    - okresowa konserwacja sieci sprzętu,
    - zgłaszanie awarii sieci i sprzętu do serwisu.
- 7. Skład Sekcji Obsługi i Wsparcia Użytkowników oraz Serwisu
  - a. kierownik sekcji,
  - b. starszy specjalista informatyk,
  - c. specjalista informatyk,
  - d. starszy informatyk,
  - e. informatyk.
- 8. Działem kieruje Kierownik działu, który podlega służbowo Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomiczno–Administracyjnych.
- 9. Zakresy czynności dla podległych pracowników opracowuje kierownik działu w porozumieniu z Zastępcą Dyrektora ds. Ekonomiczno–Administracyjnych.
- 10. Dział współpracuje z innymi komórkami organizacyjnymi w zakresie realizacji zadań i celów Zakładu.

## **§ 80**

### **Pełnomocnik Dyrektora ds. Cyberbezpieczeństwa**

1. W związku z ustawą o krajowym systemie cyberbezpieczeństwa, na podstawie której tutejszy Zakład został uznany za operatora usług kluczowych, wyznacza się Pełnomocnika Dyrektora ds. Cyberbezpieczeństwa oraz Zastępcę Pełnomocnika ds. Cyberbezpieczeństwa.
2. Zadania i odpowiedzialność Pełnomocnika ds. Cyberbezpieczeństwa:
  - a. utrzymanie kontaktów z podmiotami w krajowym systemie cyberbezpieczeństwa,
  - b. nadzór nad publikowanymi na stronie internetowej informacjami dotyczącymi cyberbezpieczeństwa,
  - c. nadzór nad dokumentacją systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji w zakresie bezpieczeństwa systemów informacyjnych, niezbędnych do realizacji usług kluczowych w tym:
    - zarządzanie ryzykiem,
    - zarządzanie incydentami,
    - zbieranie informacji o zagrożeniach w cyberprzestrzeni i podatności na incydenty systemu informacyjnego wykorzystywanego do świadczenia usługi kluczowej,
  - d. nadzór nad wewnętrznym zespołem odpowiedzialnym za cyberbezpieczeństwo.
3. Pełnomocnik ds. Cyberbezpieczeństwa podlega bezpośrednio Dyrektorowi Zakładu.
4. Pełnomocnik ds. Cyberbezpieczeństwa współpracuje z Inspektorem Ochrony Danych w zakresie niezbędnym do zapewnienia bezpieczeństwa danych osobowych przetwarzanych w Zakładzie.
5. Pełnomocnik ds. Cyberbezpieczeństwa posiada uprawnienia do zwołania spotkania Zespołu ds. cyberbezpieczeństwa.
6. Pełnomocnika ds. Cyberbezpieczeństwa zastępuje Zastępca Pełnomocnika ds. Cyberbezpieczeństwa.

## **§ 81**

### **Zadania Działu Żywnienia**

1. Zapewnienie żywienia pacjentom hospitalizowanym:
  - a. dystrybucja posiłków na oddziały w określonych godzinach,
  - b. przygotowywanie rozdzielników produktów spożywczych,
  - c. prowadzenie gospodarki materiałowej magazynu żywnościowego,
  - d. sprawowanie nadzoru nad higieną i technologią produkcyjną zgodnie z zasadami GHP (dobrej praktyki higienicznej) i GMP (dobrej praktyki produkcyjnej),
  - e. współpraca z innymi komórkami organizacyjnymi w zakresie realizacji zadań i celów Zakładu.
2. Przestrzeganie procedur w zakresie Systemu Zarządzania Jakością.
3. Stanowiska podlegają bezpośrednio Kierownikowi działu.
4. Kierownik działu podlega Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomiczno-Administracyjnych.
5. Stanowiska działu:

- a. kierownik działu,
  - b. st. referenci, referenci,
  - c. szef kuchni,
  - d. zastępca szefa kuchni,
  - e. kucharze,
  - f. pomoce kuchenne,
  - g. stanowiska robotnicze.
6. Skład działu:
- a. kuchnia centralna,
  - b. zespół magazynów żywnościowych.
7. Działem kieruje Kierownik, który podlega służbowo Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomiczno-Administracyjnych.
8. Zadania i obowiązki pracowników określają indywidualne zakresy czynności ustalane przez kierownika Działu.

## **§ 82**

### **Zadania Sekcji BHP**

1. Przeprowadzanie kontroli warunków pracy oraz przestrzegania zasad i przepisów, dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy.
2. Bieżące informowanie pracodawcy o stwierdzonych zagrożeniach zawodowych, wraz z wnioskami zmierzającymi do usuwania tych zagrożeń.
3. Sporządzanie i przedstawianie co najmniej 1 raz w roku okresowej analizy stanu bezpieczeństwa i higieny pracy zawierającej propozycje przedsięwzięć technicznych i organizacyjnych mających na celu zapobieganie zagrożeniom życia i zdrowia pracowników oraz poprawy warunków pracy.
4. Udział w opracowywaniu planów modernizacji i rozwoju Zakładu w zakresie wymagań bezpieczeństwa i higieny pracy.
5. Udział w przekazywaniu do użytkowania obiektów Zakładu, w których przewiduje się pomieszczenia pracy oraz urządzenia mające wpływ na warunki pracy i bezpieczeństwo pracowników.
6. Przeprowadzanie szkoleń wstępnych (instruktaż ogólny) oraz udział w organizowaniu szkoleń okresowych w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy.
7. Udział w opracowywaniu wewnętrznych zarządzeń, regulaminów, instrukcji ogólnych dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy.
8. Opiniowanie szczegółowych instrukcji dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy na poszczególnych stanowiskach pracy.
9. 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.
10. Prowadzenie rejestrów, kompletowanie i przechowywanie dokumentów dotyczących wypadków przy pracy stwierdzonych chorób zawodowych oraz podejrzeń o takie choroby.

11. Zlecenie badań oraz współpraca z laboratoriami upoważnionymi do pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia i warunków uciążliwych w środowisku pracy w zakresie organizowania tych badań, przekazywanie wyników pomiarów kierownikom komórek celem zapoznania pracowników, przechowywanie wyników pomiarów, prowadzenie rejestru tych pomiarów.
12. Udział w dokonywaniu oceny ryzyka zawodowego, które wiąże się z wykonywaną pracą.
13. Prowadzenie rejestru prac, których wykonywanie powoduje konieczność kontaktu z substancjami, preparatami, procesami technologicznymi o działaniu rakotwórczym lub mutagennym oraz rejestru pracowników narażonych na działanie substancji, preparatów, procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym.
14. Prowadzenie rejestru prac narażających pracowników na działanie czynników biologicznych grupy 3-4 oraz rejestru narażonych pracowników na działanie tych czynników biologicznych.
15. 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.
16. Uczestniczenie w konsultacjach w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy, a także w pracach komisji bezpieczeństwa i higieny pracy oraz innych zakładowych komisji zajmujących się problematyką bezpieczeństwa i higieny pracy.
17. Współdziałanie z lekarzem sprawującym opiekę zdrowotną nad pracownikami a w szczególności przy organizowaniu okresowych badań lekarskich pracowników.
18. Współdziałanie ze społeczną inspekcją pracy.
19. Współpraca z innymi komórkami organizacyjnymi w zakresie realizacji zadań i celów Zakładu.
20. Przestrzeganie procedur w zakresie Systemu Zarządzania Jakością.
21. Stanowiska Sekcji ds. BHP:
  - a. kierownik sekcji,
  - b. specjalista ds. BHP.
22. Kierownik Sekcji BHP podlega służbowo Dyrektorowi Zakładu.
23. Pracownicy Sekcji podlegają Kierownikowi sekcji.
24. Zadania i obowiązki pracowników określają indywidualne zakresy czynności ustalane przez kierownika sekcji.

### **§ 83**

#### **Stanowisko P.POŻ**

1. Sprawowanie nadzoru nad stanem ochrony przeciwpożarowej i zabezpieczenia przeciwpożarowego obiektów Zakładu.
2. Koordynowanie prac związanych z zabezpieczeniem p. pożarowym między poszczególnymi komórkami Zakładu.
3. Sprawowanie kontroli stanu ochrony p. pożarowej.
4. Opracowywanie planów dostosowania obiektów do wymagań nakreślonych przez przepisy związane z ochroną p. pożarową.
5. Planowanie potrzeb w zakresie wyposażenia obiektów w sprzęt i urządzenia p. pożarowe.
6. Opracowywanie wszelkich wniosków w zakresie stwierdzonych uchybień p. pożarowych i przedkładanie ich Zastępcy Dyrektora ds. eksploatacyjno-technicznych i inwestycji.

7. Organizowanie szkoleń w zakresie zapobiegania pożaru.
8. Współpracowanie z właściwymi komendami straży pożarnej miasta oraz realizowanie ich zaleceń.
9. Stanowisko ds. Ochrony P. pożarowej może być komórką stanowisk wieloosobowych.
10. Przestrzeganie procedur w zakresie Systemu Zarządzania Jakością.
11. Stanowisko podlega służbowo Dyrektorowi Zakładu.

#### **§ 84**

##### **Zadania Zespołu ds. Obsługi Prawnej**

1. Zapewnienie obsługi prawnej w Zakładzie, w tym udzielanie porad, opinii, wyjaśnień, opracowywanie i opiniowanie projektów umów i innych aktów wywołujących skutki prawne.
2. Zastępowanie Zakładu przed sądami powszechnymi i innymi organami, w których stroną jest Zakład.
3. Współpraca z innymi komórkami organizacyjnymi w zakresie realizacji zadań i celów Zakładu.
4. Zadania Zespołu realizowane są przez Kancelarię Prawną, z którą Zakład zawarł umowę na podstawie przeprowadzonego postępowania przetargowego.

#### **§ 85**

##### **Zadania Stanowiska ds. Obronności i Obrony Cywilnej**

1. W zakresie obronności:
  - a. magazynowanie, przechowywanie, konserwowanie, ratowanie zapasów Rezerw Terenowych na wypadek zagrożenia,
  - b. organizowanie zastępczych miejsc szpitalnych w razie zagrożenia,
  - c. opracowywanie, przechowywanie i aktualizowanie dokumentacji operacyjno–obronnej Zakładu,
  - d. zapewnienie niezbędnej obsługi kancelarii spraw niejawnych,
  - e. bilansowanie kadr medycznych dla zapewnienia prawidłowego działania Zakładu na wypadek zagrożenia,
  - f. organizowanie szkoleń dla załogi z zakresu obronności,
2. W zakresie obrony cywilnej:
  - a. opracowywanie wszelkiego rodzaju planów związanych z obroną cywilną, a także prowadzenie sprawozdawczości z ich wykonania,
  - b. prowadzenie prac reklamacyjnych i przydziałów organizacyjno–mobilizujących pracowników Zakładu,
  - c. opracowywanie bilansów kadrowych dla celów oddziałów pierwszej pomocy medycznej,
  - d. organizowanie z Komendantem OPPM szkoleń,
  - e. współdziałanie w prowadzeniu ćwiczeń organizowanych na szczeblu miejskim,
  - f. opracowywanie rozśrodkowania i ewakuacji pracowników Zakładu.
3. Zespół stanowisk organizacyjnie podlega Dyrektorowi Zakładu.

## **§ 86**

### **Zadania Stanowiska Audytora Wewnętrznego**

1. Niezależne badanie systemów zarządzania w Zakładzie w tym procedur kontroli finansowej, w wyniku której Dyrektor Zakładu uzyskuje obiektywną i niezależną ocenę adekwatności, efektywności i skuteczności tych systemów.
2. Czynności doradcze w tym konsultacje, oceny, szkolenia.
3. Sporządzanie rocznych planów audytów i przedstawianie sprawozdań Dyrektorowi Zakładu, w terminach ustawowych.
4. Prowadzenie dokumentacji wymaganej przepisami prawa powszechnie obowiązującego, jak i procedurami wewnętrznymi obowiązującymi na stanowisku audytora.
5. Współpraca z wszystkimi komórkami organizacyjnymi Zakładu w zakresie realizacji zadań określonych na stanowisku audytora.
6. Przestrzeganie procedur w zakresie Systemu Zarządzania Jakością.
7. Audytor wewnętrzny podlega służbowo Dyrektorowi Zakładu.

## **§ 87**

### **Zadania Pełnomocnika ds. Systemu Zarządzania Jakością**

1. Planowanie potrzebnych zasobów oraz prowadzenie i koordynowanie zadań wynikających z wdrożenia i funkcjonowania systemu zarządzania jakością w Zakładzie zgodnie z aktualną normą ISO 9001.
2. Monitorowanie wskaźników jakości.
3. Planowanie i nadzór nad audytami wewnętrznymi jakości oraz ich raportowanie.
4. Sporządzanie i coroczne opracowanie badania satysfakcji pacjenta.
5. Opracowanie rejestru ryzyk oraz ich weryfikacja i podjęcie ewentualnych działań zapobiegawczych oraz identyfikacja szans.
6. Dokonywanie przeglądu stron zainteresowanych działalnością Szpitala i ich wymagań.
7. Określenie czynników zewnętrznych i wewnętrznych mających wpływ na osiągnięcie celów Szpitala.
8. Opracowanie celów strategicznych, celów operacyjnych jakości.
9. Uczestniczenie jako członek komisji w ocenie zdarzeń niepożądanych mających miejsce w Szpitalu
10. Przedstawianie Dyrektorowi Zakładu sprawozdań dotyczących działania systemu zarządzania jakością oraz potrzeb związanych z jego doskonaleniem.
11. Powiadamianie Dyrektora o działalności niezgodnej z obowiązującym systemem zarządzania.
12. Utrzymywanie kontaktów z podmiotami zewnętrznymi w sprawach związanych z systemem zarządzania jakością.
13. Współpraca z innymi komórkami organizacyjnymi w zakresie realizacji celów Zakładu.
14. Zapewnienie upowszechniania świadomości dotyczącej wymagań związanych z Systemem Zarządzania Jakością.
15. Przestrzeganie procedur w zakresie Systemu Zarządzania Jakością.

16. Pełnomocnik Dyrektora ds. Systemu Zarządzania Jakością posiada uprawnienia niezbędne do wykonywania powierzonych zadań, tj.:
  1. pełnomocnictwo Dyrektora Zakładu do reprezentowania Zakładu na zewnątrz w sprawach związanych z wdrożeniem i certyfikacją systemu zarządzania jakością,
  2. prawo do wydawania poleceń wszystkim pracownikom w zakresie wdrażania, utrzymania i doskonalenia Systemu Zarządzania Jakością,
  3. prawo dostępu do wszystkich informacji i dokumentów, istotnych z punktu widzenia powierzonych zadań.
17. Komórka posiada zespół stanowisk pracy.
18. Pełnomocnik Dyrektora ds. Systemu Zarządzania Jakością podlega służbowo Dyrektorowi Zakładu.

## **§ 88**

### **Zadania Pełnomocnika ds. ochrony informacji niejawnych**

1. Do zadań Pełnomocnika ds. ochrony informacji niejawnych należy zapewnienie przestrzegania przepisów o ochronie informacji niejawnych, w szczególności:
  - a. zapewnienie ochrony informacji niejawnych, w tym stosowanie środków bezpieczeństwa fizycznego,
  - b. zapewnienie ochrony systemów teleinformatycznych, w których są przetwarzane informacje niejawne,
  - c. zarządzanie ryzykiem bezpieczeństwa informacji niejawnych, w szczególności szacowanie ryzyka,
  - d. kontrola ochrony informacji niejawnych oraz przestrzegania przepisów o ochronie tych informacji,
  - e. kontrola ewidencji materiałów i obiegu dokumentów,
  - f. opracowywanie i aktualizowanie, wymagającego akceptacji kierownika jednostki organizacyjnej, planu ochrony informacji niejawnych w jednostce organizacyjnej, w tym w razie wprowadzenia stanu nadzwyczajnego i nadzorowanie jego realizacji,
  - g. opracowanie instrukcji dot. sposobu i trybu przetwarzania informacji o klauzuli zastrzeżone,
  - h. prowadzenie szkoleń w zakresie ochrony informacji niejawnych,
  - i. prowadzenie zwykłych postępowań sprawdzających oraz kontrolnych postępowań sprawdzających,
  - j. prowadzenie aktualnego wykazu osób zatrudnionych lub pełniących służbę w jednostce organizacyjnej albo wykonujących czynności zlecone, które posiadają uprawnienia do dostępu do informacji niejawnych, oraz osób, którym odmówiono wydania poświadczenia bezpieczeństwa lub je cofnięto,
  - k. przekazywanie odpowiednio ABW lub SKW do ewidencji, o których mowa w art. 73 ust. 1, danych, o których mowa w art. 73 ust. 2 ustawy z dnia 5 sierpnia 2010 r. o ochronie informacji niejawnych (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 632 ze zm.), osób uprawnionych do dostępu do informacji niejawnych, a także osób, którym odmówiono wydania poświadczenia bezpieczeństwa lub wobec których podjęto decyzję o cofnięciu poświadczenia bezpieczeństwa,

- I. niezwłoczne poinformowanie kierownika jednostki organizacyjnej oraz podjęcie działań w celu wyjaśnienia okoliczności naruszenia przepisów oraz ograniczenie jego negatywnych skutków.
2. Pełnomocnik ds. ochrony informacji niejawnych podlega służbowo Dyrektorowi Zakładu.
3. Pełnomocnikowi ds. ochrony informacji niejawnych podlega komórka organizacyjna pod nazwą: „Pion ochrony informacji niejawnych”.
4. W „Pionie ochrony informacji niejawnych” podległemu Pełnomocnikowi ds. ochrony informacji niejawnych funkcjonują stanowiska:
  - a. stanowisko ds. ewidencji dokumentów niejawnych,
  - b. inspektor bezpieczeństwa teleinformatycznego.
5. Zadania stanowiska ds. ewidencji dokumentów niejawnych:
  - a. sprawne i bezpieczne rejestrowanie materiałów niejawnych,
  - b. przechowywanie materiałów niejawnych,
  - c. obieg i wydawanie materiałów niejawnych, umożliwiające w każdej chwili ustalenie, gdzie znajduje się zarejestrowany materiał oraz kto i kiedy zapoznał się z tym materiałem.
6. W celu zapewnienia sprawnego i bezpiecznego rejestrowania, przechowywania, obiegu i wydawania materiałów niejawnych, prowadzone są następujące dzienniki ewidencji:
  - a. rejestr dzienników ewidencji i teczek,
  - b. dziennik ewidencyjny,
  - c. książka doręczeń przesyłek miejscowych,
  - d. wykaz przesyłek nadanych,
  - e. rejestr wydanych przedmiotów, służący do ewidencjonowania wydanych nośników informacji oraz innych przedmiotów.
7. Inspektor bezpieczeństwa teleinformatycznego – podlega Pełnomocnikowi ds. ochrony informacji niejawnych, jest odpowiedzialny za weryfikację i bieżącą kontrolę zgodności funkcjonowania systemu teleinformatycznego ze szczególnymi wymaganiami bezpieczeństwa oraz przestrzegania procedur bezpiecznej eksploatacji.
8. Inspektor bezpieczeństwa teleinformatycznego - realizuje zadania w zakresie weryfikacji i bieżącej kontroli zgodności funkcjonowania eksploatowanego w danej jednostce organizacyjnej systemu teleinformatycznego z jego dokumentacją bezpieczeństwa, a w szczególności kontroluje:
  - a. przestrzeganie zasad ochrony przetwarzanych w systemie teleinformatycznym informacji niejawnych,
  - b. poprawność realizacji zadań wykonywanych przez administratora,
  - c. zgodność konfiguracji systemu teleinformatycznego z dokumentacją bezpieczeństwa systemu teleinformatycznego,
  - d. stan środków bezpieczeństwa fizycznego i ochrony elektromagnetycznej,
  - e. aktualność wykazów osób mających dostęp do systemu teleinformatycznego, prawidłowość przydzielania kont użytkownikom, zakres nadanych im uprawnień i prawidłowość zabezpieczeń zastosowanych w systemie teleinformatycznym,
  - f. znajomość i przestrzeganie przez użytkowników procedur bezpiecznej eksploatacji systemu teleinformatycznego,

- g. analizuje rejestry zdarzeń w systemie teleinformatycznym i prawidłowość ich archiwizowania,
- h. informuje pełnomocnika ochrony o wszelkich zdarzeniach związanych lub mogących mieć wpływ na bezpieczeństwo systemu teleinformatycznego,
- i. uczestniczy w opracowywaniu programów organizacyjno-użytkowych, projektów koncepcyjnych i technicznych planowanych do budowy systemów teleinformatycznych.

## **§ 89**

### **Administrator Systemu Teleinformatycznego do przetwarzania informacji niejawnych**

1. Administrator Systemu Teleinformatycznego realizuje zadania w zakresie odpowiedzialności za funkcjonowanie systemu teleinformatycznego oraz odpowiada za przestrzeganie zasad i wymagań bezpieczeństwa przewidzianych dla systemu teleinformatycznego, w szczególności:
  - a. opracowuje i uaktualnia dokumentację bezpieczeństwa systemu teleinformatycznego,
  - b. przechowuje oryginały zatwierdzonej dokumentacji bezpieczeństwa teleinformatycznego systemu teleinformatycznego,
  - c. uczestniczy w procesie szacowania ryzyka,
  - d. wdraża procedury bezpiecznej eksploatacji,
  - e. szkoli użytkowników systemu teleinformatycznego z zakresu procedur bezpiecznej eksploatacji,
  - f. utrzymuje zgodność konfiguracji i parametrów systemu teleinformatycznego z dokumentacją bezpieczeństwa systemu,
  - g. systematycznie kontroluje funkcjonowanie mechanizmów zabezpieczeń i poprawność działania systemu teleinformatycznego,
  - h. informuje pełnomocnika ochrony o stwierdzonych naruszeniach bezpieczeństwa systemu teleinformatycznego,
  - i. zgłasza do pełnomocnika ochrony potrzeby w zakresie serwisowania i certyfikacji środków ochrony elektromagnetycznej,
  - j. analizuje i archiwizuje rejestr zdarzeń w systemie teleinformatycznym,
  - k. prowadzi wykaz osób mających dostęp do systemu teleinformatycznego zawierający co najmniej:
    - imię i nazwisko,
    - nazwę jednostki (komórki) organizacyjnej,
    - posiadane poświadczenie bezpieczeństwa (jego numer, klauzulę i datę ważności);
  - l. przydziela użytkownikom konta, zgodnie z uprawnieniami nadanymi przez kierownika jednostki (komórki) organizacyjnej,
  - m. zapewnia dostęp do systemu teleinformatycznego wyłącznie użytkownikom posiadającym wymagane uprawnienia oraz odpowiednie i ważne poświadczenia bezpieczeństwa.
2. Administrator Systemu Teleinformatycznego do przetwarzania informacji niejawnych podlega służbowo Dyrektorowi Zakładu.

## **§ 90**

### **Zadania Pełnomocnika Dyrektora ds. akredytacji Szpitala**

1. Planowanie potrzebnych zasobów oraz prowadzenie i koordynowanie zadań wynikających z wdrożenia i funkcjonowania akredytacji Szpitala.
2. Przeprowadzanie szkoleń wśród pracowników Szpitala w zakresie wymagań systemu akredytacji Szpitala.
3. Utworzenie zespołów odpowiedzialnych za opracowanie standardów akredytacyjnych w poszczególnych zakresach.
4. Opracowanie i wdrożenie standardów akredytacyjnych w Szpitalu.
5. Przedstawianie Dyrektorowi Zakładu sprawozdań z realizowanych działań związanych z wprowadzaniem akredytacji Szpitala.
6. Współpraca z innymi komórkami organizacyjnymi w zakresie realizacji celów Zakładu.
7. Przestrzeganie procedur w zakresie Systemu Zarządzania Jakością.
8. Pełnomocnik Dyrektora ds. wprowadzania akredytacji Szpitala posiada uprawnienia niezbędne do wykonywania powierzonych zadań, tj.:
  - a. pełnomocnictwo Dyrektora Zakładu do reprezentowania Zakładu na zewnątrz w sprawach związanych z wdrożeniem akredytacji Szpitala,
  - b. prawo do wydawania poleceń wszystkim pracownikom w zakresie opracowywania i wdrażania akredytacji Szpitala,
  - c. prawo dostępu do wszystkich informacji i dokumentów, istotnych z punktu widzenia powierzonych zadań.
9. Pełnomocnik Dyrektora ds. wprowadzania akredytacji Szpitala podlega służbowo Dyrektorowi Zakładu.

## **§ 91**

### **Stanowisko specjalisty ds. kontroli wewnętrznej**

1. Opracowywanie okresowych planów kontroli.
2. Przeprowadzanie kontroli w komórkach organizacyjnych Zakładu zgodnie z zatwierdzonym planem.
3. Przeprowadzanie kontroli w komórkach organizacyjnych Zakładu na polecenie Dyrektora lub jego zastępców.
4. Przedstawianie Dyrektorowi lub jego zastępcom sprawozdań z przeprowadzonych kontroli.
5. Opracowanie zaleceń w zakresie stwierdzonych nieprawidłowości oraz monitorowanie sposobu ich realizacji.
6. Przeprowadzenie ocen działalności komórek organizacyjnych w zakresie sprawności organizacyjnej, celowości, gospodarności i legalności działania
7. Prowadzenie spraw związanych z inwentaryzacją majątku.
8. Stanowisko podlega organizacyjnie Dyrektorowi Zakładu.

## **§ 92**

### **Zadania Stanowiska Kapelana Szpitala**

1. Zapewnienie pacjentom, którzy sobie tego życzą, zaspokajanie ich potrzeb religijnych.
2. Odprawianie w Kaplicy Szpitala Mszy Świętej w wyznaczonych dniach i godzinach.
3. Udzielanie posług religijnych w salach chorych.
4. Kapelani podlegają służbowo Dyrektorowi Zakładu.

## **§ 93**

### **Pralnia**

1. Pralnia zapewnia na potrzeby Zakładu niezbędną do realizacji bieżącej działalności czystą bieliznę oraz odzież roboczą ochronną pracowników.
2. Pralnia posiada barierę higieniczną, oddzielającą od siebie dwie strefy brudną i czystą.
3. Realizuje na rzecz odbiorców zewnętrznych umowy polegające na praniu bielizny oraz odzieży ochronnej.
4. Pracownicy Pralni przygotowują bieliznę i odzież ochronną z zachowaniem rozdziału na strefy brudną i czystą, całkowicie eliminując stykanie się bielizny brudnej, zakażonej z bielizną czystą zdezynfekowaną.
5. W Pralni przeprowadza się dezynfekcję materacy i bielizny zakażonej z zachowaniem bariery higienicznej oraz odrębną służą dla personelu obsługującego.
6. Pracownicy Pralni przestrzegają procedur w zakresie Systemu Zarządzania Jakością.
7. Do zadań Pralni należy:
  - a. przyjmowanie do prania bielizny, odzieży ochronnej i roboczej ze szczególnym zwróceniem uwagi na stan ilościowy przyjętego asortymentu oraz prawidłową segregację,
  - b. postępowanie zgodnie z wytycznymi nadzoru sanitarno-epidemiologicznego oraz stosowanie dopuszczalnych technologii i środków piorących,
  - c. przeprowadzanie stałego wewnętrznego nadzoru czystości mikrobiologicznej pranej bielizny, jak i powietrza w wyżej wymienionych strefach,
  - d. realizowanie usług pralniczych na rzecz komórek organizacyjnych Zakładu oraz podmiotów zewnętrznych zgodnie z zawartymi przez Zakład umowami,
  - e. naprawa uszkodzonej bielizny i odzieży,
  - f. współpraca z innymi komórkami organizacyjnymi w zakresie realizacji zadań i celów Zakładu.
  - g. dbanie o racjonalne wykorzystanie środków rzeczowych i finansowych przeznaczonych niezbędnych do przygotowania czystej bielizny,
  - h. ustalanie przy współpracy z Działem Techniczno-Eksploatacyjnym zasad programów i planów zabiegów konserwacyjnych oraz modernizacji wykorzystywanego sprzętu,
  - i. prowadzenie paszportów technicznych z wymogami eksploatacyjnymi,
  - j. dokonywanie przeglądów, badań i kontroli zgodnie z wymogami sanitarno-epidemiologicznymi,
  - k. zlecanie napraw użytkowanego sprzętu i aparatury,

- I. realizacja umów o zamówienia publiczne,
  - m. wykonywanie zadań wynikających z Regulaminu zakupów doraźnych.
8. Zadania i obowiązki pracowników określają indywidualne zakresy czynności ustalane przez Kierownika Pralni.

**CZĘŚĆ VI**  
**WARUNKI WSPÓŁDZIAŁANIA Z INNYMI PODMIOTAMI WYKONUJĄCYMI DZIAŁALNOŚĆ**  
**LECZNICZĄ W ZAKRESIE ZAPEWNIENIA PRAWIDŁOWOŚCI LECZENIA, PIELĘGNACJI**  
**I REHABILITACJI PACJENTÓW ORAZ CIĄGŁOŚCI PRZEBIEGU PROCESU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ**  
**ZDROWOTNYCH**

**§ 94**

1. Wielospecjalistyczna struktura Zakładu w sensie merytorycznym zapewnia pacjentowi możliwość szerokiego i kompletnego załatwienia problemu zdrowotnego.
2. W sytuacjach koniecznych, gdy zostaną wyczerpane możliwości diagnostyczne – Zakład korzysta z wysokospecjalistycznej diagnostyki innych podmiotów leczniczych.
3. Zasady współpracy oparte są na umowach cywilno-prawnych.
4. Procedura uzgadniania miejsca diagnostyki lub leczenia i sposób przekazywania materiału do badań lub przewiezienia pacjenta do innego ośrodka leży w zakresie obowiązków lekarza udzielającego świadczeń medycznych danemu pacjentowi.

**§ 95**

1. Współpracując z innymi podmiotami leczniczymi, Zakład powinien mieć zawsze na uwadze dobro pacjenta, a w tym celu:
  - a. kierować go na takie badania diagnostyczne i do takich zakładów (przede wszystkim własnego i mających umowę z Zakładem), które umożliwiają prawidłowe postawienie diagnozy,
  - b. w razie wątpliwości co do rozpoznania albo potrzeby leczenia specjalistycznego kierować pacjenta bez zbędnej zwłoki do poradni specjalistycznych na konsultację lub leczenie,
  - c. w razie konieczności leczenia w podmiocie leczniczym realizującym świadczenia szpitalne lub stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne kierować pacjenta do właściwego podmiotu, uwzględniając jego życzenia w tym zakresie.

**§ 96**

1. Zakład ponosi koszty transportu pacjentów przekazywanych do innych podmiotów leczniczych.
2. W przypadku przekazania pacjenta, udostępniana jest również jego dokumentacja medyczna.
3. Zakład w czasie przekazywania pacjenta do innego podmiotu leczniczego zapewnia stałą opiekę wykwalifikowanego personelu.

**CZĘŚĆ VII**  
**PRAWA I OBOWIĄZKI PACJENTA ORAZ OSÓB ODWIEDZAJĄCYCH**

**§ 97**

1. Prawa pacjenta określają przepisy ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz. U. 2024 r. poz. 581),
2. Zgodnie z art. 34 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta pacjent ma prawo do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej świadczonej przez osoby bliskie pacjenta, które mogą polegać na:
  - a. zaspakajaniu potrzeb emocjonalnych i duchowych (czytanie, rozmowa),
  - b. pomocy przy zaspakajaniu potrzeb fizjologicznych po uprzednim uzyskaniu zgody pielęgniarki dyżurnej Oddziału/Zakładu,
  - c. karmieniu – z wyjątkiem pacjentów nieprzytomnych, mających problemy z połykaniem ściśle wg zalecanej diety, po wcześniejszym uzgodnieniu z lekarzem prowadzącym i pielęgniarką dyżurną,
  - d. toalecie przeciwoleżynowej po wcześniejszym uzyskaniu zgody od pielęgniarki dyżurnej Oddziału/Zakładu,
  - e. uczestniczeniu w procesie rehabilitacji w porozumieniu z rehabilitantem (spacerowanie po korytarzu, sadzanie w łóżku).
3. W przypadku transportu do innego podmiotu leczniczego pacjenta, którego rzeczy zostały przyjęte do depozytu Szpitala, a pacjent nie może samodzielnie potwierdzić odbioru tego depozytu pozostają w depozycie Szpitala do czasu odbioru przez pacjenta lub osobę przez niego upoważnioną.
4. W celu zapewnienia poszanowania intymności i godności pacjenta i pracowników Zakładu podczas udzielania świadczeń zdrowotnych na terenie Szpitala obowiązuje zakaz fotografowania i filmowania obejmujący swoim zakresem przedmioty oraz obiekty należące do Zakładu, jak i osoby w nim przebywające bez uzyskania zgody Dyrektora w zakresie przedmiotów i obiektów lub zgody osoby fotografowanej, lub filmowanej.

**§ 98**

1. Pacjent zobowiązany jest stosować się do zaleceń i wskazówek lekarzy i pielęgniarek.
2. Pacjent jest zobowiązany przebywać w wyznaczonej Sali chorych, zwłaszcza podczas wizyt lekarskich.
3. Pacjent nie może opuszczać oddziału bez wiedzy i zgody personelu medycznego oddziału.
4. Pacjent zobowiązany jest do zachowywania się w sposób kulturalny i niezakłócający spokoju innym pacjentom oraz do przestrzegania ciszy nocnej.
5. Pacjent powinien uzgodnić z lekarzem prowadzącym spożywanie produktów spożywczych i napojów innych niż szpitalne.
6. Pacjenta obowiązuje przestrzeganie higieny osobistej oraz zachowanie porządku i czystości w pomieszczeniach szpitalnych.

7. Pacjentowi nie wolno bez zgody pielęgniarki oddziałowej zamieniać łóżka.
8. Pacjent chodzący zobowiązany jest wykonywać zabiegi higieniczne w łazienkach.
9. Pacjent zobowiązany jest do szanowania mienia będącego własnością Zakładu.
10. Pacjent ponosi koszty szkód materialnych powstałych z jego winy na terenie Zakładu.
11. Pacjent nie ma prawa manipulować przy aparaturze i urządzeniach medycznych.
12. Rzeczy wartościowe niezbędne podczas hospitalizacji pacjent może przechowywać w depozycie.
13. Za rzeczy wartościowe pacjenta, które nie zostały oddane do depozytu Szpital nie ponosi odpowiedzialności.

**CZĘŚĆ VIII**  
**OBOWIĄZKI ZAKŁADU W RAZIE ŚMIERCI PACJENTA ORAZ POSTĘPOWANIA ZE ZWŁOKAMI OSÓB**  
**ZMARŁYCH W SZPITALU**

**§ 99**

O śmierci pacjenta w oddziale, izbie przyjęć lub Szpitalnym Oddziale Ratunkowym pielęgniarka niezwłocznie powiadamia lekarza leczącego lub lekarza dyżurnego.

**§ 100**

1. Lekarz, o którym mowa w § 99 dokonuje oględzin zmarłego, stwierdza zgon i jego przyczynę, odnotowuje datę i godzinę śmierci w dokumentacji medycznej.
2. Kartę zgłoszenia zgonu oraz kartę statystyczną do karty zgonu wypełnia lekarz.
3. O zgonie pacjenta lekarz niezwłocznie zawiadamia wskazaną przez pacjenta osobę, instytucję lub przedstawiciela ustawowego, a w przypadku, gdy pacjent nie skazał żadnej osoby lub instytucji, o zgonie zawiadomić należy osoby uprawnione do pochowania zwłok (najbliższą pozostałą rodzinę osoby zmarłej) oraz pracownika socjalnego Zakładu.
4. Pielęgniarka, ratownik medyczny wykonują toaletę pośmiertną osoby zmarłej zgodnie z obowiązującą w Zakładzie procedurą.

**§ 101**

Pielęgniarka dyżurna dokonuje wpisu o zgonie chorego do księgi raportów pielęgniarskich.

**§ 102**

1. Po stwierdzeniu zgonu przez lekarza, o którym mowa w § 100 pielęgniarka wypełnia kartę skierowania zwłok do chłodni oraz zakłada na przegub dłoni lub stopy osoby zmarłej identyfikator wykonany z tasiemki, płótna lub tworzywa sztucznego, po czym zwłoki wraz z tą kartą oraz identyfikatorem są przewożone do chłodni.
2. Karta skierowania zwłok do chłodni zawiera:
  - a. imię i nazwisko osoby zmarłej,
  - b. PESEL osoby zmarłej, a w przypadku braku nr PESEL, serię i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość,
  - c. datę i godzinę zgonu,
  - d. nazwę komórki kierującej,
  - e. godzinę przyjęcia zwłok osoby zmarłej do chłodni,
  - f. imię, nazwisko i podpis pielęgniarki wypełniającej kartę,
3. Identyfikator, o którym mowa w ust. 1 zawiera:
  - a. imię i nazwisko osoby zmarłej,

- b. PESEL osoby zmarłej, a w przypadku braku nr PESEL, serię i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość,
  - c. datę i godzinę zgonu.
4. Jeżeli nie jest możliwe ustalenie tożsamości osoby zmarłej, w karcie skierowania do chłodzi oraz na identyfikatorze dokonuje się oznaczenia „NN” z podaniem przyczyny i okoliczności uniemożliwiających ustalenie tożsamości.
  5. Zwłoki osoby zmarłej przewożone są do chłodzi nie wcześniej niż po upływie 2 godzin od czasu zgonu wskazanego w dokumentacji medycznej.
  6. W okresie pomiędzy stwierdzeniem zgonu a przewiezieniem do chłodzi zwłoki osoby zmarłej są przechowywane w specjalnie przeznaczonym do tego celu pomieszczeniu, a w razie jego braku w innym chłodnym miejscu z zachowaniem godności należnej zmarłemu.

### **§103**

Pielęgniarka dyżurna oddziału lub izby przyjęć szpitala sporządza protokółarnie spis rzeczy należących do zmarłego i przekazuje je za potwierdzeniem rodzinie lub przedstawicielowi ustawowemu.

### **§ 104**

W przypadku zmarłego nieposiadającego rodziny lub przedstawiciela ustawowego, formalności związane ze zgonem załatwia pracownik socjalny szpitala.

### **§ 105**

W razie zgonu chorego, którego tożsamość nie jest ustalona, bądź zgonu, co do którego istnieje podejrzenie, że jest następstwem zabójstwa, samobójstwa lub innych niewyjaśnionych przyczyn szpital powiadamia prokuraturę i policję.

### **§ 106**

1. Zwłoki osoby, która zmarła w szpitalu mogą być poddane sekcji w szczególności, gdy zgon tej osoby nastąpił przed upływem 12 godzin od przyjęcia do szpitala.
2. Kierownik Zakładu, a jeżeli kierownik nie jest lekarzem, to upoważniony przez niego lekarz na wniosek właściwego ordynatora lub w razie potrzeby, po zasięgnięciu jego opinii zarządza dokonanie lub zaniechanie sekcji.
3. Zwłoki osoby, która zmarła w szpitalu, nie są poddawane sekcji, jeżeli przedstawiciel ustawowy tej osoby wyraził sprzeciw lub uczyniła to osoba za życia.
4. O zaniechaniu sekcji zwłok określonej w ust. 3 sporządza się adnotację w dokumentacji medycznej i załącza sprzeciw, o którym mowa w ust. 3.
5. Przepisów ust. 1 – 4 nie stosuje się w przypadkach:

- określonych w Kodeksie postępowania karnego i Kodeksie karnym wykonawczym oraz aktach wykonawczych wydanych na ich podstawie;
  - gdy przyczyny zgonu nie można ustalić w sposób jednoznaczny;
  - określonych w przepisach o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.
6. W dokumentacji medycznej osoby, która zmarła w szpitalu, sporządza się adnotację o dokonaniu lub zaniechaniu sekcji zwłok z odpowiednim uzasadnieniem.
  7. Przeprowadzenie sekcji zwłok nie może nastąpić wcześniej niż po upływie 12 godzin od stwierdzenia zgonu.

### **§ 107**

Zakład Anatomii Patologicznej (prosektorium – chłodnia) zobowiązany jest prowadzić rejestr zwłok.

### **§ 108**

Zwłoki osoby zmarłej przechowuje się w chłodni nie dłużej niż 72 godziny, licząc od godziny, w której nastąpiła śmierć pacjenta.

### **§ 109**

1. Zwłoki osoby zmarłej mogą być przechowywane w chłodni dłużej niż 72 godzin, jeżeli:
  - a. nie mogą być wcześniej odebrane przez osoby uprawnione do pochowania osoby zmarłej.
  - b. w związku ze zgonem zostało wszczęte dochodzenie lub śledztwo, a prokurator nie pozwolił na pochowanie zwłok,
  - c. przemawiają za tym inne niż wymienione w pkt a i b ważne przyczyny – za zgodą albo na wniosek osoby uprawnionej do pochowania osoby zmarłej.
2. Za przechowywanie zwłok powyżej 72 godzin Zakład pobiera opłatę zgodnie z cennikiem usług medycznych obowiązującym w Zakładzie.

### **§ 110**

Pracownik prosektorium – chłodni zobowiązany jest zwłoki osoby zmarłej w szpitalu przed włożeniem do trumny umyć, ogolić, ubrać w odzież dostarczoną przez osoby uprawnione do pochowania bądź w odzież, w której zmarły przybył do szpitala.

### **§ 111**

Pracownik prosektorium – chłodni po dokonaniu czynności opisanych w § 109 jest zobowiązany zwłoki osoby zmarłej wydać osobie uprawnionej do ich pochowania w stanie zapewniającym zachowanie godności należącej osobie zmarłej.

#### **§ 112**

Za czynności, o których mowa w § 108 nie pobiera się opłat.

#### **§ 113**

Od czynności opisanych w § 110 pracownik sekcji – chłodziar może odstąpić na wyraźne życzenie rodziny lub osoby uprawnionej do pochowania osoby zmarłej.

#### **§ 114**

W razie zgonu na chorobę zakaźną zastosowanie mają przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 kwietnia 2012 r. w sprawie sposobu postępowania podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne ze zwłokami pacjenta w przypadku śmierci pacjenta (Dz. U. nr 0 poz. 420).

#### **§ 115**

Zakazuje się udzielania informacji na temat firm pogrzebowych, firmę pogrzebową wybiera rodzina lub przedstawiciel ustawowy osoby zmarłej.

#### **§ 116**

W razie zgonu osoby w czasie odbywania kary pozbawienia wolności, zastosowanie mają przepisy w sprawie sposobu postępowania ze zwłokami osób zmarłych w czasie odbywania kary pozbawienia wolności.

## **CZĘŚĆ IX**

### **POSTANOWIENIA KOŃCOWE**

#### **§ 117**

1. Regulamin Organizacyjny ustala Dyrektor Zakładu.
2. Regulamin Organizacyjny podlega zaopiniowaniu przez Radę Społeczną.
3. Struktura organizacyjna Zakładu przedstawiona jest w formie Załącznika nr 1 do niniejszego Regulaminu.
4. Zmiany w strukturze organizacyjnej Zakładu dokonuje się w Regulaminie Organizacyjnym po uzyskaniu opinii Rady Społecznej.

#### **§ 118**

Zmiany i uzupełnienia do regulaminu należy wprowadzać na bieżąco w miarę zachodzących zmian w strukturze organizacyjnej Zakładu oraz zmian zachodzących w wyniku obowiązywania nowych przepisów prawa w trybie przewidzianym ustawą.

#### **§ 119**

1. Na terenie Zakładu obowiązuje zakaz:
  - a. palenia tytoniu, wnoszenia i spożywania napojów alkoholowych oraz przebywania w stanie wskazującym na spożycie alkoholu,
  - b. wprowadzania zwierząt, chyba że szczególne przepisy stanowią inaczej.
  - c. wnoszenia broni i innych przedmiotów mogących stworzyć zagrożenie dla życia i zdrowia pacjentów oraz pracowników Zakładu,
  - d. fotografowania i filmowania obejmujących swoim zakresem przedmioty oraz obiekty należące do Zakładu, jak i osoby w nim przebywające bez uzyskania zgody dyrektora w zakresie przedmiotów i obiektów lub zgody osoby fotografowanej.
2. Osoby odwiedzające chorych winny zachowywać się w taki sposób, aby nie zakłócać spokoju pacjentom, pracownikom oraz nie utrudniać działalności Zakładu.

#### **§ 120**

Skargi i wnioski pacjentów przyjmuje codziennie w godzinach urzędowania Dyrektor Zakładu, jego Zastępca ds. Organizacyjno - Personalnych, ordynatorzy i kierownicy odpowiednich oddziałów i komórek organizacyjnych.

#### **§ 121**

1. W celu zwiększenia bezpieczeństwa i porządku publicznego, ochrony osób przebywających i mienia znajdującego się w obiektach Szpitala, prowadzony jest monitoring wizyjny.

2. Monitoring, o którym mowa w ust. 1 prowadzony jest w budynkach Szpitala oraz na terenie zewnętrznym nieruchomości należącej do Zakładu.
3. Zasady funkcjonowania i eksploatacji systemu monitoringu wizyjnego zostały opisane w Regulaminie Monitoringu Wizyjnego w Wielospecjalistycznym Szpitalu Miejskim im. Józefa Strusia z Zakładem Opiekuńczo-Lecznicznym SP ZOZ.

## **§ 122**

1. Wszyscy kierownicy komórek organizacyjnych zobowiązani są do zapoznania z niniejszym regulaminem podległych pracowników.
2. Wszyscy pracownicy Zakładu zobowiązani są do ścisłego przestrzegania postanowień niniejszego Regulaminu.

## **§ 123**

Regulamin Organizacyjny wchodzi w życie z dniem zaopiniowania przez Radę Społeczną i wprowadzeniu w życie Zarządzeniem Dyrektora Szpitala.

DYREKTOR  
Wielospecjalistycznego Szpitala Miejskiego im. J. Strusia  
z Zakładem Opiekuńczo-Lecznicznym  
*lek. med. Bartłomiej Gruszecki*

Uchwała Nr 2/2025  
Rady Społecznej Wielospecjalistycznego Szpitala Miejskiego im. Józefa Strusia  
z Zakładem Opiekuńczo-Lecznicznym SP ZOZ  
z dnia 22 kwietnia 2025 r.

**w sprawie: zaopiniowania „Regulaminu organizacyjnego” Wielospecjalistycznego Szpitala Miejskiego im. Józefa Strusia z Zakładem Opiekuńczo-Lecznicznym. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej z siedzibą w Poznaniu przy ul. Szwajcarskiej 3**

Na podstawie art. 48 ust. 2 ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. 2024 r. poz. 799 ze zm.), Rada Społeczna uchwala się co następuje:

**§ 1**

1. Rada Społeczna na posiedzeniu w dniu 22 kwietnia 2025 r. pozytywnie opiniuje treść projektu „Regulaminu Organizacyjnego” Wielospecjalistycznego Szpitala Miejskiego im. Józefa Strusia z Zakładem Opiekuńczo-Lecznicznym. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej z siedzibą w Poznaniu przy ul. Szwajcarskiej 3.
2. Regulamin zawiera aktualną informację dotyczącą organów Zakładu, strukturę organizacyjną, sposób i warunki udzielania świadczeń zdrowotnych oraz zakres zadań poszczególnych komórek organizacyjnych.
3. Rada Społeczna akceptuje treść „Regulaminu Organizacyjnego”, uwzględniając:
  - 1) Aktualizację aktów prawnych,
  - 2) Aktualizację komórek organizacyjnych funkcjonujących oraz powoływanych w Szpitalu.

**§ 2**

Regulamin Organizacyjny stanowi załącznik do niniejszej uchwały.

**§ 3**

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

**Joanna  
Olenderek**

Elektronicznie  
podpisany przez  
Joanna Olenderek  
Data: 2025.04.22  
13:25:48 +02'00'