

REGULAMIN ORGANIZACYJNY

SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO

IM. JĘDRZEJA ŚNIADECKIEGO W NOWYM SĄCZU

DZIAŁ I. – FIRMA PODMIOTU

§ 1.

Podmiot leczniczy, w dalszej części zwany „Podmiotem” działa pod firmą: Szpital Specjalistyczny im. Jędrzeja Śniadeckiego w Nowym Sączu.

DZIAŁ II. – CELE I ZADANIA PODMIOTU

§ 2.

Celem Podmiotu jest wykonywanie działalności leczniczej polegającej na udzielaniu świadczeń zdrowotnych oraz promocji zdrowia.

§ 3.

Do podstawowych zadań Podmiotu należy:

- 1) wykonywanie działalności leczniczej w rodzaju:
 - a) stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w zakresie świadczeń szpitalnych w rozumieniu *art. 2 ust. 1 pkt 11 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (t. j. Dz. U. z 2015 r. poz. 618 z późn. zm.)*, zwanej dalej „ustawą”,
 - b) ambulatoryjne świadczenia zdrowotne obejmujące świadczenia specjalistycznej opieki zdrowotnej oraz świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej udzielane w warunkach niewymagających ich udzielania w trybie stacjonarnym i całodobowym w odpowiednio urządzonym, stałym pomieszczeniu a także obejmujące swoim zakresem badania diagnostyczne wykonywane w celu rozpoznania stanu zdrowia i ustalenia dalszego postępowania leczniczego,
 - c) ambulatoryjne świadczenia zdrowotne obejmujące podstawową opiekę zdrowotną w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej,
- 2) prowadzenie działalności w zakresie ratownictwa medycznego;
- 3) świadczenie usług farmaceutycznych;
- 4) uczestniczenie w przygotowywaniu osób do wykonywania zawodu medycznego i kształceniu osób wykonujących ten zawód;
- 5) prowadzenie sprawozdawczości statystycznej;
- 6) prowadzenie spraw osobowych, zatrudnienia, płac i spraw socjalnych;

- 7) utrzymywanie w ruchu obiektów, budowli, urządzeń technicznych, administracyjnych i gospodarczych w należytym stanie;
- 8) prowadzenie działalności finansowo-księgowej i obsługi administracyjno-ekonomicznej;
- 9) prowadzenie działalności związanej z bezpieczeństwem i higieną pracy, ochroną przeciwpożarową, obroną cywilną i sprawami obronnymi;
- 10) współdziałanie z pozostałymi podmiotami leczniczymi a także innymi instytucjami działającymi w ochronie zdrowia.

DZIAŁ III. – STRUKTURA ORGANIZACYJNA PRZEDSIĘBIORSTWA PODMIOTU

§ 4.

1. Organami Podmiotu są Dyrektor i Rada Społeczna.
2. Odpowiedzialność za zarządzanie Podmiotem ponosi Dyrektor. Dyrektor wykonuje zadania określone w Statucie Podmiotu i powszechnie obowiązujących przepisach prawa przy pomocy osób funkcyjnych.
3. Kompetencje Rady Społecznej określa Statut a sposób zwoływania posiedzeń, tryb pracy i podejmowania uchwał Regulamin Rady Społecznej.

§ 5.

1. Działalność leczniczą prowadzą następujące przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego podzielone na jednostki i komórki organizacyjne:
 - 1) Ośrodek Leczenia Szpitalnego – prowadzący działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia szpitalne,
 - 2) Ośrodek Leczenia Ambulatoryjnego – prowadzący działalność leczniczą w rodzaju ambulatoryjne świadczenia zdrowotne.
2. Przez przedsiębiorstwo rozumie się zespół składników majątkowych, za pomocą którego podmiot leczniczy wykonuje określony rodzaj działalności leczniczej.
3. Przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego stanowi jednostkę lokalną w rozumieniu przepisów o statystyce publicznej.

§ 6.

W skład Ośrodka Leczenia Szpitalnego stanowiącego równocześnie jednostkę organizacyjną wchodzi następujące komórki organizacyjne:

- 1) Oddział Chorób Wewnętrznych,
- 2) Oddział Internistyczno-Kardiologicznym,
- 3) Oddział Neurologiczny,
- 4) Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii,
- 5) Oddział Pulmonologii,
- 6) Oddział Chorób Zakaźnych,
- 7) Oddział Pediatryczny,
- 8) Oddział Neonatologiczny z Intensywną Terapią,
- 9) Oddział Ginekologiczno-Położniczy z blokiem porodowym,
- 10) Oddział Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej,

- 11) Oddział Chirurgiczny dla Dzieci,
- 12) Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej,
- 13) Oddział Otolaryngologiczny,
- 14) Oddział Urologiczny,
- 15) Oddział Psychiatryczny,
- 16) Szpitalny Oddział Ratunkowy,
- 17) Blok Operacyjny z salami operacyjnymi zorganizowanymi dla oddziałów o profilu onkologicznym,
- 18) Apteka Szpitalna
- 19) Oddział Hematologiczny,
- 20) Oddział Onkologii Klinicznej,
- 21) Oddział Ginekologii Onkologicznej,
- 22) Oddział Chirurgii Onkologicznej,
- 23) Oddział Radioterapii,
- 24) Gabinet Zabiegowo-Diagnostyczny Nr 11 – dla potrzeb Oddziału Neurologicznego,
- 25) Gabinet Zabiegowo-Diagnostyczny Nr 12 – dla potrzeb Oddziału Chorób Zakaźnych,
- 26) Gabinet Zabiegowo-Diagnostyczny Nr 13 – dla potrzeb Oddziału Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej,
- 27) Gabinet Zabiegowo-Diagnostyczny Nr 14 – dla potrzeb Oddziału Otolaryngologicznego,
- 28) Gabinet Zabiegowo-Diagnostyczny Nr 15 – dla potrzeb Oddziału Chirurgicznego dla Dzieci,
- 29) Gabinet Zabiegowo-Diagnostyczny Nr 16 – dla potrzeb Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej,
- 30) Gabinet Zabiegowo-Diagnostyczny Nr 17 – dla potrzeb Oddziału Urologicznego,
- 31) Gabinet Zabiegowo-Diagnostyczny Nr 18 – dla potrzeb Oddziału Hematologicznego,
- 32) Gabinet Zabiegowo-Diagnostyczny Nr 19 – dla potrzeb Oddziału Onkologii Klinicznej,
- 33) Gabinet Zabiegowo-Diagnostyczny Nr 20 – dla potrzeb Oddziału Chirurgii Onkologicznej.

§ 7.

W skład Ośrodka Leczenia Ambulatoryjnego wchodzi następujące jednostki organizacyjne:

- 1) Zespół Poradni Specjalistycznych z niżej wymienionymi komórkami organizacyjnymi:
 - a) Poradnię Alergologiczną,
 - b) Poradnię Neurologiczną,
 - c) Poradnię Hematologiczną,
 - d) Poradnię Kardiologiczną,
 - e) Poradnię Nefrologiczną,
 - f) Poradnię Reumatologiczną
 - g) Poradnię Diabetologiczną,

- h) Poradnię Otolaryngologiczną
- i) Poradnię Zdrowia Psychicznego,
- j) Poradnię Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży,
- k) Poradnię Zaburzeń i Wad Rozwojowych Dzieci,
- l) Poradnię Chirurgii Ogólnej,
- m) Poradnię Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej,
- n) Poradnię Preluksacyjną,
- o) Poradnię Chirurgiczną dla Dzieci,
- p) Poradnię Pulmonologiczną,
- q) Poradnię Chirurgii Onkologicznej,
- r) Poradnię Onkologiczną
- s) Poradnię Medycyny Pracy,
- t) Poradnię Rehabilitacyjną,
- u) Poradnię Ginekologiczno-Położniczą,
- v) Poradnię Logopedyczną,
- w) Pracownię Fizjoterapii Ambulatoryjnej,
- x) Oddziałem Dziennym Psychiatrycznym,
- y) Poradnia Leczenia Bólu,
- z) Poradnia Medycyny Paliatywnej,
- aa) Punkt Pobrań Materiałów do Badań,
- bb) Gabinet Zabiegowo-Diagnostyczny Nr 1 – dla potrzeb Poradni Neurologicznej, Poradni Diabetologicznej, Poradni Nefrologicznej, Poradni Reumatologicznej
- cc) Gabinet Zabiegowo-Diagnostyczny Nr 2 – dla potrzeb Poradni Chirurgii Ogólnej, Poradni Chirurgicznej dla Dzieci,
- dd) Gabinet Zabiegowo-Diagnostyczny Nr 3 – dla potrzeb Poradni Chirurgii Onkologicznej,
- ee) Gabinet Zabiegowo-Diagnostyczny Nr 4 – dla potrzeb Poradni Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej,
- ff) Gabinet Zabiegowo-Diagnostyczny Nr 5 – dla potrzeb Poradni Otolaryngologicznej,
- gg) Gabinet Zabiegowo-Diagnostyczny Nr 6 – dla potrzeb Poradni Onkologicznej (w zakresie ginekologii onkologicznej) i Ambulatorium Ogólnego poz,
- hh) Gabinet Zabiegowo-Diagnostyczny Nr 7 – dla potrzeb Poradni Alergologicznej,
- ii) Gabinet Zabiegowo-Diagnostyczny Nr 8 – dla potrzeb Poradni Pulmonologicznej,
- jj) Gabinet Zabiegowo-Diagnostyczny Nr 9 – dla potrzeb Poradni Ginekologiczno-Położniczej,
- kk) Gabinet Zabiegowo-Diagnostyczny Nr 10 – dla potrzeb Poradni Hematologicznej, Poradni Onkologicznej, Poradni Medycyny Paliatywnej, Poradni Leczenia Bólu i Poradni Radioterapii,
- ll) Poradnia Radioterapii.

2) Dział Diagnostyki Obrazowej z niżej wymienionymi komórkami organizacyjnymi:

- a) Pracownię Ultrasonografii,
- b) Pracownię Tomografii Komputerowej,
- c) Pracownię Mammografii,
- d) Pracownię Rentgenodiagnostyki Ogólnej Nr 1,

- e) Pracownią Rentgenodiagnostyki Ogólnej Nr 4,
- f) Zakładem Medycyny Nuklearnej.

3) Medyczne Laboratorium Diagnostyczne z niżej wymienionymi komórkami organizacyjnymi:

- a) Pracownią Diagnostyki Laboratoryjnej,
- b) Pracownią Mikrobiologii,
- c) Pracownią Serologii Transfuzjologicznej z Bankiem Krwi,
- d) Pracownią Histopatologii,
- e) Pracownią Cytologiczną.

4) Pracownia Endoskopii – jako komórka organizacyjna,

5) Zakład Radioterapii – jako komórka organizacyjna,

6) Ambulatorium Ogólne Podstawowej Opieki Zdrowotnej – jako komórka organizacyjna.

§ 8.

Każda komórka organizacyjna udziela świadczeń zdrowotnych w oparciu o wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą objęty księgą rejestrową Szpitala Specjalistycznego im. Jędrzeja Śniadeckiego w Nowym Sączu Nr 000000006066.

§ 9.

Strukturę organizacyjną Podmiotu uzupełniają umocowane statutowo komórki organizacyjne i samodzielne stanowiska o charakterze administracyjnym, technicznym i gospodarczym.

§ 10.

Podmioty zewnętrzne i osoby udzielające świadczeń zdrowotnych w imieniu Podmiotu w oparciu o umowy cywilnoprawne przestrzegają postanowień niniejszego Regulaminu.

DZIAŁ IV. – RODZAJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ ORAZ ZAKRES UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

§ 11.

Podmiot wykonuje działalność leczniczą w rodzaju:

- 1) stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w zakresie świadczeń szpitalnych,
- 2) ambulatoryjne świadczenia zdrowotne obejmujące świadczenia podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej oraz świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej udzielane w warunkach niewymagających ich udzielania w trybie stacjonarnym i całodobowym w odpowiednio urządzonej, stałym pomieszczeniu a także obejmujące swoim zakresem badania diagnostyczne wykonywane w celu rozpoznania stanu zdrowia i ustalenia dalszego postępowania leczniczego.

§ 12.

Podmiot podaje do wiadomości publicznej w sposób zwyczajowo przyjęty informacje o zakresie i rodzajach udzielanych świadczeń zdrowotnych. Treść i forma tej informacji nie może mieć cech reklamy

§ 13.

Na wniosek pacjenta podmiot, udziela:

- 1) szczegółowych informacji na temat udzielanych świadczeń zdrowotnych, w szczególności informacji dotyczących stosowanych metod diagnostycznych lub terapeutycznych oraz jakości i bezpieczeństwa tych metod;
- 2) niezbędnych informacji na temat zawartych umów ubezpieczenia, o których mowa w art. 25 ust. 1 ustawy;
- 3) informacji objętych wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą dotyczącym Podmiotu.

§ 14.

Podmiot wykonuje działalność leczniczą wskazaną w § 11. w zakresie zgodnym z wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w art. 100 ustawy.

DZIAŁ V. – MIEJSCE UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

§ 15.

1. Siedzibą podmiotu jest miasto Nowy Sącz ul. Młyńska 10.
2. Miejscem udzielania świadczeń zdrowotnych w rodzaju:
 - 1) stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w zakresie świadczeń szpitalnych jest Nowy Sącz ul. Młyńska 5, Nowy Sącz Pl. Kuźnice 1 oraz Wielogłowy Dąbrowa 1,
 - 2) ambulatoryjne świadczenia zdrowotne obejmujące świadczenia podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej oraz świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej jest Nowy Sącz Al. Wolności 49, Nowy Sącz ul. Młyńska 5, Nowy Sącz Pl. Kuźnice 1, Nowy Sącz ul. Kazimierza Wielkiego 4,
 - 3) ambulatoryjne świadczenia zdrowotne obejmujące badania diagnostyczne jest Nowy Sącz ul. Młyńska 5, Nowy Sącz Al. Wolności 49, Nowy Sącz Pl. Kuźnice 1.
3. Szczegółowy wykaz komórek organizacyjnych oraz miejsc, w których udzielają świadczeń zdrowotnych określa **załącznik Nr 1** do niniejszego Regulaminu.

**DZIAŁ VI. – PRZEBIEG PROCESU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH,
Z ZAPEWNIENIEM WŁAŚCIWEJ DOSTĘPNOŚCI I JAKOŚCI TYCH ŚWIADCZEŃ
W JEDNOSTKACH LUB KOMÓRKACH ORGANIZACYJNYCH PRZEDSIĘBIORSTWA
PODMIOTU.**

**ROZDZIAŁ 1
DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZA W RODZAJU SZPITALNE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE**

A. PRZYJĘCIE DO SZPITALA

§ 16.

1. Szpital organizuje świadczenia zdrowotne w sposób zapewniający najbardziej dogodną dla pacjentów formę korzystania z usług.
2. Szpital zapewnia udzielanie świadczeń w sposób kompleksowy, w szczególności obejmujący wykonanie niezbędnych badań, w tym badań laboratoryjnych i diagnostyki obrazowej.
3. Szpital udziela świadczeń w możliwie najkrótszym terminie.

§ 17.

1. Osoba zgłaszająca się do Szpitala poddaje się badaniu kwalifikacyjnemu, które przeprowadza lekarz Szpitalnego Oddziału Ratunkowego.
2. Przed badaniem pacjent lub jego opiekun dokonuje rejestracji, w trakcie której przedkłada następujące dokumenty:
 - 1) skierowanie na hospitalizację zawierające podstawowe informacje personalne, a w przypadku braku takiego skierowania dokument pozwalający ustalić tożsamość,
 - 2) wyniki uprzednio wykonanych badań diagnostycznych, jeżeli przyjęcie do Szpitala następuje na podstawie skierowania,
 - 3) dowód ubezpieczenia zdrowotnego potwierdzający uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia, w sytuacji gdy system Elektronicznej Weryfikacji Upoważnień Świadczeniobiorców (eWUŚ) nie potwierdza uprawnień pacjenta do świadczeń.
3. W przypadku stanu nagłego dowód ubezpieczenia może zostać przedstawiony w innym czasie, nie później jednak niż w terminie 30 dni od dnia rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych, o ile chory przebywa nadal w szpitalu a jeżeli nie jest to możliwe - w terminie 7 dni od dnia zakończenia udzielania świadczeń zdrowotnych.
4. W sytuacji, o której mowa w ust. 3 od pacjenta odbiera się stosowne oświadczenie, zawierające zobowiązanie do przedłożenia dowodu ubezpieczenia w określonym terminie oraz pouczenie o konsekwencjach finansowych nie wywiązania się z tego obowiązku.

§ 18.

1. Po dokonaniu rejestracji, pacjent oczekuje w poczekalni Szpitalnego Oddziału Ratunkowego na przyjęcie przez lekarza, które poprzedza wstępna kwalifikacja dokonana przez uprawnionego ratownika medycznego lub pielęgniarkę zgodnie z założeniami systemu segregacji pacjentów TRIAGE (każdy pacjent przypisywany jest do określonej kategorii TRIAGE).
2. O kolejności przyjęć decyduje stan zdrowia pacjenta.
3. Osobom z zagrożeniem życia lub zdrowia udziela się pomocy medycznej w pierwszej kolejności – bez uprzedniej rejestracji.

§ 19.

1. Przyjęcie do Szpitala może nastąpić w każdym dniu i o każdej porze – w przypadkach uzasadnionych medycznie.
2. O przyjęciu do Szpitala orzeka lekarz Szpitalnego Oddziału Ratunkowego (SOR). W razie wątpliwości, lekarz ten konsultuje się z lekarzem kierującym oddziałem lub ordynatorem¹/ albo lekarzem dyżurnym tego oddziału.
3. Przyjęcie do Szpitala odbywa się po uprzednim uzyskaniu pisemnej zgody pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego, chyba, że na mocy odrębnych przepisów możliwe jest przyjęcie do Szpitala bez wyrażenia zgody.
4. Po zakwalifikowaniu pacjenta do leczenia szpitalnego ciężko chory powinien być przetransportowany, a pacjent chodzący doprowadzony przez personel Szpitalnego Oddziału Ratunkowego do oddziału wskazanego przez lekarza dyżurnego wraz z założoną dla niego indywidualną dokumentacją medyczną.
5. Każdy pacjent przyjmowany do Szpitala otrzymuje w SOR specjalną ulotkę informacyjną na temat praw pacjenta, zawierającą wskazanie możliwości zapoznania się z pełnym katalogiem praw.

§ 20.

1. Pacjentów Szpitala zaopatruje się w znaki identyfikacyjne zgodnie z zasadami ustanowionymi przez Ministra Zdrowia.
2. W przypadku uzasadnionym stanem zdrowia pacjenta można odstąpić od zaopatrywania tego pacjenta w znak identyfikacyjny. Adnotacje w tym zakresie wraz z podaniem przyczyn odstąpienia zamieszcza się w dokumentacji medycznej pacjenta.

§ 21.

1. W przypadku odmowy przyjęcia do szpitala pacjent otrzymuje pisemną informację o rozpoznaniu choroby, problemu zdrowotnego lub urazu, wynikach przeprowadzonych badań, przyczynie odmowy przyjęcia do szpitala, udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz ewentualnych zaleceniach.
2. Odmowa przyjęcia dziecka do szpitala wymaga uprzedniej konsultacji z lekarzem kierującym oddziałem, do którego dziecko miałyby być przyjęte, albo jego zastępcą. Wynik tej konsultacji wpisuje się w dokumentacji medycznej.

¹ / ilekroć w dalszej części Regulaminu mowa jest o lekarzu kierującym oddziałem, należy przez to rozumieć również ordynatora oddziału, w oddziale w którym takie stanowisko funkcjonuje.

3. W oddziałach leczących dzieci, lekarze kierujący tymi oddziałami wyznaczają lekarzy, którzy w czasie ich nieobecności w porze normalnej ordynacji lekarskiej udzielają konsultacji, o których mowa w ust. 2.
4. W porze dyżurowej konsultacji, o której mowa w ust. 2 udziela lekarz dyżurny oddziału.
5. Odmowa przyjęcia do szpitala udzielona w SOR przez lekarza dyżurnego oddziału, do którego dziecko miałyby być przyjęte nie wymaga konsultacji, o której mowa w ust. 2.

§ 22.

1. W odniesieniu do pacjentów obsługiwanych przez izby przyjęć Oddziału Chorób Zakaźnych oraz Oddziału Ginekologiczno-Położniczego stosuje się analogiczne zasady.
2. Przyjęcia do Oddziału Psychiatrycznego odbywają się według procedur określonych w *Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 13 lipca 2012 roku w sprawie szczegółowego sposobu postępowania w sprawach przyjęcia oraz wypisania ze szpitala psychiatrycznego (Dz. U. poz. 854)*.

B. POBYT PACJENTA W SZPITALU.

§ 23.

1. W trakcie czynności administracyjnych związanych z przyjęciem pacjenta do oddziału, pielęgniarka oddziałowa lub pielęgniarka przez nią wyznaczona informuje pacjenta a jeżeli zachodzi taka potrzeba również jego bliskich o:
 - 1) obowiązującym w oddziale rozkładzie dnia,
 - 2) możliwości oddania do depozytu rzeczy wartościowych oraz garderoby,
 - 3) rozmieszczeniu poszczególnych pomieszczeń, z których pacjent będzie korzystał (w tym wskazuje lokalizację gabinetu lekarza kierującego oddziałem, lekarza dyżurnego, pielęgniarki oddziałowej, pokoju pielęgniarek i sekretariatu oddziału, łazienki),
 - 4) możliwości kontaktowania się ze środowiskiem zewnętrznym (telefon, odwiedziny itp.),
 - 5) możliwościach zaspakajania potrzeb kulturalnych i osobistych w czasie wolnym,
 - 6) przysługujących prawach składania skarg, zażaleń i wniosków u lekarza kierującego oddziałem lub Dyrektora Podmiotu oraz możliwości dokonania wpisów w Księdze pochwał i skarg,
 - 7) podstawowych uprawnieniach osób leczonych w Szpitalu oraz wskazuje możliwość zapoznania się z pełnym katalogiem praw pacjenta,
 - 8) ważniejszych obowiązkach pacjenta, wskazując konieczność zapoznania się z ich pełnym wykazem znajdującym się w oddziale a ustanowionym w formie **załącznika Nr 2** do Regulaminu.
2. Pracownik Oddziału wyznaczony przez Lekarza Kierującego Oddziałem odbiera od pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego *OŚWIADCZENIE PACJENTA ROZPOCZYNAJĄCEGO LECZENIE SZPITALNE LUB JEGO PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO* według obowiązującego wzoru. Oświadczenie to dołącza się do historii choroby pacjenta.
3. Pacjent udaje się do przydzielonej sali chorych pod opieką pielęgniarki, która przedstawia go pozostałym pacjentom odbywającym terapię.

§ 24.

1. Lekarz sprawujący opiekę nad chorym, w dniu przyjęcia, zapoznaje się z nim podając w przystępny sposób informację na temat zamierzonego postępowania diagnostycznego i leczniczego.
2. Proces leczenia opiera się o następujące zasady:
 - 1) aktywnego współdziałania pacjenta i jego rodziny z personelem medycznym,
 - 2) maksymalnego skrócenia czasu hospitalizacji przy jednoczesnym zapewnieniu efektywności jego wykorzystania,
 - 3) właściwej organizacji środowiska terapeutycznego.
3. Lekarz sprawujący opiekę nad chorym ma obowiązek bieżącego monitorowania jego stanu zdrowia poprzez wykonywanie codziennych obchodów sal chorych, przeprowadzanie badań fizykalnych i wywiadów lekarskich, weryfikowanie wyników badań, zlecenie środków farmakologicznych i wykonywanie innych czynności gwarantujących najwyższej jakości usługi medyczne.
4. Lekarz dyżurny oddziału kończy udzielanie świadczeń w danym dniu dopiero po stawieniu się zmiennika, chyba że organizacja oddziału nie przewiduje dalszego zabezpieczenia opieki lekarskiej.

§ 25.

1. Jeżeli stan zdrowia pacjenta wymaga przeniesienia go na inny oddział szpitalny, lekarz prowadzący leczenie ma obowiązek przekazania pacjenta wraz z dokumentacją medyczną na odpowiedni oddział.
2. Jeżeli chory wymaga kontynuowania terapii w innym podmiocie leczniczym, po dokonaniu uzgodnień z tym podmiotem co do terminu przyjęcia, przewozi się go w umówionym czasie wraz z kopią dokumentacji medycznej.

§ 26.

1. Pacjent, którego stan zdrowia nie wymaga dalszego udzielania świadczeń szpitalnych, lub osoba, na której w stosunku do pacjenta ciąży ustawowy obowiązek alimentacyjny, ponoszą koszty pobytu pacjenta, poczynwszy od terminu określonego przez Dyrektora, niezależnie od uprawnień do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych określonych w przepisach. Wniosek w tym zakresie składa do Dyrektora Lekarz Kierujący Oddziałem.
2. Pacjent ponosi również koszty dodatkowej opieki pielęgnacyjnej sprawowanej przez osobę bliską lub inną wskazaną przez siebie oraz koszty kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z osobami z zewnątrz, a także świadczeń zdrowotnych wykonywanych na własne życzenie.
3. Przez dodatkową opiekę pielęgnacyjną rozumie się opiekę, która nie polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w tym także opiekę sprawowaną nad pacjentką w warunkach ciąży, porodu i połogu.

§ 27.

Pacjent przebywający w szpitalu ma prawo do:

- 1) dodatkowej opieki pielęgnacyjnej sprawowanej przez osobę bliską lub inną osobę wskazaną przez siebie,

- 2) kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z osobami z zewnątrz oraz prawo do odmowy takiego kontaktu,
- 3) opieki duszpasterskiej.

§ 28.

1. Odwiedziny pacjentów hospitalizowanych odbywają się codziennie w godzinach od 13.30 do 17.00, z zastrzeżeniem postanowień § 31. niniejszego Regulaminu.
2. Wszyscy odwiedzający powinni wyjść ze szpitala do godz. 17.00.
3. Poza wyznaczonymi godzinami, odwiedziny chorych są możliwe za zgodą Lekarza Kierującego Oddziałem lub lekarza dyżurnego.

§ 29.

Odwiedziny odbywają się w oparciu o następujące zasady:

- 1) w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Oddziale Neonatologicznym z Intensywną Terapią oraz Oddziale Chorób Zakaźnych, a także odcinku obserwacyjno-diagnostycznym Oddziału Pulmonologii i odcinku obserwacyjnym Oddziału Psychiatrycznego odwiedziny odbywają się wyłącznie za zgodą właściwego Lekarza Kierującego Oddziałem/Ordynatora lub lekarza dyżurnego,
- 2) pacjenta mogą odwiedzać osoby pełnoletnie oraz niepełnoletnie,
- 3) dzieci do lat 10 odbywają odwiedziny pod opieką rodzica albo innej pełnoletniej osoby po uzyskaniu zgody Lekarza Kierującego Oddziałem/Ordynatora lub lekarza dyżurnego oddziału,
- 4) ze względów epidemiologicznych w odwiedzinach pacjentów nie powinny uczestniczyć dzieci poniżej 3. roku życia,
- 5) w odwiedzinach nie mogą uczestniczyć osoby dotknięte chorobą zakaźną oraz infekcjami wirusowymi a także będące pod wpływem alkoholu lub innych środków odurzających,
- 6) jednego pacjenta mogą równocześnie odwiedzać najwyżej dwie osoby,
- 7) odwiedzający swoim zachowaniem nie powinni zakłócać ciszy i porządku w oddziale,
- 8) do Szpitala nie wolno wprowadzać zwierząt, z wyjątkiem psów asystujących osobom niepełnosprawnym,
- 9) osoby odwiedzające na polecenie personelu oddziału są zobowiązane opuścić salę chorych na czas niezbędny dla wykonania określonego zabiegu leczniczego lub pielęgnacyjnego, badania diagnostycznego lub przeprowadzenia prac porządkowych,
- 10) w niektórych sytuacjach zagrożenia epidemiologicznego Lekarz Kierujący Oddziałem lub lekarz dyżurny mogą wprowadzić dodatkowe środki ochrony osobistej dla osób odwiedzających,
- 11) w uzasadnionych przypadkach Lekarz Kierujący Oddziałem wnioskuje do Dyrektora o trwałe wprowadzenie dodatkowych ograniczeń odwiedzin.

§ 30.

Pacjent ma prawo do odmowy kontaktu z innymi osobami, o czym powinien poinformować personel oddziału.

§ 31.

Osoby z zaburzeniami psychicznymi przebywające w Oddziale Psychiatrycznym mają prawo do porozumiewania się bez ograniczeń z rodziną i innymi osobami.

§ 32.

Dyrektor Podmiotu może ograniczyć korzystanie z praw pacjenta w przypadku wystąpienia zagrożenia epidemiologicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów, a przypadku prawa do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z innymi osobami, także ze względu na możliwości organizacyjne Szpitala.

§ 33.

Pacjenci mają prawo do wyrażania zgody na udzielanie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody po uzyskaniu odpowiedniej informacji.

§ 34.

1. Lekarze kierujący oddziałami mają wyznaczony czas na udzielanie informacji pacjentom (przedstawicielom ustawowym) oraz upoważnionym przez nich osobom do otrzymywania informacji o ich stanie zdrowia.
2. Informacja w tym zakresie jest wyeksponowana w widocznym miejscu w pomieszczeniach każdego oddziału.
3. Ze względu na ochronę danych osobowych personel medyczny nie udziela telefonicznie żadnych informacji o stanie zdrowia pacjentów.

C. WYPISANIE PACJENTA ZE SZPITALA.

§ 35.

1. Wypisanie ze szpitala, jeżeli przepisy szczególne nie stanowią inaczej, następuje:
 - 1) gdy stan zdrowia pacjenta nie wymaga dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych w tym przedsięwzięciu,
 - 2) na żądanie pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego,
 - 3) gdy pacjent w sposób rażąco narusza porządek lub przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, a nie zachodzi obawa, że odmowa, lub zaprzestanie udzielania świadczeń może spowodować bezpośrednio niebezpieczeństwo dla jego życia lub zdrowia albo życia lub zdrowia innych osób.
2. Wypis ze szpitala powinien być poprzedzony rozmową lekarza prowadzącego z pacjentem, w trakcie której otrzymuje on wskazania dotyczące sposobu dalszego leczenia oraz rekonwalescencji. Jeżeli jest to konieczne podobne informacje przekazywane są rodzinie pacjenta.

§ 36.

1. Pacjent wypisany ze szpitala otrzymuje dwa egzemplarze karty informacyjnej z leczenia szpitalnego, z których jeden przekazuje lekarzowi rodzinemu, u którego figuruje na liście podopiecznych.
2. W karcie informacyjnej lekarz dokonuje wpisów dotyczących: rozpoznania choroby (w języku polskim), wyników badań diagnostycznych, konsultacyjnych, zastosowanego leczenia, a w przypadku wykonania zabiegu lub operacji – jego datę, wskazań związanych z dalszym sposobem leczenia, żywienia, pielęgnacji i trybu życia oraz orzeczoną przy wypisie okres czasowej niezdolności do pracy, produktów leczniczych wraz z dawkowaniem i wyrobów medycznych w ilościach odpowiadających ilościom na receptach wystawionych pacjentowi a także terminów planowanych konsultacji, na które wystawiono skierowanie.
3. Niezależnie od karty informacyjnej, stosownie do zaistniałej sytuacji pacjentowi wydaje się:
 - 1) skierowanie na świadczenie zalecone w karcie informacyjnej,
 - 2) recepty na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne,
 - 3) zlecenia na wyroby medyczne oraz ich naprawę, zalecone w karcie informacyjnej,
 - 4) zlecenia na transport sanitarny lub transport zgodnie z obowiązującymi przepisami.

§ 37.

1. Pacjent występujący o wypisanie ze szpitala na własne żądanie jest informowany przez lekarza o możliwych następstwach zaprzestania leczenia. Pacjent taki składa pisemne oświadczenie o wypisaniu ze szpitala na własne żądanie. W przypadku braku takiego oświadczenia lekarz sporządza adnotację w dokumentacji medycznej pacjenta.
2. Jeżeli przedstawiciel ustawy żąda wypisania pacjenta, którego stan zdrowia wymaga dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych, można 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.
3. W przypadku, o którym mowa w ust. 2 niezwłocznie zawiadamia się właściwy sąd opiekuńczy o odmowie wypisania i jej przyczynach.

§ 38.

Pracownik sekretariatu Oddziału Neonatologicznego z IT powiadamia o porodzie właściwą położną podstawowej opieki zdrowotnej lub inny podmiot wykonujący działalność leczniczą w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej sprawujących opiekę nad położnicą na zasadach określonych w *rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 roku w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porodu oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U. poz. 1100 z późn. zm.)*.

ROZDZIAŁ 2
DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZA W RODZAJU
AMBULATORYJNE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE.

A. Zespół Poradni Specjalistycznych

§ 39.

1. Proces udzielania ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych rozpoczyna się w rejestracji, gdzie pacjenci zgłaszają się w celu umówienia wizyty u lekarza.
2. Pracownik rejestracji sprawdza za pomocą systemu Elektronicznej Weryfikacji Upoważnień Świadczeniobiorców (eWUŚ) uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia. W sytuacji gdy system nie potwierdza uprawnień pacjenta do świadczeń, pacjent ten przedkłada dowód objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym (zaświadczenie z zakładu pracy, legitymacja emeryta lub rencisty, aktualne zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego lub inny spełniający kryteria NFZ).
3. Jeżeli pacjent nie posiada aktualnego dokumentu ubezpieczenia a jest pewien swoich uprawnień pracownik rejestracji odbiera od niego stosowne oświadczenie.

§ 40.

1. Rejestracja pacjentów odbywa się w każdej formie (osobiście, telefonicznie, drogą elektroniczną lub przez osoby trzecie).
2. Pracownik rejestracji ustala z pacjentem bądź osobą dokonującą rejestracji datę oraz przybliżoną godzinę przyjęcia przez lekarza.
3. W sytuacji gdy umówiony termin wizyty z przyczyn obiektywnych nie może zostać dotrzymany – pracownik rejestracji bez zbędnej zwłoki skutecznie zawiadamia pacjenta o tym fakcie i ustala nowy termin konsultacji.

§ 41.

Pracownicy rejestracji, poza przypadkami wymagającymi natychmiastowej pomocy medycznej, stosują następujące zasady:

- 1) proponują pacjentom najbliższy możliwy do zrealizowania termin wizyty,
- 2) uwzględniają indywidualne preferencje pacjentów w kwestii wyboru lekarza, jeżeli wybór taki jest możliwy.

§ 42.

1. Świadczenia zdrowotne udzielane są według kolejności rejestracji.
2. Zasady powyższej nie stosuje się w odniesieniu do chorych z zagrożeniem życia lub zdrowia, którzy przyjmowani są w pierwszej kolejności – bez uprzedniej rejestracji.

§ 43.

1. Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne finansowane ze środków publicznych są udzielane na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.

2. Jeżeli w wyniku finansowanych ze środków publicznych badań przesiewowych wykonywanych u dzieci stwierdzono występowanie chorób wrodzonych, udzielanie ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych finansowanych ze środków publicznych w zakresie leczenia tych chorób następuje bez skierowania, o którym mowa w ust. 1.
3. Skierowanie, o którym mowa w ust. 1, nie jest wymagane do świadczeń:
 - 1) ginekologa i położnika;
 - 2) dentysty;
 - 3) wenerologa;
 - 4) onkologa;
 - 5) psychiatry;
 - 6) dla osób chorych na gruźlicę;
 - 7) dla osób zakażonych wirusem HIV;
 - 8) dla inwalidów wojennych i wojskowych, osób represjonowanych oraz kombatanatów;
 - 9) dla cywilnych niewidomych ofiar działań wojennych;
 - 10) dla osób uzależnionych od alkoholu, środków odurzających i substancji psychotropowych - w zakresie lecznictwa odwykowego;
 - 11) dla uprawnionego żołnierza lub pracownika, w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa;
 - 12) dla weterana poszkodowanego, w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa.
4. Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne, o których mowa w ust. 1 mogą być udzielane również w poradni przyszpitalnej.
5. Skierowania wystawione przez lekarzy wykonujących zawód w innych niż Rzeczpospolita Polska państwach członkowskich Unii Europejskiej traktuje się jako skierowania w rozumieniu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, jeżeli spełniają określone w niej wymagania.
6. Do skierowania, o którym mowa w ust. 1, wystawionego w języku obcym dołącza się jego tłumaczenie na język polski. Tłumaczenie nie musi być sporządzone przez tłumacza przysięgłego.
7. W stanach nagłych świadczenia zdrowotne są udzielane bez wymaganego skierowania.

§ 44.

Świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej udzielane są na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.

§ 45.

Ambulatoryjne specjalistyczne świadczenia zdrowotne udzielane ubezpieczonemu bez skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, jeżeli jest ono wymagane, opłaca ubezpieczony, z wyjątkiem przypadków określonych w *art. 47a, art. 57 ust. 2 i art. 60 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t. j. Dz. U. z 2015 r. poz. 581 z późn. zm.)*.

§ 46.

Żadne okoliczności nie mogą stanowić podstawy do odmowy udzielenia świadczenia, jeżeli osoba zgłaszająca się do poradni potrzebuje natychmiastowej pomocy medycznej ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia.

B. Dział Diagnostyki Obrazowej

§ 47.

Proces wykonywania badań diagnostycznych z zastosowaniem promieniowania jonizującego określają szczegółowo wewnętrzne procedury i instrukcje.

§ 48.

1. Świadczenia z zakresu radiologii i medycyny nuklearnej wykonywane są wyłącznie na podstawie skierowania lekarza.
2. Skierowanie na badanie radiologiczne przedkłada się w rejestracji Działu.
3. W każdej pracowni znajduje się informacja dla pacjentów obejmująca harmonogram udzielania świadczeń zdrowotnych w trybie ambulatoryjnym.

§ 49.

1. Przyjmowanie pacjentów odbywa się planowo w wyznaczonych terminach.
2. Przypadki nagłe załatwiane są całodobowo w trybie pilnym.
3. Badania dla pacjentów hospitalizowanych wykonywane są poza kolejnością.

§ 50.

Pracownie radiologiczne są wyposażone w odpowiednie aparaty i przyrządy, urządzenia pomocnicze, środki ochronne przed promieniami oraz materiał zużywalny.

§ 51.

W pracowniach radiologicznych znajdują się wywieszone informacje dotyczące sposobu zachowania się badanych pacjentów i bezpieczeństwa pracy personelu.

C. Medyczne Laboratorium Diagnostyczne.

§ 52.

Medyczne Laboratorium Diagnostyczne wykonuje czynności z zakresu diagnostyki laboratoryjnej w oparciu o ustalone wewnątrzzakładowe procedury i instrukcje szczegółowo określające sposób wykonywania poszczególnych badań.

§ 53.

1. Przyjmowanie materiału do badań laboratoryjnych odbywa się planowo w godzinach ustalonych przez Kierownika Medycznego Laboratorium Diagnostycznego.
2. Kierownik Medycznego Laboratorium Diagnostycznego podaje do wiadomości zleceniodawców informację, o której mowa w ust. 1.

§ 54.

1. Materiał do badań pobierany jest w wyznaczonych do tego celu pokojach zabiegowych.
2. Pracownicy Działu upoważnieni do przyjmowania materiału do badań ponoszą odpowiedzialność za bieżącą kontrolę jego identyfikacji oraz dostarczenie wraz z materiałem prawidłowo wystawionych skierowań.

§ 55.

Dla osób fizycznych korzystających ze świadczeń laboratorium w trybie ambulatoryjnym informacja o dniach i godzinach przyjmowania i pobierania materiału oraz wydawania wyników umieszczona jest w ogólnie dostępnym dla pacjentów miejscu.

§ 56.

Pobieranie materiału do badań laboratoryjnych, transport materiału do badań laboratoryjnych, przyjmowanie materiału do badań laboratoryjnych, przechowywanie materiału do badań laboratoryjnych, metody badawcze, kontrola jakości wyników badań laboratoryjnych, przechowywanie i wydawanie wyników badań laboratoryjnych odbywa się w oparciu o ustalone przez Ministra Zdrowia standardy jakości.

ROZDZIAŁ 3 **LISTY OCZEKUJĄCYCH.**

§ 57.

1. Pacjent ma prawo, w sytuacji ograniczonych możliwości udzielania odpowiednich świadczeń zdrowotnych, do przejrzystej, obiektywnej, opartej na kryteriach medycznych, procedury ustalającej kolejność dostępu do świadczeń.
2. Komórki organizacyjne Podmiotu w odniesieniu do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, w sytuacji ograniczonych możliwości ich udzielania prowadzą listy oczekujących.
3. Listy oczekujących stanowią integralną część dokumentacji medycznej.

§ 58.

Szczegółowe zasady prowadzenia List oczekujących określa **załącznik Nr 3** do niniejszego Regulaminu.

§ 59.

1. W Podmiocie działa Zespół oceny przyjęć, do którego zadań należy przeprowadzanie oceny list oczekujących na świadczenia udzielane w oddziałach szpitalnych pod względem:
 - 1) prawidłowości prowadzenia dokumentacji,
 - 2) czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia,
 - 3) zasadności i przyczyn zmian terminów udzielania świadczeń.
2. W odniesieniu do ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych oceny, o której mowa w ust. 1 dokonuje Kierownik Zespołu Poradni Specjalistycznych.

DZIAŁ VII. – ORGANIZACJA I ZADANIA POSZCZEGÓLNYCH JEDNOSTEK LUB KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH PRZEDSIĘBIORSTWA PODMIOTU ORAZ WARUNKI WSPÓLDZIAŁANIA TYCH JEDNOSTEK LUB KOMÓREK DLA ZAPEWNIENIA SPRAWNEGO I EFEKTYWNEGO FUNKCJONOWANIA PODMIOTU POD WZGLĘDEM DIAGNOSTYCZNO-LECZNICZYM, PIEŁĘGNACYJNYM, REHABILITACYJNYM I ADMINISTRACYJNO-GOSPODARCZYM

§ 60.

1. Podmiot udziela świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych osobom ubezpieczonym oraz innym osobom, uprawnionym do tych świadczeń na podstawie obowiązujących przepisów prawa albo zawartych umów cywilnoprawnych nieodpłatnie, za częściową odpłatnością lub całkowitą odpłatnością.
2. Warunki udzielania i zakres świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych określa *ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t. j. Dz. U. z 2015 r. poz. 581 z późn. zm.)* oraz wydane na tej podstawie przepisy wykonawcze, w tym *rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 roku w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1400 z późn. zm.)* a ich rodzaj i liczbę - postanowienia umów zawartych przez Podmiot z Narodowym Funduszem Zdrowia.
3. Zasady wykonywania pozostałych świadczeń zdrowotnych normują umowy podpisane przez Podmiot z instytucjami finansującymi te świadczenia.

§ 61.

Podstawowym zadaniem Podmiotu jest podejmowanie działań służących zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania, w szczególności związane z:

- 1) badaniem i poradą lekarską,
- 2) leczeniem,
- 3) badaniem i terapią psychologiczną,
- 4) rehabilitacją leczniczą,
- 5) opieką nad kobietą z ciążą zagrożoną i jej płodem, porodem, położeniem oraz nad noworodkiem,
- 6) opieką nad dzieckiem,
- 7) badaniem diagnostycznym, w tym analityką medyczną,
- 8) pielęgnacją chorych,
- 9) pielęgnacją niepełnosprawnych i opieką nad nimi,
- 10) opieką paliatywną,
- 11) orzekaniem i opiniowaniem o stanie zdrowia,
- 12) zapobieganiem powstawaniu urazów i chorób poprzez działania profilaktyczne,
- 13) wstępną diagnostyką i podejmowaniem leczenia w zakresie niezbędnym do stabilizacji funkcji życiowych osób znajdujących się w stanie nagłego zagrożenia życia

lub zdrowia, z przyczyny wewnętrznej lub zewnętrznej, a w szczególności w razie wypadku, urazu, zatrucia u dorosłych i dzieci,

14) zabezpieczeniem medycznym pacjentów oraz organizacją transportu do innych podmiotów leczniczych w razie konieczności leczenia specjalistycznego.

§ 62.

1. Świadczenia zdrowotne udzielane są wyłącznie przez osoby wykonujące zawód medyczny oraz spełniające wymagania zdrowotne określone w odpowiednich przepisach prawa.
2. Świadczenia zdrowotne wykonywane są zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób oraz zasadami etyki zawodowej i z należytą starannością.
3. Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych osoby wykonujące zawód medyczny kierują się zasadami etyki zawodowej określonymi przez właściwe samorządy zawodów medycznych.
4. Świadczenia zdrowotne wykonywane są w pomieszczeniach odpowiadających wymaganiom określonym dla podmiotów leczniczych, wyposażonych w aparaturę i sprzęt medyczny posiadający stosowne certyfikaty, atesty lub inne dokumenty potwierdzające dopuszczenie do użytku oraz dokumenty potwierdzające dokonanie aktualnych przeglądów wykonywanych przez uprawnione podmioty.

§ 63.

W odniesieniu do osób:

- 1) podlegających rygorom *ustawy z dnia 5 grudnia 2008 roku o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (t. j. Dz. U. z 2013 r. poz. 947 z późn. zm.)* – stosuje się przepisy tej ustawy,
- 2) z zaburzeniami psychicznymi – przepisy *ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 roku o ochronie zdrowia psychicznego (t. j. Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375 z późn. zm.)*,
- 3) w stanie nagłego zagrożenia życia lub zdrowia stosuje się procedury zawarte w *ustawie z dnia 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym (t. j. Dz. U. z 2013 r. poz. 757 z późn. zm.)*,
- 4) ze wskazaniami do leczenia krwią i jej składnikami mają zastosowanie przepisy *ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 roku o publicznej służbie krwi (t. j. Dz. U. z 2014 r. poz. 332 z późn. zm.)*.

§ 64.

1. Personel zatrudniony przez Podmiot zobowiązany jest do zachowania w tajemnicy informacji dotyczących stanu zdrowia i przebiegu leczenia pacjentów. Wyjątki od tej zasady określają ustawy.
2. Personel medyczny Podmiotu prowadzi dokumentację medyczną na zasadach określonych w *ustawie z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t. j. Dz. U. z 2012 roku poz. 159 z późn. zm.)* oraz zgodnie z wytycznymi określonymi przez Dyrektora w przepisach wewnętrznych.

§ 65.

1. Na zewnątrz budynków Podmiotu, w których realizowane są świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych, w miejscu ogólnie dostępnym, umieszcza się:
 - 1) informację o godzinach i miejscach udzielania świadczeń w poszczególnych zakresach, a także informację na temat posiadanych udogodnień dla osób niepełnosprawnych;
 - 2) tablice ze znakiem graficznym Narodowego Funduszu Zdrowia;
 - 3) adres oraz numer telefonu najbliższego miejsca, w którym udzielane są świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej;
 - 4) numery telefonów alarmowych „112” i „999” obsługiwanych w ramach systemu powiadamiania ratunkowego
 - 5) informację na temat realizacji świadczeń z zakresu szybkiej terapii onkologicznej.
2. Wewnątrz budynków siedziby i jednostek organizacyjnych zamieszcza się informacje dotyczące:
 - 1) imion i nazwisk osób kierujących pracą komórki organizacyjnej, a w przypadku ambulatoryjnych świadczeń - także imion i nazwisk osób udzielających świadczeń oraz godzin i miejsca ich udzielania;
 - 2) miejsc i godzin udzielania świadczeń przez podwykonawców, jeżeli zachodzi potrzeba poinformowania o tym świadczeniobiorców;
 - 3) zasad zapisów na porady i wizyty, z uwzględnieniem świadczeń udzielanych w warunkach domowych;
 - 4) trybu składania skarg i wniosków u świadczeniodawcy;
 - 5) praw pacjenta;
 - 6) zasad potwierdzania prawa do świadczeń;
 - 7) adresu oraz numerów telefonów najbliższego miejsca, w którym są udzielane świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej;
 - 8) numerów telefonów alarmowych "112" i "999" obsługiwanych w ramach systemu powiadamiania ratunkowego;
 - 9) adresu i numeru bezpłatnej infolinii Biura Rzecznika Praw Pacjenta;
 - 10) adresu i numeru telefonu właściwej miejscowo komórki do spraw skarg i wniosków oddziału wojewódzkiego Funduszu;
 - 11) informacji o możliwości i sposobie zapisania się na listę oczekujących na udzielenie świadczenia;
 - 12) innych informacji, jeżeli obowiązek ich ujawnienia świadczeniobiorcom wynika z umowy.
3. W każdym miejscu udzielania świadczeń umieszcza się opatrzone dodatkowo znakiem graficznym Szpitala
 - 1) cennik świadczeń zdrowotnych, jeżeli został ustalony dla danego zakresu usług;
 - 2) informację o istniejących możliwościach dostępu pacjentów do dokumentacji medycznej dotyczącej ich stanu zdrowia.

§ 66.

1. W Podmiocie funkcjonuje Komisja ds. rozpatrywania skarg pacjentów dotyczących udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarzy, do której zadań należy badanie zasadności stawianych zarzutów.
2. Skargę można złożyć ustnie lub pisemnie. Skarga powinna zawierać wskazanie osoby, od której pochodzi, jej adres oraz żądanie. Skargi anonimowe nie będą rozpatrywane.

§ 67.

Zadaniem oddziałów szpitalnych jest zapewnić specjalistycznej opieki zdrowotnej w reprezentowanych dziedzinach medycyny osobom, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych w odpowiednim stałym pomieszczeniu.

§ 68.

1. Oddziały szpitalne udzielają stacjonarnych i całodobowych świadczeń szpitalnych w zakresie odpowiedniej specjalności medycznej.
2. Do zadań oddziałów należy w szczególności:
 - 1) udzielanie kwalifikowanej pomocy medycznej, zwłaszcza w przypadkach nagłych (wypadkach i zachorowaniach),
 - 2) udzielanie świadczeń konsultacyjnych pacjentom innych oddziałów szpitalnych oraz pacjentom kierowanym na konsultacje specjalistyczne przez poradnie specjalistyczne i podmioty, z którymi zostały zawarte umowy w tym zakresie,
 - 3) zabezpieczenie rehabilitacji, w tym wczesnej rehabilitacji przyłóżkowej pacjentom wymagającym usprawnienia,
 - 4) zlecenie niezbędnych badań diagnostycznych,
 - 5) zapewnienie profesjonalnej, holistycznej opieki lekarskiej, pielęgniarskiej i położniczej na odpowiednim poziomie uwarunkowanej stanem zdrowia pacjenta,
 - 6) zapewnienie przyjętemu pacjentowi niezbędnych leków i wyrobów medycznych oraz pomieszczenia i wyżywienia adekwatnego do stanu zdrowia,
 - 7) prowadzenie instruktażu w zakresie włączania pacjentów i ich bliskich do realizacji zachowań prozdrowotnych,
 - 8) prowadzenie spraw związanych z prowadzeniem dokumentacji medycznej i statystyki medycznej,
 - 9) gromadzenie informacji medycznych dotyczących realizacji kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia.
3. Każdy oddział posiada i stosuje standardy postępowania medycznego w odniesieniu do najczęściej leczonych jednostek chorobowych.

§ 69.

Lekarz kierujący oddziałem ponosi pełną odpowiedzialność za prawidłową organizację i funkcjonowanie oddziału w zakresie zabezpieczenia całodobowej opieki fachowej dla każdego pacjenta (świadczenia lekarskie, pielęgniarskie, diagnostyka).

§ 70.

Oddział zapewnia przyjętemu pacjentowi:

- 1) świadczenia zdrowotne,
- 2) produkty lecznicze i materiały medyczne,
- 3) pomieszczenie i wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia,
- 4) w razie pogorszenia się stanu zdrowia chorego powodującego zagrożenie życia lub w razie jego śmierci, oddział jest obowiązany niezwłocznie zawiadomić wskazaną przez chorego osobę lub instytucję, przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego.

§ 71.

1. Oddział zapewnia pacjentowi możliwość przechowywania w depozycie wartościowych rzeczy.
2. Pacjent nie powinien przechowywać przy sobie przedmiotów wartościowych i pieniędzy, za które oddział nie ponosi odpowiedzialności.

§ 72.

1. W przypadku zgonu pacjenta, lekarz oddziału wystawia kartę zgonu przekazując ją osobie posiadającej prawo do pochowania zwłok.
2. Kartę zgonu w przypadku dziecka martwo urodzonego, bez względu na czas trwania ciąży, wydaje się na wniosek osoby uprawnionej do pochowania zwłok.

§ 73.

1. Zwłoki pacjenta mogą być poddane sekcji, w szczególności gdy zgon osoby nastąpił przed upływem 12 godzin od przyjęcia do szpitala, z zastrzeżeniem ust. 2. Decyzję o wykonaniu sekcji zwłok podejmuje Lekarz kierujący oddziałem z uwzględnieniem obowiązujących przepisów prawa i okoliczności określonych w ust. 4 pkt 2.
2. Zwłoki pacjenta nie są poddawane sekcji, jeżeli przedstawiciel ustawowy tej osoby wyraził sprzeciw lub uczyniła to ta osoba za życia.
3. O zaniechaniu sekcji z przyczyn określonych w ust. 2 sporządza się adnotację w dokumentacji medycznej i załącza sprzeciw, o którym mowa w ust. 2.
4. Przepisów ust. 1-3 nie stosuje się w przypadkach:
 - 1) określonych w kodeksie postępowania karnego i Kodeksie karnym wykonawczym oraz aktach wykonawczych wydanych na tej podstawie;
 - 2) gdy przyczyny zgonu nie można ustalić w sposób jednoznaczny;
 - 3) określonych w przepisach o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.
5. W dokumentacji medycznej pacjenta sporządza się adnotację o dokonaniu albo zaniechaniu sekcji zwłok, z odpowiednim uzasadnieniem.
6. Dokonanie Sekcji zwłok nie może nastąpić wcześniej niż po upływie 12 godzin od stwierdzenia zgonu.

§ 74.

Poradnie specjalistyczne udzielają ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w zakresie reprezentowanych specjalności medycznych pacjentom niewymagającym leczenia stacjonarnego.

§ 75.

Poradnie specjalistyczne udzielają świadczeń zdrowotnych w określonych dniach i godzinach przyjęć pacjentów.

§ 76.

Świadczenia zdrowotne w poradniach udzielane są w dwóch formach:

- 1) konsultacji specjalistycznej, rozumianej jako porada lekarska wraz z badaniami diagnostycznymi niezbędnymi do podjęcia właściwej decyzji terapeutycznej wobec pacjenta z wyłączeniem badań diagnostycznych finansowanych przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej,
- 2) leczenia specjalistycznego – przez co rozumie się stałą sytuację, polegającą na ciągłej opiece nad pacjentem leczonym, na którą składa się zespół konsultacji specjalistycznych, o których mowa w pkt 1.

§ 77.

1. Zadaniem Działu Diagnostyki Obrazowej jest udzielanie świadczeń zdrowotnych, które obejmują badania diagnostyczne z zakresu radiologii i diagnostyki obrazowej wykonywane w celu rozpoznania stanu zdrowia i ustalenia dalszego postępowania leczniczego.
2. W szczególności do zadań Działu Diagnostyki Obrazowej należy wykonywanie:
 - 1) badań ultrasonograficznych,
 - 2) badań tomografii komputerowej,
 - 3) badań mammograficznych,
 - 4) badań radiologicznych.

§ 78.

Dział Diagnostyki Obrazowej wykonuje świadczenia zdrowotne dla chorych leczonych w oddziałach bądź kierowanych ambulatoryjnie.

§ 79.

1. Zadaniem Medycznego Laboratorium Diagnostycznego jest wykonywanie czynności z zakresu diagnostyki laboratoryjnej dla celów profilaktycznych, diagnostycznych i leczniczych lub sanitarno-epidemiologicznych obejmujących:
 - 1) badania laboratoryjne określające właściwości fizyczne, chemiczne i biologiczne oraz skład płynów ustrojowych, wydzielin, wydalin i tkanek,
 - 2) mikrobiologiczne badania laboratoryjne płynów ustrojowych, wydzielin, wydalin i tkanek,
 - 3) działania zmierzające do ustalenia zgodności tkankowej.

2. W szczególności Medyczne Laboratorium Diagnostyczne wykonuje badania laboratoryjne w zakresie:
 - 1) mikrobiologii,
 - 2) diagnostyki laboratoryjnej,
 - 3) serologii transfuzjologicznej,
 - 4) histopatologii,
 - 5) cytologii.

§ 80.

1. Ambulatorium ogólne podstawowej opieki zdrowotnej udziela świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej tj. świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej poza godzinami pracy lekarzy rodzinnych w przypadku nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia pacjenta, które nie jest stanem nagłym.
2. Świadczenia, o których mowa obejmują swoim zakresem ambulatoryjną opiekę lekarską i pielęgniarską. Świadczenia, te realizowane są w szczególności poprzez:
 - 1) porady lekarskie udzielane w warunkach ambulatoryjnych w kontakcie bezpośrednim z pacjentem lub telefonicznie oraz jeżeli zachodzi konieczność - w miejscu wezwania,
 - 2) świadczenia pielęgniarskie udzielane doraźnie, w związku z poradą udzieloną przez lekarza w ramach nocnej i świątecznej ambulatoryjnej opieki lekarskiej w poz.

§ 81.

1. Zakład Radioterapii realizuje leczenie napromieniowaniem w trybie ambulatoryjnym oraz w koordynacji z Oddziałem Radioterapii pacjentów hospitalizowanych.
2. W odniesieniu do Zakładu Radioterapii stosuje się odpowiednio postanowienia Regulaminu dotyczące Działu Diagnostyki Obrazowej.

§ 82.

Do zadań Apteki Szpitalnej należy :

- 1) świadczenie usług farmaceutycznych tj. zamawianie, przyjmowanie, wydawanie, przechowywanie, oznakowanie produktów leczniczych i wyrobów medycznych z zachowaniem zasad określonych w obowiązujących przepisach prawa,
- 2) kontrolowanie terminów ważności produktów leczniczych i wyrobów medycznych,
- 3) sporządzanie leków recepturowych i leków aptecznych,
- 4) udzielanie informacji o produktach leczniczych i wyrobach medycznych,
- 5) przygotowywanie leków w dawkach dziennych, w tym leków cytostatycznych,
- 6) organizowanie zaopatrzenia szpitala w produkty lecznicze i wyroby medyczne,
- 7) udział w monitorowaniu działań niepożądanych leków,
- 8) udział w badaniach klinicznych prowadzonych na terenie szpitala,
- 9) udział w racjonalizacji farmakoterapii,
- 10) przygotowywanie wniosków o wszczęcie procedury przetargowej,

- 11) współuczestniczenie w prowadzeniu gospodarki produktami leczniczymi i wyrobami medycznymi w szpitalu,
- 12) prowadzenie ewidencji badanych produktów leczniczych oraz produktów leczniczych i wyrobów medycznych otrzymywanych w formie darowizny,
- 13) Ustalanie procedur wydawania produktów leczniczych lub wyrobów medycznych przez Aptekę na oddziały oraz dla pacjenta,
- 14) przekazywanie organom Inspekcji Farmaceutycznej informacji o podejrzeniu lub stwierdzeniu, że dany produkt leczniczy nie odpowiada ustalonym dla niego wymogom jakościowym,
- 15) czuwanie aby zakupy produktów leczniczych i wyrobów medycznych były dokonywane wyłącznie od podmiotów posiadających zezwolenie na prowadzenie hurtowni farmaceutycznych,
- 16) ewidencja obrotu środkami odurzającymi, psychotropowymi i prekursorami tych środków,
- 17) dokonywanie kontroli apteczek oddziałowych,
- 18) zapewnianie stałego dostępu do obowiązującego wykazu produktów leczniczych dopuszczonych do obrotu,
- 19) przekazywanie Prezesowi Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych informacji o niepożądanym działaniu produktu leczniczego lub wyrobu medycznego,
- 20) udział w racjonalizacji gospodarki finansowej szpitala,
- 21) prowadzenie praktyk studenckich i staży.

§ 83.

Do zadań Działu Finansowo-Księgowego należy prowadzenie racjonalnej gospodarki finansowej Szpitala, a w szczególności:

- 1) W zakresie spraw księgowych:
 - a) sporządzanie planów finansowych i inwestycyjnych, kontrola realizacji oraz sporządzanie informacji o przebiegu wykonania,
 - b) wprowadzanie dokumentów księgowych do programu finansowo-księgowego,
 - c) dekretowanie, numerowanie, wpinanie, archiwizowanie dokumentów księgowych,
 - d) import dekretów z programu SIMPLE.ERP /dokumentów sprzedaży, zestawień do list płac, potrąconych rat pożyczki z ZFŚS oraz amortyzacji/,
 - e) opracowywanie analitycznej dekretacji kosztowej dokumentów księgowych wg miejsc powstawania kosztów,
 - f) uzgadnianie i analizowanie kont dotyczących rachunków bankowych,
 - g) sporządzanie poleceń przelewów,
 - h) uzgadnianie i analizowanie kont rozrachunkowych z odbiorcami oraz odpisów aktualizujących wartość należności (zespół „2”),
 - i) uzgadnianie i analizowanie kont rozrachunkowych z dostawcami (zespół „2”),
 - j) uzgadnianie i analizowanie kont dotyczących rozrachunków publiczno-prawnych oraz kont dotyczących wynagrodzeń, rozliczania zaliczek, pożyczek z ZFŚS i innych rozrachunków (zespół „2”),

- k) uzgadnianie i analizowanie kont pozabilansowych,
- l) korespondencja dotycząca wszystkich kont rozrachunkowych,
- m) uzgadnianie stanów księgowych kont magazynowych (zespół „3”) ze stanami magazynowymi,
- n) uzgadnianie stanu magazynowego „Apteczek” - rozliczanie inwentaryzacji wg oddziałów, poradni, pracowni diagnostycznych,
- o) rozliczanie inwentaryzacji magazynów, kasy i innych,
- p) rozliczanie Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych,
- q) uzgadnianie kont kosztów wg rodzajów oraz wg działalności statutowej (zespół „4” i „5”),
- r) rozliczanie kosztów według typów działalności oraz prowadzenie dokumentacji w tym zakresie,
- s) analizowanie oraz sporządzanie miesięcznych zestawień przychodów i kosztów komórek organizacyjnych,
- t) uzgadnianie i analizowanie kont dotyczących rozliczeń międzyokresowych (zespół „6”),
- u) prowadzenie wewnętrznego rejestru wszystkich dokumentów księgowych i dostarczanie do poszczególnych komórek organizacyjnych, odnotowanie daty zwrotu zatwierdzonych dokumentów księgowych, czuwanie nad zachowaniem terminów wynikających z dokumentów księgowych,
- v) prowadzenie księgowości PKZP oraz sporządzanie miesięcznych list potrąceń dla Działu Zatrudnienia i Płac, księgowanie i uzgadnianie potrąceń pożyczek, wpłat i wszelkich zmian miesięcznych, przygotowywanie wniosków na posiedzenie PKZP, udzielanie informacji członkom PKZP o stanie ich kont,
- w) wypłata oraz przyjmowanie wpłat z tytułu pożyczek PKZP,
- x) prowadzenie rejestru sprzedaży VAT, zakupu VAT oraz sporządzanie deklaracji VAT,
- y) uzgadnianie i analizowanie kont przychodów i kosztów (zespół „7”),
- z) uzgadnianie i analizowanie kont funduszy, rezerwy i wyniku finansowego (zespół „8”),
- aa) rozliczanie umów z Ministerstwem Zdrowia i Urzędem Marszałkowskim Woj. Małopolskiego zawartych na staże podyplomowe i rezydentury,
- bb) sporządzanie deklaracji PFRON,
- cc) sporządzanie wymaganych sprawozdań przez JST oraz sporządzanie innych dodatkowych informacji,
- dd) sporządzanie kwartalnych sprawozdań o sytuacji finansowej /MZ-BFA/,
- ee) sporządzanie sprawozdań /MZ-03/ do Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia,
- ff) sporządzanie rocznego sprawozdania finansowego oraz przygotowywanie wszelkich danych do badania sprawozdania finansowego przez biegłego rewidenta,
- gg) sporządzanie deklaracji CIT-8.

2) W zakresie spraw inwentarzowych:

- a) prowadzenie ewidencji majątku trwałego oraz amortyzacji,
- b) uzgadnianie i analizowanie kont (zespół „0”) dotyczących środków trwałych, środków trwałych w budowie, wyposażenia, wartości niematerialnych i prawnych oraz amortyzacji,

- c) uzgadnianie i analizowanie kont pozabilansowych dotyczących środków trwałych,
- d) znakowanie środków trwałych zgodnie z instrukcją inwentaryzacyjną ,
- e) czuwanie nad prawidłową gospodarką majątkiem trwałym oraz ewidencja przesunięć zgłoszonych przez jednostki organizacyjne,
- f) udział w pracach komisji inwentaryzacyjnych i kasacyjnych oraz czuwanie nad przestrzeganiem przepisów prawa dotyczących likwidacji środków trwałych,
- g) sporządzanie protokołów kasacyjnych, wycenianie oraz dokonywanie odpisów majątku trwałego,
- h) dokonywanie wyceny spisów z natury, rozliczanie różnic między stanem faktycznym a księgowym,
- i) sporządzanie miesięcznej amortyzacji środków trwałych,
- j) sporządzanie sprawozdań GUS F-03 oraz innych sprawozdań dotyczących środków trwałych.

3) W zakresie kasy:

- a) prowadzenie obsługi kasowej (wpłaty, wypłaty),
- b) sporządzanie raportów kasowych,
- c) uzgadnianie i analizowanie kont (zespół „1”) oraz innych rozrachunków,
- d) prowadzenie ewidencji opłat sądowych, depozytów, druków ścisłego zarachowania,
- e) opracowywanie dokumentów księgowych związanych z przepływem gotówki.

4) Prowadzenie archiwum Działu Finansowo-Księgowego oraz prac związanych z przygotowaniem dokumentów księgowych w celu przekazania do archiwum zakładowego,

5) Opracowywanie procedur medycznych.

6) Przygotowywanie danych dotyczących ankiet oceny ryzyka ubezpieczenia Podmiotu.

§ 84.

Do zadań Działu Zatrudnienia i Płac należy prowadzenie racjonalnej gospodarki kadrami umożliwiające sprawne zarządzanie Podmiotem oraz zabezpieczenie prawidłowej realizacji jego statutowych celów, a w szczególności:

1) W zakresie zatrudnienia :

- a) przygotowanie materiałów i wniosków związanych z zawieraniem i rozwiązywaniem umów o pracę i umów cywilnoprawnych w formie umowy zlecenia, uposażeniami i zmianą stanowisk pracy a także prowadzenie rekrutacji na wolne stanowiska zgodnie z obowiązującą procedurą,
- b) prowadzenie akt osobowych pracowników,
- c) obliczanie stażu pracy i prowadzenie rejestru nagród jubileuszowych,
- d) prowadzenie ewidencji pracowników, rozliczanie czasu pracy – prowadzenie kartotek ewidencji czasu pracy oraz prowadzenie ewidencji w formie elektronicznej,
- e) wydawanie zaświadczeń o zatrudnieniu pracowników
- f) prowadzenie programu kadrowo-płacowego Simple,
- g) kontrola porządku i dyscypliny pracy,

- h) opracowywanie zasad przeprowadzania ocen pracowników i nadzór funkcjonalny nad ich realizacją,
 - i) nadzorowanie stanu i struktury zatrudnienia – prowadzenie stosownych analiz w tym zakresie,
 - j) sporządzanie sprawozdań (rocznych, kwartalnych i miesięcznych) do Głównego Urzędu Statystycznego, Urzędu Marszałkowskiego Województwa Małopolskiego i innych jednostek,
 - k) prowadzenie spraw dotyczących ubezpieczeń społecznych i zdrowotnych pracowników i ich rodzin, obsługa programu Płatnik w zakresie ZUS ZUA, ZUS ZWUA, ZUS ZCNA, ZUS ZZA,
 - l) prowadzenie rejestru stanowisk pracy, na których zatrudnione są osoby uprawnione do emerytury pomostowej oraz osoby, od których należy odprowadzać składki na FEP,
 - m) zgłaszanie do ZUS danych o pracy w szczególnych warunkach lub szczególnym charakterze ZUS ZSWA pracowników zatrudnionych na stanowiskach pracy w szczególnych warunkach lub szczególnym charakterze,
 - n) przygotowanie dokumentacji dotyczących spraw rentowych oraz emerytalnych pracowników,
 - o) sporządzanie obowiązującej dokumentacji dotyczącej zatrudnienia dla urzędów pracy,
 - p) koordynowanie spraw związanych z ustanawianiem wewnętrznych aktów prawnych regulujących sprawy z zakresu organizacji pracy, obowiązków i praw pracowniczych, systemu wynagrodzeń oraz ich aktualizacją.
 - q) przygotowywanie dokumentów dotyczących przetwarzania danych osobowych w programach (Esculap, Simple ERP/KP, PPS, Płatnik),
 - r) nadzorowanie terminów badań pracowników, kierowanie na badania wstępne, okresowe lub kontrolne – przyjmowanie i ewidencjonowanie orzeczeń lekarskich tak w formie papierowej, jak i elektronicznej,
 - s) przygotowanie dokumentacji do zawieranych umów z Ministerstwem Zdrowia, Urzędem Marszałkowskim Województwa Małopolskiego oraz Urzędami Pracy, nadzór nad przebiegiem staży, oraz przygotowywanie dokumentów dla personelu lekarskiego związanych ze stażami specjalizacyjnymi,
 - t) przygotowywanie wniosków do PUP i SUP o prace interwencyjne, zatrudnienie oraz nadzorowanie w tym zakresie,
 - u) obsługa Portalu Potencjału Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie personelu i dostępności komórek, zgłaszanie na bieżąco nieobecności personelu za pomocą wniosków portalowych, jak również w formie papierowej,
- 2) W zakresie szkolenia i doskonalenia kadr:
- a) przygotowywanie corocznych planów szkoleń
 - b) współpraca z zewnętrznymi jednostkami kształcenia kadr.
- 3) W zakresie spraw socjalno – bytowych :
- a) prowadzenie dokumentacji związanej z działalnością socjalną w oparciu o regulamin i zatwierdzony roczny plan działalności ZFŚS,
 - b) kompletowanie wniosków i całości dokumentacji związanej z dofinansowaniem ze środków ZFŚS dla poszczególnych pracowników,

- c) udział w pracach Komisji Socjalnej przy ustalaniu zasad podziału i wykorzystania środków funduszu oraz wykonywanie czynności związanych z administrowaniem ZFŚS.
- 4) W zakresie spraw płacowych i ubezpieczeń:
- a) naliczanie wynagrodzeń i sporządzanie list płac dla pracowników,
 - b) prowadzenie kart wynagrodzeń oraz kart zasiłkowych,
 - c) prowadzenie dokumentacji i obliczanie zasiłków z ubezpieczenia społecznego,
 - d) obliczanie podatku dochodowego od osób fizycznych, w tym prowadzenie dokumentacji podatkowej – sporządzanie zeznań podatkowych PIT – 11 i PIT – 40 dla pracowników i urzędów skarbowych,
 - e) przygotowywanie przelewów wynagrodzeń i innych wypłat dla pracowników,
 - f) przygotowywanie przelewów do ZUS i Urzędu Skarbowego,
 - g) rozliczenie podatku dochodowego od osób fizycznych za cały rok – sporządzanie PIT – 4 R,
 - h) prowadzenie dokumentacji do rozliczeń z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych, sporządzanie miesięcznych raportów: DRA, RSA, RZA i RCA oraz dla pracowników: RMUA, uzgodnienie kont ZUS (składek na ubezpieczenie społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy i Fundusz Emerytur Pomostowych),
 - i) prowadzenie ewidencji wypłat wynagrodzeń dla sprawozdawczości i dokonywania analiz w tym zakresie,
 - j) wydawania zaświadczeń o wynagrodzeniu,
 - k) sporządzanie pracownikom wniosków RP 7 dla celów emerytalno-rentowych,
 - l) przygotowywanie prac związanych z naliczaniem kapitału początkowego.

§ 85.

Do zadań Działu Organizacji i Nadzoru należy podejmowanie działań organizacyjnych umożliwiających sprawne zarządzanie Podmiotem, a w szczególności:

- 1) koordynowanie i prowadzenie spraw związanych z organizacją Podmiotu (Statut, struktura, regulamin organizacyjny, prawa pacjenta),
- 2) prowadzenie spraw i przygotowywanie dokumentacji związanej z wpisami i aktualizacją danych objętych:
 - a) rejestrem podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonym przez Wojewodę Małopolskiego
 - b) Krajowym Rejestrem Sądowym,
 - c) ewidencją laboratoriów medycznych,
 - d) krajowym rejestrem urzędowym podmiotów gospodarki narodowej,
- 3) prowadzenie rejestru zarządzeń Dyrektora Szpitala,
- 4) zapewnienie obsługi kancelaryjnej Rady Społecznej Podmiotu, w tym prowadzenie dokumentacji tego Organu,
- 5) prowadzenie rejestru skarg i wniosków,
- 6) zapewnienie obsługi komisji skargowej rozpatrującej skargi oraz udzielanie odpowiedzi osobom (instytucjom) wnoszącym skargi i interwencje,
- 7) prowadzenie spraw związanych z konkursami na stanowiska kierownicze szpitala objęte takim postępowaniem,

- 8) koordynowanie spraw związanych ze sporządzaniem informacji i sprawozdań dla potrzeb podmiotu tworzącego,
- 9) prowadzenie postępowań o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne,
- 10) przygotowywanie wzorów dokumentacji medycznej,
- 11) prowadzenie spraw związanych z praktykami zawodowymi studentów i uczniów,
- 12) koordynowanie spraw związanych z ubieganiem się komórek organizacyjnych Podmiotu o uzyskanie akredytacji do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego,
- 13) powoływanie ciał kolegialnych Dyrektora o charakterze pomocniczym lub opiniodawczym, z określaniem ich celu działania, składu osobowego, zakresu zadań i trybu pracy,
- 14) koordynowanie spraw związanych ze zlecaniem służbowych pieczęci firmowych i imiennych,
- 15) zbieranie indywidualnych zleceń na recepty od lekarzy, w tym:
 - a) generowanie numerów białych recept z portalu świadczeniodawcy NFZ
 - b) sporządzanie zestawień zbiorczych złożonych zamówień na recepty różowe do Narodowego Funduszu Zdrowia,
- 16) podejmowanie działań na rzecz zapewnienia prawidłowego prowadzenia dokumentacji medycznej,
- 17) prowadzenie sprawozdawczości z zakresu statystyki medycznej w zakresie obejmującym realizowane zadania,
- 18) opracowywanie analiz działalności poszczególnych komórek organizacyjnych w oparciu o gromadzone dane statystyczne,
- 19) systematyczne gromadzenie źródłowych informacji i danych statystycznych niezbędnych dla kadry zarządzającej Podmiotem,
- 20) sporządzanie miesięcznych informacji o liczbie udzielanych świadczeń zdrowotnych w oddziałach i poradniach,
- 21) prowadzenie elektronicznej bazy danych o osobach hospitalizowanych i wykonywanych im świadczeniach – podejmowanie współpracy w tej mierze z oddziałami szpitala oraz Działem Kontraktowania i Rozliczeń,
- 22) comiesięczne przekazywanie sprawozdań w formie elektronicznej dla potrzeb Państwowego Zakładu Higieny w Warszawie dot. pacjentów wypisanych ze szpitala,
- 23) bieżące archiwizowanie kart statystycznych (MZ/Szp-11) w wersji papierowej stanowiących podstawę do rozliczenia finansowego umów zawartych przez Szpital z Narodowym Funduszem Zdrowia,
- 24) prowadzenie Księgi głównej przyjęć i wypisów wraz z przyległymi ewidencjami,
- 25) sporządzanie dziennego raportu chorych,
- 26) przygotowywanie list uprawnionych do głosowania pacjentów szpitala w dniu wyborów do Parlamentu RP , Prezydenta RP oraz organów samorządu terytorialnego i referendów,
- 27) prowadzenie spraw związanych z udzielaniem zgody na odbywanie spotkań przedstawicieli handlowych lub medycznych firm farmaceutycznych z lekarzami w celu reklamy produktów leczniczych,
- 28) bieżące udostępnianie właściwym komórkom organizacyjnym i stanowiskom pracy treści powszechnie obowiązujących przepisów prawa, w tym przy pomocy narzędzi elektronicznych.

§ 86.

1. Dział Administracyjno-Techniczny dzieli się na:

- 1) Zespół ds. administracyjnych;
- 2) Zespół ds. technicznych;
- 3) Zespół ds. zamówień publicznych;
- 4) Zespół ds. informatycznych

2. Do zadań Zespołu ds. administracyjnych należy:

1) Organizowanie i prowadzenie działalności administracyjnej, w tym:

- a) prowadzenie obsługi kancelaryjnej Szpitala,
- b) ustanawianie i aktualizowanie Instrukcji Kancelaryjnej i Archiwalnej oraz jednolitego rzeczowego wykazu akt – współdziałanie w tej mierze z Archiwum Państwowym,
- c) nadzorowanie stosowania przez poszczególne komórki organizacyjne Instrukcji kancelaryjnej i jednolitego rzeczowego wykazu akt,
- d) opracowywanie planów zaopatrzenia oraz nadzór nad realizacją zabezpieczenia Szpitala w sprzęt i aparaturę medyczną, środki piorące i dezynfekujące, sprzęt medyczny jednorazowego użytku, materiały biurowe, bieliznę i odzież szpitalną, odzież bhp oraz druki dokumentacji medycznej,
- e) dokonywanie zakupów materiałów kancelaryjnych, gospodarczych oraz sprzętu medycznego i aparatury medycznej objętej umowami z przestrzeganiem przepisów prawo zamówień publicznych,
- f) prowadzenie gospodarki odzieżą bhp
- g) prowadzenie gospodarki magazynowej
- h) prowadzenie i organizowanie depozytu rzeczy wartościowych
- i) organizowanie i nadzorowanie wykonawstwa DDD
- j) organizacja pracy oraz nadzór nad pracownikami w zakresie usług pralniczych, krawieckich
- k) prowadzenie Archiwum Zakładowego oraz udostępnianie dokumentacji medycznej uprawnionym podmiotom,
- l) ewidencjonowanie druków ścisłego zarachowania oraz używanych pieczęci służbowych,
- m) nadzór nad przestrzeganiem przepisów bhp,
- n) nadzór nad obsługą telekomunikacyjną w Szpitalu,
- o) wykonywanie usług poligraficznych na potrzeby komórek organizacyjnych Szpitala,
- p) zapewnienie druków, formularzy i ksiąg niezbędnych dla realizacji zadań według ustalonych wzorów:
- q) powszechnie obowiązującymi przepisami prawa,
- r) wewnątrzzakładowymi aktami prawnymi,
- s) prowadzenie ewidencji aktualnych wzorów druków, formularzy i ksiąg, ustanawianych w drodze zarządzeń Dyrektora,
- t) udzielanie instruktażu i opracowywanie wytycznych dla pozostałych placówek Szpitala w zakresie związanym z działalnością administracyjną
- u) kontrola realizacji umów w zakresie zaopatrzenia, transportu pacjentów, usług całodobowego żywienia pacjentów, kompleksowego utrzymania czystości obiektów i terenów zewnętrznych.

2) Administrowanie nieruchomościami, lokalami użytkowymi w zakresie:

- a) naliczania podatków i opłat publicznych,

- b) współpracy z podmiotem tworzącym i innymi instytucjami państwowymi,
 - c) inicjowania działań mających na celu oszczędne i racjonalne gospodarowanie nieruchomościami i środkami finansowymi,
 - d) nabywania i zbywania nieruchomości oraz dokumentowania ich stanu prawnego,
 - e) przygotowywanie i przeprowadzanie przetargów na dzierżawę, wynajem pomieszczeń, sprzętu, gruntów zgodnie z uchwałami Sejmiku Województwa Małopolskiego oraz zawieranie stosownych umów, sprawowanie nadzoru nad realizacją oraz ich rozliczanie, w tym rozliczanie wszystkich mediów dostarczanych przez operatorów tych mediów.
- 3) Prowadzenie wewnętrznej gospodarki transportowej w szczególności
- a) administrowanie taborem samochodowym Szpitala (ewidencja i kontrola kart drogowych, zużycia paliwa (przepały), oleju, zakupu części samochodowych, dopilnowanie przeprowadzania przeglądów okresowych),
 - b) podejmowanie współpracy z jednostkami zewnętrznymi.

3. Do zadań Zespołu ds. technicznych należy:

- 1) zapewnienie prawidłowego funkcjonowania wszystkich komórek organizacyjnych oraz obiektów poprzez prawidłową eksploatację budynków, instalacji i urządzeń,
- 2) zlecenie, nadzorowanie bądź prowadzenie prac związanych z eksploatacją i utrzymaniem w prawidłowym stanie infrastruktury technicznej,
- 3) sporządzanie programów i planów rozbudowy i modernizacji infrastruktury technicznej,
- 4) realizowanie świadczeń w zakresie utrzymania w ruchu obiektów, budowli i urządzeń technicznych (dostarczanie mediów, prowadzenie gospodarki materiałowej i narzędziowej) z uwzględnieniem potrzeb i możliwości realizacyjnych (technicznych, finansowych i kadrowych),
- 5) utrzymywanie infrastruktury technicznej zgodnie z wymaganiami bezpieczeństwa i higieny użytkowania oraz wymogami Dozoru Technicznego i Energetycznego
- 5a) organizowanie i kontrolowanie napraw sprzętu AGD,
- 6) rzetelne i terminowe sporządzanie sprawozdań z realizowanych zadań zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa a także zleconych przez Dyrektora Podmiotu lub Zastępcę Dyrektora ds. administracyjnych,
- 7) inicjowanie działań – w zakresie realizowanych zadań – mających na celu oszczędne i racjonalne gospodarowanie środkami finansowymi,
- 8) wykonywanie zadań wynikających z przepisów zawartych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2011 roku w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 31, poz. 158) w tym w szczególności terminowej realizacji przedsięwzięć ujętych w programie dostosowania pomieszczeń i urządzeń Szpitala do wymogów tego rozporządzenia,
- 9) podejmowanie działań na rzecz spełnienia przez szpital wymogów określonych w programie akredytacji szpitali – w części dotyczącej infrastruktury technicznej,
- 10) przygotowanie, zlecenie, nadzorowanie, doprowadzenie do uzyskania decyzji o możliwości użytkowania obiektów po przeprowadzonych remontach w obiektach Szpitala w oparciu o obowiązujące normy i przepisy prawne,

- 11) rozliczanie wykonanych zadań i przekazywanie ich drukiem OT do Działu Księgowego,
 - 12) nadzorowanie spraw związanych z prawidłową eksploatacją nieruchomości, gospodarką paliwowo energetyczną, urządzeniami energetycznymi, dźwigowymi i instalacjami gazów medycznych,
 - 13) prowadzenie ewidencji wszystkich urządzeń ciśnieniowych, dbanie o przeglądy okresowe i ich prawidłową eksploatację,
 - 14) nadzorowanie spraw związanych z prawidłową gospodarką gazami medycznymi (tlen ciekły, tlen butlowy, podtlenek azotu, sprężone powietrze) w tym, rozdziałem, dystrybucją i zużyciem, oraz stanem butli,
 - 15) prowadzenie zaopatrzenia dotyczącego pionu technicznego,
 - 16) zlecenie okresowych kontroli obiektów budowlanych zgodnie z obowiązującymi przepisami,
 - 17) prowadzenie ksiąg obiektów budowlanych, dokumentacji technicznej obiektów,
 - 18) sporządzanie kalkulacji cenowych na świadczone usługi (ciepła woda, para technologiczna, energia cieplna, dezynfekcja odzieży) oraz obliczanie kosztów spalania odpadów,
 - 19) organizowanie szkoleń i egzaminów dla pracowników zajmujących się eksploatacją urządzeń ciśnieniowych (konserwatorzy, pracownicy obsługujący autoklawy, palacze,
 - 20) prowadzenie i kompletowanie akt pracowników poświadczających posiadane świadectwa kwalifikacyjne
 - 21) zabezpieczenie i ochrona przeciwpożarowa obiektów, sprzętu i urządzeń, oznakowanie dróg ewakuacyjnych a także opracowanie instrukcji przeciwpożarowej,
 - 22) prowadzenie ewidencji i dokumentacji urządzeń podlegających Urzędowi Dozoru Technicznego,
 - 23) sporządzanie okresowych sprawozdań z realizacji planów w tym programu dostosowania pomieszczeń i urządzeń Szpitala,
 - 24) podejmowanie współpracy z jednostkami kontrolnymi,
 - 25) przyjmowanie, rejestrowanie i rozliczanie rachunków za wykonane roboty, usługi i zakupy
 - 26) przygotowanie planu remontów i inwestycji,
 - 30) prowadzenie ewidencji aparatury i sprzętu medycznego, oraz przyrządów kontrolno-pomiarowych, ich konserwacji, napraw i przeglądów,
 - 31) nadzór nad sprawnością techniczno-eksploatacyjną aparatury medycznej, urządzeń technicznych i instalacji zlokalizowanych w obiektach,
 - 32) prowadzenie ewidencji zgłoszeń napraw i awarii, przekazywanie do realizacji, dokumentowanie przeprowadzonych działań,
 - 33) nadzorowanie spraw związanych z realizacją zaleceń i nakazów jednostek kontrolnych (Sanepid, Urząd Dozoru Technicznego, WIOŚ, PINB),
 - 34) nadzór nad prawidłową gospodarką odpadami oraz prowadzenie dokumentacji zgodnie z obowiązującymi przepisami w zakresie gospodarowania odpadami
 - 35) sporządzanie sprawozdań z zakresu korzystania ze środowiska.
4. Do zadań konserwatorów Aparatury Medycznej należy w szczególności :
- a) Usuwanie i wykonywanie bieżących napraw aparatury i sprzętu medycznego,

- b) Konserwacje aparatury i sprzętu medycznego,
 - c) Wykonywanie prac związanych z montażem urządzeń medycznych,
 - d) ostrzenie narzędzi chirurgicznych,
 - e) Prowadzenie rejestru aparatury – paszportowanie,
 - f) Rozliczanie kosztów naprawy,
 - g) Podejmowanie współpracy z serwisami pogwarancyjnymi,
 - h) Udział w komisjach odbiorowych, przetargowych i kasacyjnych,
 - i) Zapewnienie sprawności techniczno-eksploatacyjnej sprzętu i urządzeń aparatury medycznej,
 - j) Uzgadnianie konieczności zlecenia napraw do autoryzowanego serwisu,
 - k) Prowadzenie rejestru przyrządów kontrolno-pomiarowych oraz aparatury medycznej,
 - l) Monitorowanie ważności prawnej kontroli metrologicznej (legalności aparatury medycznej,)
 - m) Monitorowanie obowiązkowych przeglądów stanu technicznego aparatury medycznej oraz ich zlecenie w razie potrzeby na zewnątrz,
 - n) Monitorowanie okresu ważności legalizacji przyrządów pomiarowych,
 - o) Przestrzeganie obowiązujących przepisów prawa mających zastosowanie w działalności związanej z naprawą aparatury medycznej w tym przepisów Ministra Zdrowia określających zasady atestowania aparatury i sprzętu medycznego nabywanego przez zakłady opieki zdrowotnej.
5. Do zadań konserwatorów obsługi technicznej należy w szczególności :
- a) prowadzenie szczegółowej ewidencji oraz usuwanie zgłaszanych awarii i usterek,
 - b) obsługa, konserwacja, prace naprawcze, oraz przeglądy urządzeń technicznych i instalacji zainstalowanych w obiektach szpitalnych,
 - c) wykonywanie prac naprawczych w budynkach oraz robót ogólnobudowlanych (remonty i modernizacje),
 - d) zapewnienie dostawy energii cieplnej, pary technologicznej i ciepłej wody na potrzeby Zakładu,
 - e) utrzymanie sprawności instalacji i urządzeń grzewczych przez osoby do tego uprawnione (obowiązek posiadania uprawnień: palacze – na eksploatację urządzeń ciśnieniowych, elektrycy – uprawnienia do eksploatacji i konserwacji urządzeń elektrycznych),
 - f) gospodarowanie odpadami medycznymi zakaźnymi,
 - g) utrzymanie w należytym stanie terenu ładowiska,
 - h) przestrzeganie obowiązujących przepisów prawa mających zastosowanie w trakcie wykonywanych prac a w szczególności zasad BHP i p/poż.
6. Do zadań Zespołu ds. zamówień publicznych należy:
- a) Przestrzeganie „Regulaminu udzielania zamówień publicznych” obowiązującego w Podmiocie,
 - b) Dokonywanie wyboru trybu udzielenia zamówienia publicznego, zgodnie z przepisami ustawy Prawo zamówień publicznych,
 - c) Przyjmowanie i rejestracja wniosków o wszczęcie procedury przetargowej zgłaszanych przez komórki organizacyjne Szpitala na dostawy towarów, wykonywanie usług i realizację robót budowlanych,

- d) Opracowywanie planu zamówień w oparciu o propozycje przekazywane przez komórki organizacyjne oraz przedkładanie do zatwierdzenia Dyrektorowi, prowadzenie rejestru przeprowadzonych postępowań oraz rejestru umów,
- e) Występowanie z wnioskiem do Dyrektora Podmiotu o powołanie Komisji przetargowych i zatwierdzenie trybu zamówienia – uzyskiwanie akceptacji Dyrektora na wszczęcie procedury przetargowej,
- f) Ogłaszanie postępowań (siedziba i strona internetowa Podmiotu, prasa, Biuletyn Zamówień Publicznych, Urząd Oficjalnych Publikacji Wspólnot Europejskich – odpowiednio do przepisów ustawy),
- g) Uczestniczenie w pracach komisji przetargowych,
- h) Opracowywanie materiałów związanych z przeprowadzeniem postępowań w trybie przewidzianym w ustawie Prawo zamówień publicznych (w szczególności specyfikacja istotnych warunków zamówienia, umowa) oraz prowadzenie i przechowywanie dokumentacji przetargowej (w szczególności pisma i zawiadomienia na zewnątrz na zewnątrz, ogłoszenia, druki, protokoły ZP, załączniki oferty),
- i) Współdziałanie z Urzędem Zamówień Publicznych,
- j) Przestrzeganie regulaminu udzielania zamówień publicznych o wartości szacunkowej nieprzekraczającej kwoty określonej w *art. 4 pkt 8 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (t. j. Dz. U. z 2013 r. poz. 907 z późn. zm.)*,
- k) Prowadzenie postępowań konkursowych w sprawie udzielenia zamówień na świadczenia zdrowotne dla Podmiotu,
- l) Sprawowanie nadzoru nad realizacją zawartych umów.

8. Do zadań Zespołu ds. informatycznych należy:

- 1) Wdrażanie programów komputerowych dla potrzeb komórek organizacyjnych Podmiotu;
- 2) Konserwacja sieci komputerowej;
- 3) Naprawa i usuwanie usterek w programach;
- 4) Realizacja szkoleń w zakresie obsługi programów eksploatowanych w Podmiocie w systemie zleceń,
- 5) Planowanie i realizowanie wydatków związanych z zakupami nowych urządzeń i programów oraz eksploatacją sprzętu komputerowego, częściowo sieci zasilających logicznych, linii przesyłowych i teleinformatycznych,
- 6) Wdrażanie oprogramowania, koordynowanie, nadzorowanie i dokonywanie odbioru prac wdrożeniowych,
- 7) Nadzorowanie nad zachowaniem spójności oprogramowania wdrażanego i eksploatowanego przez Podmiot,
- 8) Współpraca przy tworzeniu nowych aplikacji z ich wykonawcą oraz ulepszanie i wprowadzanie uzupełnień do użytkowanych programów,
- 9) Administrowanie serwerami, siecią i systemami informatycznymi,
- 10) Wykonywanie bieżącej obsługi urządzeń informatycznych,
- 11) Prowadzenie napraw i konserwacji sprzętu komputerowego,
- 12) Przygotowanie planu kontroli wewnętrznych i ich realizacja,

- 13) Prowadzenie merytorycznego i rzeczowego nadzoru nad eksploatacją sprzętu informatycznego i oprogramowania,
- 14) Archiwizowanie, przechowywanie i ochrona danych, w tym danych osobowych, gromadzonych i przetwarzanych w Podmiocie w formie elektronicznej,
- 15) Doraźne instruowanie pracowników w zakresie prawidłowej obsługi i eksploatacji sprzętu i oprogramowania,
- 16) Zapewnienie wymiany informacji między komórkami Szpitalem oraz innymi instytucjami w sieci,
- 17) Zarządzanie strukturą serwisu internetowego Podmiotu,
- 18) Wprowadzanie danych i aktualizacja Biuletynu Informacji Publicznej Szpitala zgodnie z *ustawą z dnia 6 września 2001 roku o dostępie do informacji publicznej (t. j. Dz. U. z 2015 r. poz. 2058 z późn. zm.)*.

§ 87.

Do zadań Działu Kontraktowania i Rozliczeń należy

- 1) Przygotowywanie ofert do konkursów poprzedzających zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ),
- 2) Nadzorowanie realizacji umów z NFZ oraz analiza wykonanych świadczeń zdrowotnych,
- 3) Rozliczanie świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia stacjonarnego i ambulatoryjnego oraz badań diagnostycznych udzielanych w oparciu o zawarte z NFZ umowy,
- 4) Koordynowanie spraw związanych z obowiązkiem prowadzenia przez komórki organizacyjne list oczekujących na poszczególne świadczenia zdrowotne oraz sporządzanie w tym zakresie sprawozdawczości,
- 5) Udzielanie instruktażu i opracowywanie wytycznych dla oddziałów, poradni i placówek diagnostycznych co do sposobu i rodzaju gromadzenia informacji niezbędnych do rozliczeń zakontraktowanych świadczeń,
- 6) Ustalanie potrzeb Podmiotu w zakresie zakupu świadczeń zdrowotnych u innych świadczeniodawców, współdziałanie w tej mierze z Zespołem ds. Zamówień Publicznych, prowadzenie rozliczeń zawartych umów w tym zakresie,
- 7) Udział w kontrolach prowadzonych przez NFZ, przekazywanie do realizacji zaleceń pokontrolnych odpowiednim komórkom organizacyjnym, weryfikowanie realizacji zaleceń pokontrolnych,
- 8) Wprowadzanie do systemu informatycznego danych statystycznych i rozliczeniowych.

§ 88.

Do zadań Działu Sprzedaży należy:

- 1) przygotowywanie, zawieranie, nadzorowanie i rozliczanie umów ze sprzedaży świadczeń zdrowotnych poza systemem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego,
- 2) przygotowywanie, zawieranie, nadzorowanie i rozliczanie umów sprzedaży usług pozamedycznych,
- 3) koordynowanie działań związanych z przygotowaniem wniosków oraz dokumentów do aplikowania o pozyskanie środków finansowych z instytucji zewnętrznych,

- 4) analizowanie rynku w zakresie możliwości zwiększenia sprzedaży oferowanych usług,
- 5) dokonywanie okresowych analiz cen świadczeń zdrowotnych na rynku lokalnym,
- 6) bieżące aktualizowanie zakładowego cennika świadczeń zdrowotnych oraz pozostałych usług wykonywanych przez Podmiot,
- 7) prowadzenie negocjacji z podmiotami zewnętrznymi w sprawie zawierania umów sprzedaży,
- 8) dokonywanie analizy wielkości przychodów Podmiotu ze sprzedaży świadczeń zdrowotnych poza systemem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego oraz pozostałych usług pozamedycznych,
- 9) prowadzenie badania satysfakcji pacjentów korzystających z usług szpitala,
- 10) przygotowywanie, wdrażanie i rozliczanie programów zdrowotnych i profilaktycznych (finansowanych ze środków innych niż NFZ),
- 11) pozyskiwanie dodatkowych środków finansowych przeznaczonych na cele rozwojowe Podmiotu,
- 12) przygotowywanie strategii marketingowej właściwej dla organizacji non-profit,
- 13) opracowywanie broszur, wydawnictw i informatorów adresowanych do poszczególnych podmiotów oraz pacjentów korzystających z usług Podmiotu,
- 14) sprawowanie nadzoru nad aktualizacją treści tablic informacyjnych widniejących w obiektach Podmiotu,
- 15) koordynowanie spraw związanych z zamawianiem i dystrybucją identyfikatorów dla osób zatrudnionych przez Podmiot,
- 16) podejmowanie współpracy z podmiotem tworzącym w sprawie zawierania umów dotacyjnych, nadzorowanie i koordynowanie ich realizacji oraz sporządzanie wymaganych sprawozdań,
- 17) podejmowanie współpracy z podmiotem tworzącym w zakresie zadań inwestycyjnych szpitala,
- 18) prowadzenie analiz satysfakcji klientów zewnętrznych szpitala,
- 19) prowadzenie spraw w zakresie współpracy z instytucjami zewnętrznymi realizującymi akcje promocyjne,
- 20) zarządzanie oficjalną stroną internetową Szpitala.

§ 89.

Do zadań Pełnomocnika ds. Zintegrowanego Systemu Zarządzania należy:

- 1) Planowanie, utrzymywanie i doskonalenie zintegrowanego systemu zarządzania;
- 2) Udzielanie konsultacji kadrze kierowniczej w sprawach systemowych;
- 3) Zapewnienie upowszechniania w Podmiocie świadomości dotyczącej wymagań klienta;
- 4) Pełne i systematyczne przeprowadzanie analiz dotyczących funkcjonowania zintegrowanego systemu zarządzania oraz potrzeb związanych z jego doskonaleniem;
- 5) Nadzór nad przygotowaniem i zatwierdzaniem celów i zadań;
- 6) Nadzorowanie działań korygujących i zapobiegawczych;
- 7) Rejestracja wdrażanych działań doskonalących;

- 8) Inicjowanie i koordynowanie prac związanych z opracowywaniem procedur, instrukcji, formularzy w ramach systemu zarządzania;
- 9) Nadzór nad prowadzeniem i aktualizacją całości dokumentacji związanej z zintegrowanym systemem zarządzania;
- 10) Przypisywanie odpowiedzialności, rozdzielanie zadań, ustalanie terminów realizacji w zakresie systemu zarządzania;
- 11) Planowanie i przeprowadzanie szkoleń z zakresu systemu zarządzania oraz innych zapewniających utrzymanie zasad polityki zintegrowanego systemu zarządzania;
- 12) Organizacja zespołu auditorów oraz planowanie i nadzorowanie auditów wewnętrznych;
- 13) Przygotowywanie niezbędnych informacji na przegląd zarządzania;
- 14) Zachowanie integralności systemu w trakcie wprowadzania zmian;
- 15) Współpraca ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi w ramach zintegrowanego systemu zarządzania;
- 16) Reprezentowanie Podmiotu w kontaktach z klientami oraz zewnętrznymi jednostkami certyfikującymi nadzorującymi systemy zarządzania,
- 17) Współpraca ze stronami zewnętrznymi w sprawach dotyczących systemu zarządzania,
- 18) Proponowanie metod poprawy jakości;
- 19) Inicjowanie działań korygujących i zapobiegawczych i ocena ich skuteczności;
- 20) Przeprowadzanie przeglądów zarządzania
- 21) Wydawanie poleceń służbowych w sprawach systemowych;
- 22) Egzekwowanie terminów i jakości opracowań zgodnych z wymaganiami norm dotyczących zintegrowanego systemu zarządzania.

§ 90.

Do zadań Pełnomocnika ds. ochrony informacji niejawnych należy:

- 1) zapewnienie przestrzegania przepisów o ochronie informacji niejawnych;
- 2) zapewnienie ochrony informacji niejawnych, w tym ich ochrony fizycznej oraz ochrony systemów i sieci teleinformatycznych, w których są przetwarzane, przechowywane lub przekazywane informacje niejawne;
- 3) opracowywanie i uaktualnianie procedur, instrukcji i wytycznych z zakresu ochrony informacji niejawnych oraz nadzorowanie ich realizacji;
- 4) szkolenie pracowników Szpitala w zakresie ochrony informacji niejawnych;
- 5) podejmowanie współpracy w zakresie realizacji swoich zadań ze służbami ochrony państwa;
- 6) informowanie na bieżąco dyrektora o przebiegu współpracy ze służbami ochrony państwa;
- 7) opracowanie planu postępowania z dokumentami zawierającymi informacje stanowiące tajemnicę państwową i służbową na wypadek wprowadzenia stanu nadzwyczajnego

- 8) opracowanie szczegółowych wymagań w zakresie ochrony informacji niejawnych w Podmiocie oznaczonych klauzulą tajności „poufne” i „zastrzeżone”
- 9) przeprowadzanie zwykłych postępowań sprawdzających;
- 10) wydawanie, bądź odmowa wydania poświadczeń bezpieczeństwa osobowego;
- 11) umarzanie lub zawieszanie postępowań sprawdzających;
- 12) przechowywanie akt zakończonych postępowań sprawdzających;
- 13) prowadzenie wykazu stanowisk i prac zleconych oraz wykazu osób dopuszczonych do pracy na stanowiskach, z którymi może łączyć się dostęp do informacji niejawnych;
- 14) podejmowanie działań zmierzających do wyjaśnienia okoliczności naruszenia przepisów o ochronie informacji niejawnych;
- 15) opracowanie planu postępowania z materiałami zawierającymi informacje niejawne, stanowiące tajemnicę państwową w razie wprowadzenia stanu nadzwyczajnego;
- 16) przekazywanie służbie ochrony państwa danych wymaganych do ewidencji osób dopuszczonych do pracy z informacjami niejawnymi o klauzuli „poufne”, a także do ewidencji osób, którym odmówiono wydania poświadczenia bezpieczeństwa lub podjęto decyzję o cofnięciu poświadczenia bezpieczeństwa;
- 17) bezpośredni nadzór nad obiegiem dokumentów niejawnych zgodnie z obowiązującymi przepisami;
- 18) udostępnianie lub wydawanie dokumentów niejawnych osobom do tego uprawnionym;
- 19) egzekwowanie zwrotu dokumentów niejawnych zawierających informacje niejawne;
- 20) przestrzeganie właściwego oznaczania i rejestrowania dokumentów niejawnych.

§ 91.

Do zadań Inspektora ds. obrony cywilnej należy:

- 1) realizacja zadań obronnych i obrony cywilnej nałożonych na Podmiot w systemie obronnym państwa przewidzianym na czas zagrożenia i wojny,
- 2) opracowanie i aktualizacja planu przygotowań obronnych Podmiotu na potrzeby obronne państwa,
- 3) opracowanie i aktualizacja planu obrony cywilnej,
- 4) prowadzenie ewidencji wojskowej pracowników oraz ich stosunku do obowiązku obrony
- 5) opracowanie z kierownictwem Podmiotu kart realizacji zadania operacyjnego,
- 6) nadzór nad magazynem obrony cywilnej, prowadzenie prac konserwacyjnych oraz przeklasyfikowanie i ewidencjonowanie sprzętu OC,
- 7) prowadzenie świadczeń osobistych i rzeczowych na potrzeby obronne,
- 8) opracowanie i aktualizacja dokumentacji stałego dyżuru Dyrektora Podmiotu,
- 9) współpraca w opracowaniu dokumentacji Zastępczych Miejsc Szpitalnych z jednostkami organizacyjnymi odpowiedzialnymi za ich organizację,
- 10) opracowanie i aktualizacja dokumentacji punktu alarmowego Szpitala w systemie ostrzegania i alarmowania,
- 11) udział w szkoleniach, treningach, naradach organizowanych przez jednostki nadrzędne, opracowanie planów ewakuacji pacjentów i pracowników Podmiotu,
- 12) regularne prowadzenie szkoleń pracowników Szpitala z zakresu obronności i ewakuacji,

- 13) opracowanie sposobu postępowania i przeszkolenie pracowników na wypadek innych zdarzeń zagrażających bezpieczeństwu pracowników i pacjentów wykonywanie innych zadań wynikających z Ustawy o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej oraz Rozporządzeń Rady Ministrów wydanych na podstawie Ustawy a dotyczących realizacji spraw obronnych

§ 92.

Do zadań Audytora Wewnętrznego należy:

- 1) przygotowanie planu audytu wewnętrznego oraz sprawozdania z wykonania planu,
- 2) prowadzenie zadań audytowych zatwierdzonych w planie audytu wewnętrznego oraz innych zadań lub prac zleconych przez Dyrektora jeśli działania te nie prowadzą do konfliktu interesów, w szczególności nie mogą to być zadania lub uprawnienia, które wchodzą w zakres zarządzania jednostką,
- 3) przeprowadzanie audytu wewnętrznego zleconego zgodnie z założeniami przekazanymi przez Ministra Finansów,
- 4) ciągłe podnoszenie kwalifikacji zawodowych,
- 5) opracowanie programu zapewnienia jakości,
- 6) podejmowanie niezależnie od zadań zapewniających, także zadań doradczych,
- 7) informowanie Dyrektora o nowościach, kierunkach zmian i dobrych praktykach w zakresie audytu wewnętrznego,
- 8) przygotowywanie opinii czy propozycji rozwiązań organizacyjnych w odpowiedzi,
- 9) na wniosek Dyrektora lub z inicjatywy własnej uczestnictwo w spotkaniach i naradach,
- 10) stosowanie oraz dokonywanie aktualizacji zasad działania audytu wewnętrznego zapisanych w Karcie oraz Księdze Procedur Audytu Wewnętrznego,
- 11) dokumentowanie przebiegu i wyników zadania audytowego zgodnie z wymogami,
- 12) dokonanie corocznej oceny adekwatności, skuteczności i efektywności kontroli zarządczej w Podmiocie.

§ 93.

Do zadań Zespołu Radców Prawnych należy :

- 1) udzielanie opinii prawnych Dyrekcji oraz Koordynatorom poszczególnych komórek organizacyjnych,
- 2) udzielanie pracownikom Zakładu wskazówek oraz wyjaśnień w zakresie stosowania prawa,
- 3) opiniowanie projektów zarządzeń, umów, porozumień pod względem formalno – prawnym,
- 4) obsługa prawna poszczególnych Komisji działających na terenie Szpitala,
- 5) zastępstwo prawne i procesowe przed sądami powszechnymi, NSA i SN oraz innymi organami,

- 6) przygotowanie pozwów do Sądu i prowadzenie wszystkich spraw podlegających orzecznictwu sądów powszechnych i administracyjnych zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa,
- 7) prowadzenie spraw i współpraca z ubezpieczycielem w zakresie likwidacji szkód na osobie z wniosków pacjentów poszkodowanych w wyniku udzielanych im świadczeń medycznych,
- 8) prowadzenie spraw z powództwa cywilnego osób poszkodowanych w wyniku świadczonych usług medycznych przez personel Szpitala i poniesionych z tego tytułu szkód osobowych,
- 9) przygotowanie wniosków egzekucyjnych do Komorników Sądowych i prowadzenie postępowań egzekucyjnych,
- 10) przygotowywanie wniosków do Sądu Rejonowego w Nowym Sączu III Wydział Rodzinny i Nieletnich o zezwolenie na zabieg operacyjny i podjęcie leczenia u pacjentów nie zdolnych do wyrażenia świadomej zgody na zabieg i leczenie – na wniosek lekarzy,
- 11) prowadzenie spraw i współpraca z ubezpieczycielem związana z likwidacją szkód powstałych na terenie Szpitala, a nie związanymi ze zdarzeniami medycznymi,
- 12) uczestniczenie w rokowaniach i negocjacjach w sprawach związanych z działalnością Szpitala,
- 13) wykonywania innych czynności wynikających z *ustawy z dnia 6 lipca 1982r. o radcach prawnych (t.j. 2015 r. poz. 507 z późn. zm.)*.

§ 94.

Do zadań Rzecznika Prasowego należy:

- 1) reprezentowanie Podmiotu w mediach,
- 2) kształtowanie pozytywnego wizerunku Podmiotu
- 3) organizowanie i prowadzenie konferencji prasowych,
- 4) prowadzenie bieżącej analizy informacji medialnych związanych z działalnością Podmiotu.

§ 95.

Do zadań Administratora Bezpieczeństwa Informacji należy:

- 1) określanie środków technicznych i organizacyjnych zapewniających ochronę przetwarzanych danych osobowych odpowiednią do zagrożeń oraz kategorii danych objętych ochroną;
- 2) opracowywanie i aktualizacja wymaganych prawem dokumentów wewnętrznych: m. in. polityki bezpieczeństwa informacji oraz instrukcji zarządzania systemem informatycznym służącym do przetwarzania danych osobowych,
- 3) określanie uprawnień do dostępu, do informacji związanych z bezpieczeństwem danych osobowych;
- 4) przygotowywanie zgłoszeń rejestracyjnych do GIODO i aktualizacja już zarejestrowanych zbiorów danych;

- 5) wdrożenie zasad, które zostały określone w polityce bezpieczeństwa informacji oraz instrukcji zarządzania systemem informatycznym służącym do przetwarzania danych osobowych;
- 6) prowadzenie szkoleń dla pracowników z zakresu bezpieczeństwa informacji i ochrony danych osobowych,
- 7) prowadzenie korespondencji i uczestniczenie w przeprowadzanych kontrolach przez GODO;
- 8) podejmowanie współpracy z Koordynatorem zespołu ds. informatycznych i Administratorem Systemów Informatycznych w zakresie realizacji zadań wynikających z ustawy o ochronie danych osobowych
- 9) nadawanie upoważnień do przetwarzania danych osobowych oraz prowadzenie i aktualizowanie ewidencji osób upoważnionych;
- 10) nadzorowanie, pod kątem bezpieczeństwa, procesów, w których przetwarzane są dane osobowe;
- 11) prowadzenie kontroli wewnętrznych w zakresie prawidłowości i efektywności ochrony danych osobowych;
- 12) nadzorowanie napraw, likwidacji i obsługi technicznej systemów informatycznych służących do gromadzenia i przetwarzania danych osobowych
- 13) opiniowanie i nadzorowanie bezpieczeństwa przetwarzania danych osobowych nowo uruchamianych usług
- 14) wspieranie komórek organizacyjnych w zakresie właściwej ochrony danych osobowych
- 15) prowadzenie szkoleń wstępnych oraz okresowych z zakresu ochrony danych osobowych dla pracowników oraz osób, którym nadawane są upoważnienia
- 16) podejmowanie działań w przypadku naruszeń ochrony danych osobowych w Szpitalu, w tym przywracanie stanu prawidłowego, identyfikowanie przyczyn naruszenia obowiązujących zasad oraz osób odpowiedzialnych za naruszenie i przedstawianie wniosków Dyrektorowi,
- 17) określenie zasad nadawania uprawnień do przetwarzania danych osobowych praktykantom, stażystom i rezydentom oraz pracownikom firm zewnętrznych z uwzględnieniem zasad zdalnego łączenia się z systemem.

§ 96.

Do zadań Inspektora BHP należy:

- 1) przeprowadzanie kontroli warunków pracy oraz przestrzegania przepisów i zasad bezpieczeństwa i higieny pracy,
- 2) bieżące informowanie pracodawcy o stwierdzonych zagrożeniach zawodowych, wraz z wnioskami zmierzającymi do usuwania tych zagrożeń,
- 3) przedstawianie pracodawcy wniosków dotyczących zachowania wymagań ergonomii na stanowiskach pracy,
- 4) 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,

- 5) prowadzenie rejestrów, kompletowanie i przechowywanie dokumentów dotyczących wypadków przy pracy, stwierdzonych chorób zawodowych i podejrzeń o takie choroby, a także przechowywanie wyników badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy
- 6) doradztwo w zakresie przepisów oraz zasad bezpieczeństwa i higieny pracy,
- 7) udział w dokonywaniu oceny ryzyka zawodowego, które wiąże się z wykonywaną pracą,
- 8) współpraca z właściwymi komórkami organizacyjnymi lub osobami, w szczególności w zakresie organizowania i zapewnienia odpowiedniego poziomu szkoleń w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy oraz zapewnienia właściwej adaptacji zawodowej nowo zatrudnionych pracowników,
- 9) współpraca z laboratoriami upoważnionymi, zgodnie z odrębnymi przepisami, do dokonywania badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia lub warunków uciążliwych, występujących w środowisku pracy, w zakresie organizowania tych badań i pomiarów oraz sposobów ochrony pracowników przed tymi czynnikami lub warunkami,
- 10) współdziałanie z lekarzem sprawującym profilaktyczną opiekę zdrowotną nad pracownikami, a w szczególności przy organizowaniu okresowych badań lekarskich pracowników,
- 11) uczestniczenie w pracach, powołanej przez pracodawcę, komisji bezpieczeństwa i higieny pracy oraz w innych zakładowych komisjach zajmujących się problematyką bezpieczeństwa i higieny pracy, w tym zapobieganiem chorobom zawodowym i wypadkom przy pracy,

§ 97.

Do zadań Inspektora p/poż. należy:

- 1) Przedkładanie Dyrektorowi Podmiotu wniosków zmierzających do poprawy stanu ochrony przeciwpożarowej w obiektach administrowanych przez Podmiot;
- 2) Udział w pracach komisji i zespołów do których został powołany;
- 3) Udział w dochodzeniach pożarowych;
- 4) Bezpośredni udział w zapobieganiu pożarom poprzez :
 - a) kontrolowanie stanu zabezpieczania przeciwpożarowego;
 - b) wydawanie doraźnych zaleceń w przypadkach występujących niedociągnięć;
- 5) Prowadzenie szkolenia informacyjnego dla pracowników nowoprzyjętych;
- 6) Opracowywanie i aktualizacja planów ochrony przeciwpożarowej wszystkich obiektów administrowanych przez Podmiot;
- 7) Udział w pracach nad opracowywaniem planów dostosowywania obiektów do wymagań ochrony przeciwpożarowej;
- 8) Bieżące prowadzenie dokumentacji przeciwpożarowej Podmiotu;
- 9) Bezwzględne informowanie Dyrektora Podmiotu o wszelkiego rodzaju nieprawidłowościach i zakłóceniach w pracy;
- 10) Wnioskowanie do Dyrektora Podmiotu o ukaranie osób nie przestrzegających obowiązujących przepisów w zakresie ochrony przeciwpożarowej.

§ 98.

Do zadań Pielęgniarek Epidemiologicznych należy:

- 1) Monitorowanie i analizowanie zakażeń szpitalnych oraz stanu sanitarnego pomieszczeń Podmiotu;
- 2) Sporządzanie raportów epidemiologicznych,
- 3) Prowadzenie kontroli pomieszczeń komórek wykonujących działalność leczniczą mającej na celu ocenę stanu higienicznego i spełnienia procedur higienicznych;
- 4) Sprawowanie nadzoru nad pacjentami z zakażeniami szpitalnymi i pozaszpitalnymi w zakresie pielęgnacji oraz zasad i sposobu izolacji;
- 5) Doradztwo w postępowaniu pielęgnacyjnym z chorymi narażonymi szczególnie na zakażenia szpitalne;
- 6) Współdziałanie w opracowywaniu i sprawowaniu nadzoru nad wdrażaniem i przestrzeganiem standardów i zasad postępowania dla czynności dotyczących profilaktyki i kontroli zakażeń m.in. metod i technik pracy personelu, procesów dezynfekcji i sterylizacji, dezynsekcji i deratyzacji, systemu transportu wewnętrznego oraz sposobu zbierania i utylizacji odpadów;
- 7) Organizowanie regularnych szkoleń dla personelu w zakresie zapobiegania zakażeniom szpitalnym;
- 8) Podejmowanie współpracy z organami państwowej inspekcji sanitarnej.

§ 99.

Do zadań Sekretariatu medycznego należy zapewnienie obsługi administracyjno-biurowej oddziałom szpitalnym i komórkom równorzędnym, a w szczególności :

- 1) stosownie do posiadanych uprawnień:
 - a) wypisuje pod nadzorem lekarza karty informacyjne, zaświadczenia, skierowania na badania, zlecenia na transport chorych do innego podmiotu leczniczego lub miejsca zamieszkania oraz inne dokumenty związane z działalnością leczniczą oddziału,
 - b) sporządza odpisy dokumentacji medycznej oraz dokonuje wpisów do dokumentacji medycznej w uzgodnieniu z lekarzem,
 - c) prowadzi księgę chorych oddziału, listę oczekujących oraz inną wymaganą zbiorczą dokumentację medyczną,
 - d) przygotowuje i wprowadza dane do komputerowych baz danych i posługuje się tymi bazami,
- 2) prowadzenie sprawozdawczości oddziału tj. zestawień statystycznych, sprawozdań z ruchu chorych i innych w bezpośredniej współpracy z odpowiednimi komórkami,
- 3) gromadzenie, kompletowanie i porządkowanie historii chorób pacjentów oraz przekazywanie ich do archiwum szpitala zgodnie z obowiązującą Instrukcją Archiwalną,
- 4) prowadzenie korespondencji oddziału zgodnie z obowiązującą Instrukcją Kancelaryjną Szpitala,
- 5) prowadzenie zbioru przepisów prawnych oraz wewnątrzzakładowych aktów prawnych mających zastosowanie w działalności oddziału,
- 6) zapewnienie prawidłowego prowadzenia i obiegu dokumentacji w oddziale,
- 7) gromadzenie, porządkowanie i przechowywanie dokumentacji oddziału oraz

- przekazywanie ich do Archiwum.
- 8) czuwanie by eksponowane w oddziale informacje przeznaczone dla pacjentów i innych podmiotów korzystających z usług oddziału były kompletne i posiadały atrybut aktualności,
 - 9) pobieranie opłat za świadczenia zdrowotne inne niż finansowane ze środków publicznych,
 - 10) udzielanie informacji o świadczonych usługach oraz o warunkach formalnych i finansowych udzielanych świadczeń zdrowotnych,
 - 11) obsługa poczty elektronicznej.

§ 100.

Do zadań Inspektora ochrony radiologicznej należy:

- 1) sprawowanie nadzoru nad przestrzeganiem prowadzenia działalności według instrukcji pracy oraz nad prowadzeniem dokumentacji dotyczącej bezpieczeństwa jądrowego i ochrony radiologicznej, w tym dotyczącej pracowników i innych osób, przebywających w Podmiocie w warunkach narażenia, z wyjątkiem ochrony radiologicznej pacjentów poddanych terapii i diagnostyce z wykorzystaniem promieniowania jonizującego;
- 2) sprawowanie nadzoru nad spełnianiem warunków dopuszczających pracowników do zatrudnienia na danym stanowisku pracy, w tym dotyczących szkolenia pracowników na stanowisku pracy w zakresie bezpieczeństwa jądrowego i ochrony radiologicznej;
- 3) opracowanie programu pomiarów dozymetrycznych w środowisku pracy i pomiarów oraz ewidencji dawek indywidualnych i przedstawienie ich do zatwierdzenia Dyrektorowi Podmiotu;
- 4) informowanie pracowników o otrzymanych przez nich dawkach promieniowania jonizującego;
- 5) 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 Dyrektorowi Podmiotu;
- 6) dokonywanie wstępnej oceny narażenia pracowników na podstawie wyników pomiarów dawek indywidualnych lub pomiarów dozymetrycznych w środowisku pracy i przedstawianie jej Dyrektorowi Podmiotu;
- 7) ustalanie wyposażenia jednostki organizacyjnej w środki ochrony indywidualnej, aparaturę dozymetryczną i pomiarową oraz inne wyposażenie służące do ochrony pracowników przed promieniowaniem jonizującym, a także nadzór nad działaniem aparatury dozymetrycznej, sygnalizacji ostrzegawczej i prawidłowym oznakowaniem miejsc pracy ze źródłami promieniowania jonizującego;
- 8) sprawowanie nadzoru nad wykonywaniem podstawowych i specjalistycznych testów wewnętrznej kontroli parametrów aparatury rentgenowskiej, jeżeli nie wyznaczono do tego celu innej osoby;
- 9) sprawowanie nadzoru nad sprawnym działaniem aparatury do wykonywania testów wewnętrznej kontroli parametrów aparatury rentgenowskiej, jeżeli znajduje się na wyposażeniu Podmiotu i jeżeli nie wyznaczono do tego celu innej osoby;

- 10) współpraca z zakładowym inspektorem bezpieczeństwa i higieny pracy, osobami wdrażającymi program zapewnienia jakości, służbami przeciwpożarowymi i ochrony środowiska w zakresie ochrony przed promieniowaniem jonizującym;
- 11) wydawanie Dyrektorowi Podmiotu opinii w zakresie ochrony przed promieniowaniem jonizującym, stosownie do charakteru działalności i typu posiadanych uprawnień;
- 12) występowanie do Dyrektora Podmiotu z wnioskiem o wstrzymanie prac w warunkach narażenia, gdy są naruszone warunki zezwolenia lub wymagania bezpieczeństwa jądrowego i ochrony radiologicznej, oraz informowanie o tym organu, który wydał zezwolenie;
- 13) sprawowanie nadzoru nad postępowaniem wynikającym z zakładowego planu postępowania awaryjnego, jeżeli na terenie jednostki organizacyjnej zaistnieje zdarzenie radiacyjne;
- 14) sprawowanie nadzoru nad postępowaniem ze źródłami promieniotwórczymi, materiałami jądrowymi oraz odpadami promieniotwórczymi w sytuacji przekształcenia Podmiotu lub zakończenia przez niego działalności oraz informowanie organu, który wydał zezwolenie, o naruszeniu wymagań bezpieczeństwa jądrowego i ochrony radiologicznej w tym zakresie;
- 15) sprawdzanie kwalifikacji pracowników w zakresie ochrony radiologicznej i występowanie w tym zakresie z wnioskami do Dyrektora Podmiotu;
- 16) występowanie do Dyrektora Podmiotu z wnioskami o wprowadzenie zmian w instrukcjach pracy.

§ 101.

Do zadań Lekarza transfuzjologa należy:

- 1) pełnienie nadzoru nad leczeniem krwią w jednostkach lub komórkach organizacyjnych przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego;
- 2) planowanie zaopatrzenia podmiotu leczniczego w krew i jej składniki;
- 3) kierowanie bankiem krwi, jeżeli nie powierzono tej czynności kierownikowi pracowni serologii lub immunologii transfuzjologicznej;
- 4) zapewnienie przestrzegania standardowych procedur operacyjnych sporządzonych, w porozumieniu z jednostką organizacyjną publicznej służby krwi przez bank krwi, pracownię serologii lub inne jednostki lub komórki organizacyjne przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego;
- 5) organizowanie wewnętrznych szkoleń lekarzy i pielęgniarek (położnych) w dziedzinie leczenia krwią w podmiocie leczniczym;
- 6) niezwłoczne przekazywanie do centrum raportów o zdarzeniach związanych z przetoczeniem, a w szczególności błędach i wypadkach,
- 7) sporządzanie i przekazywanie do centrum rocznych sprawozdań z działalności podmiotu leczniczego w zakresie krwiolecznictwa, nie później niż do dnia 30 stycznia każdego roku, za rok poprzedni,
- 8) udział w szkoleniu w jednej z jednostek organizacyjnych publicznej służby krwi, nie rzadziej niż co 4 lata;
- 9) udział w kursach i seminariach organizowanych przez jednostki organizacyjne publicznej służby krwi.

§ 102.

Do zadań Koordynatora pobierania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów należy:

- 1) Koordynowanie pobrań narządów i wypełnianie zadań w zakresie rekrutacji zmarłych dawców i pobrania narządów,
- 2) Identyfikowanie i kwalifikacja medyczna zmarłych, potencjalnych dawców narządów,
- 3) Organizowanie i dokumentowanie pracy komisji orzekającej śmierć mózgu,
- 4) Autoryzowanie pobrania w tym rozmowa z rodziną zmarłego dawcy, pozyskiwanie opinii prokuratora w przypadkach, gdy jest to konieczne,
- 5) Opieka nad potencjalnym dawcą,
- 6) Koordynowanie pobrania wielonarządowego,
- 7) Pozyskiwanie i zabezpieczanie materiału do typowania tkankowego,
- 8) Podejmowanie współpracy z regionalnym koordynatorem transplantacyjnym oraz Poltransplantem,
- 9) Dokumentowanie pobrania narządów,
- 10) Organizowanie i prowadzenie szkoleń w zakresie pobierania i przeszczepiania narządów od osób zmarłych dla personelu szpitala,
- 11) Monitorowanie potencjału dawstwa w szpitalu oraz sporządzanie wymaganych sprawozdań i raportów.

§ 103.

Do zadań Centralnej Sterylizacji należy:

- 1) Przyjęcie materiału i prawidłowe przeprowadzenie procesu dekontaminacyjnego w automatycznej myjni;
- 2) Prawidłowe skompletowanie i zapakowanie narzędzi, zestawów chirurgicznych, materiału opatrunkowego i pakietów operacyjnych według obowiązujących procedur;
- 3) Przekazanie materiału sterylnego na Blok Operacyjny i poszczególne oddziały.

§ 104.

1. Do zadań Prosektorium należy:

- 1) należyte przygotowywanie zwłok poprzez ich umycie i okrycie, z zachowaniem godności należnej zmarłemu w celu ich wydania osobie lub instytucji uprawnionej do ich pochowania,
 - 2) przechowywanie zwłok,
 - 3) wykonywanie pozostałych czynności określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 10 kwietnia 2012 roku w sprawie sposobu postępowania podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne ze zwłokami pacjenta w przypadku śmierci pacjenta (Dz. U. poz. 420).
2. Czynności wskazane w ust. 1 nie stanowią przygotowania zwłok zmarłego pacjenta do pochowania.

§ 105.

Do wspólnych zadań administracji Podmiotu należy:

- 1) udzielanie instruktażu i opracowywanie wytycznych, procedur wewnętrznych, instrukcji oraz innych dokumentów normujących sposób postępowania w określonych sytuacjach zgodnie z zakresem realizowanych zadań,
- 2) terminowe i rzetelne sporządzanie sprawozdań stosownie do zakresu realizowanych zadań,
- 3) należyte dbanie o powierzone mienie a w uzasadnionych przypadkach sporządzanie stosownych wniosków o dokonanie kasacji,
- 4) przestrzeganie postanowień zawartych w Regulaminie pracy, instrukcjach i zarządzeniach Dyrektora, wewnątrzzakładowych procedurach, wytycznych, w tym z zakresu gospodarki finansowej a także w niniejszym Regulaminie,
- 5) współdziałanie z pozostałymi komórkami Podmiotu,
- 6) wykonywanie innych czynności zleconych przez Dyrektora Podmiotu lub jego Zastępców albo wynikających z powszechnie obowiązujących przepisów prawa,
- 7) bieżące aktualizowanie informacji publikowanych na oficjalnej stronie internetowej Szpitala oraz w Biuletynie Informacji Publicznej w zakresie zgodnym z podziałem zadań wynikającym z niniejszego Regulaminu.

§ 106.

Wszystkie komórki organizacyjne współdziałają ze sobą w celu zapewnienia sprawnego i efektywnego funkcjonowania Podmiotu pod względem diagnostyczno-lecznym, pielęgnacyjnym, rehabilitacyjnym oraz administracyjno-gospodarczym w zakresie:

- 1) jakości usług świadczonych pacjentom i klientom,
- 2) realizacji procesu diagnostyczno-terapeutycznego,
- 3) wykonywania badań diagnostycznych,
- 4) sprawozdawczości,
- 5) wymiany informacji i doświadczeń.

§ 107.

1. Komórki organizacyjne zobowiązane są do współdziałania w zakresie niezbędnym do zapewnienia koordynacji zadań.
2. W przypadku przygotowywania, uzgadniania lub opiniowania spraw wchodzących w zakres kompetencji kilku komórek, Dyrektor Podmiotu lub wyznaczona przez niego osoba wskazuje komórkę koordynującą, do której należy prowadzenie tej sprawy.
3. Komórki współpracujące w wyznaczonych terminach przygotowują i przekazują komórce koordynującej niezbędne materiały, informacje, ekspertyzy czy opinie niezbędne do opracowania materiału.
4. Informacje sporządzone przez komórki współpracujące, o których mowa w ust. 3 wymagają akceptacji osoby kierującej daną komórką.

§ 108.

1. Podmiot posiada funkcjonujący system obiegu informacji, który tworzą:
 - 1) Spotkania Dyrektora z kadrami kierowniczą oraz pracownikami różnych szczebli,
 - 2) Akty wewnętrzne, w tym zarządzenia i instrukcje przekazywane pracownikom do wiadomości i stosowania w zwyczajowo przyjęty sposób.
2. Organizowane spotkania mają na celu:
 - 1) Wzajemną wymianę informacji doskonalącą wspólnie podejmowane działania,
 - 2) Przygotowywanie bieżących wniosków do realizacji w zakresie organizacji i jakości pracy,
 - 3) Zapoznanie pracowników z wytycznymi podmiotu tworzącego oraz instytucji finansujących poszczególne zakresy działalności.
3. Kierujący komórkami organizacyjnymi zobowiązani są do zapoznania podległego personelu z informacjami powziętymi w trakcie spotkań, w których brali udział.

§ 109.

Spory kompetencyjne między statutowo umocowanymi komórkami organizacyjnymi lub stanowiskami rozstrzyga Dyrektor Podmiotu.

DZIAŁ VIII. – WARUNKI WSPÓŁDZIAŁANIA Z INNYMI PODMIOTAMI WYKONUJĄCYMI DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ W ZAKRESIE ZAPEWNIENIA PRAWIDŁOWOŚCI DIAGNOSTYKI, LECZENIA, PIELEGNACJI I REHABILITACJI PACJENTÓW ORAZ CIĄGŁOŚCI PRZEBIEGU PROCESU UDZIAŁANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

§ 110.

1. Podmiot zapewnia pacjentom pozostającym pod jego opieką dostęp do świadczeń zdrowotnych, których nie wykonuje, a które są niezbędne w procesie terapeutycznym.
2. Zakres i warunki dostępu do świadczeń, o których mowa w ust. 1 określają powszechnie obowiązujące przepisy prawa oraz postanowienia umów zawartych przez Podmiot z Narodowym Funduszem Zdrowia lub innymi dysponentami środków publicznych.

§ 111.

W celu zapewnienia pacjentom kompleksowej opieki zdrowotnej, każda komórka organizacyjna zobowiązana jest do współpracy z innymi podmiotami funkcjonującymi w ramach systemu ochrony zdrowia, w tym podmiotami leczniczymi posiadającymi wyższy poziom referencyjny.

§ 112.

1. Podmiot współpracuje z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą na podstawie zawartych umów o współpracy.
2. Umowa o współpracy reguluje warunki kierowania pacjentów, finansowania świadczeń i nadzoru nad jakością wykonanych usług.

§ 113.

Nadzór nad prawidłowością procesu udzielania świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez inne podmioty sprawują Z-ca Dyrektora ds. leczenia oraz Naczelna Pielęgniarka – każdy w zakresie posiadanych kompetencji.

§ 114.

W uzasadnionych medycznie przypadkach lekarz wydaje skierowania na badania diagnostyczne, konsultacje specjalistyczne lub leczenie szpitalne.

§ 115.

1. Lekarz specjalista udzielający świadczeń zdrowotnych w poradniach specjalistycznych, w odniesieniu do pacjentów objętych stałym leczeniem, informuje o przebiegu leczenia lekarza kierującego sprawującego podstawową opiekę zdrowotną nad pacjentem.
2. Informacja, o której mowa udzielana jest według zasad ustanowionych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

§ 116.

W razie potrzeby lekarz wydaje pacjentowi niezbędne zaświadczenia o stanie zdrowia, w tym także zaświadczenia o prawie do zasiłku chorobowego.

§ 117.

W przypadku okresowego i przemijającego braku możliwości udzielania świadczeń Podmiot zobowiązany jest do zapewnienia i sfinansowania we własnym zakresie ciągłości udzielania świadczeń przez innego wyznaczonego przez siebie świadczeniodawcę spełniającego kryteria ustalone przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

§ 118.

Czasowe zaprzestanie działalności w zakresie komórek organizacyjnych udzielających świadczeń w rodzaju świadczenia szpitalne wymaga zgody wojewody uzyskanej w trybie art. 34 ustawy.

DZIAŁ IX. – WYSOKOŚĆ OPŁATY ZA UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

§ 119.

1. Wysokość opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej ustala się w sposób określony w *art. 28 ust. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t. j. Dz. U. z 2012 r. poz. 159 z późn. zm.)*.
2. Wysokość opłaty, o której mowa w ust. 1 ustanawia się w formie **załącznika Nr 4** do niniejszego regulaminu.
3. Opłat nie pobiera się w przypadku udostępniania dokumentacji medycznej:

- 1) w związku z postępowaniem przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych,
- 2) sporządzonej na potrzeby diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego stanowiącej załącznik do karty diagnostyki i leczenia onkologicznego.

DZIAŁ X. – ORGANIACJA PROCESU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W PRZYPADKU POBIERANIA OPŁAT

§ 120.

Podmiot udziela świadczeń zdrowotnych odpłatnie poza systemem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego na podstawie:

- 1) ustnych umów zawieranych z pacjentami,
- 2) umów o świadczenie usług medycznych zawartych z podmiotami zewnętrznymi.

§ 121.

1. W sytuacjach, o których mowa w § 120. pkt 1 pracownik rejestracji komórki organizacyjnej świadczącej daną usługę pobiera opłatę w wysokości ustalonej w niniejszym Regulaminie stosownie do rodzaju udzielonego świadczenia.
2. W przypadku braku możliwości pobrania opłaty przez komórkę wykonującą usługę opłata może zostać dokonana w kasie Podmiotu.
3. Za świadczenia zdrowotne udzielone odpłatnie wystawia się dokument sprzedaży, w którym na wniosek pacjenta wyszczególnia się zrealizowane procedury diagnostyczne lub terapeutyczne.
4. O konieczności uiszczenia opłaty i jej wysokości pacjent informowany jest przez personel komórki organizacyjnej przed wykonaniem świadczenia.

§ 122.

Świadczenia zdrowotne realizowane na podstawie umów o świadczenie usług medycznych wykonywane są na zasadach określonych w tych umowach.

DZIAŁ XI. – WYSOKOŚĆ OPŁATY ZA PRZECHOWYWANIE ZWŁOK PACJENTA PRZEZ OKRES DŁUŻSZY NIŻ 72 GODZINY

§ 123.

1. Wysokość opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny od osób lub instytucji uprawnionych do pochowania zwłok na podstawie *ustawy z dnia 31 stycznia 1959 roku o cmentarzach i chowaniu zmarłych (t. j. Dz. U. z 2011 r. Nr 118, poz. 687 z późn. zm.)* oraz od podmiotów, na zlecenie których przechowuje się zwłoki w związku z toczącym się postępowaniem karnym określa **załącznik Nr 5** do niniejszego regulaminu.

2. Treść załącznika Nr 5 jest wyeksponowana w pomieszczeniach Prosektorium a także na stronie internetowej Podmiotu.

§ 124.

Za przechowywanie zwłok pacjenta zmarłego w szpitalu opłat nie pobiera się w okresie 72 godzin, licząc od godziny, w której nastąpiła śmierć pacjenta.

DZIAŁ XII. – WYSOKOŚĆ OPŁAT ZA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE, KTÓRE MOGĄ BYĆ, ZGODNIE Z PRZEPISAMI USTAWY LUB PRZEPISAMI ODRĘBNYMI, UDZIELANE ZA CZĘŚCIOWĄ ALBO CAŁKOWITĄ ODPLATNOŚCIĄ

§ 125.

1. Do sprzedaży świadczeń zdrowotnych wykonywanych w oddziałach, które mogą być, zgodnie z przepisami ustawy lub przepisami odrębnymi, udzielane za częściową lub całkowitą odpłatnością stosuje się aktualne ceny za świadczenia medyczne ustalone Zarządzeniem Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.
2. Wysokość opłat za pozostałe świadczenia zdrowotne, które mogą być, zgodnie z przepisami ustawy lub przepisami odrębnymi, udzielane za częściową lub całkowitą odpłatnością określa **załącznik Nr 6** do niniejszego Regulaminu.
3. Nie można różnicować opłat za udzielane świadczenia zdrowotne w zależności od obywatelstwa lub państwa zamieszkania pacjenta.

DZIAŁ XIII. – SPOSÓB KIEROWANIA JEDNOSTKAMI LUB KOMÓRKAMI ORGANIZACYJNYMI PRZEDSIĘBIORSTWA PODMIOTU.

§ 126.

Zarządzenie Podmiotem odbywa się według następujących zasad:

- 1) jedności dyrektyw tzn. wszystkie działania prowadzone są według jednego planu strategicznego,
- 2) jednoosobowego kierownictwa tzn. do Dyrektora Podmiotu należą wszystkie decyzje, a kierujący poszczególnymi jednostkami i komórkami organizacyjnymi mogą podejmować decyzje tylko w granicach posiadanych uprawnień wynikających z zakresów odpowiedzialności,
- 3) ciągłości kierownictwa tzn. ciągłość sprawowania funkcji kierowniczych zabezpieczana jest przez przekazanie – w przypadku osoby sprawującej funkcję kierownika – uprawnień wraz z odpowiedzialnością osobie zastępującej,
- 4) kompetencji rzeczowej – co oznacza, że:
 - a) ocena działalności Podmiotu i pracy Dyrektora jest dokonywana przez Zarząd Województwa Małopolskiego,
 - b) realizacja zadań przypisanych określonym jednostkom i komórkom organizacyjnym oraz samodzielnym stanowiskom pracy niniejszym Regulaminem a także innymi aktami

- wewnątrzszpitalnymi nadzorowana jest przez Dyrektora, który na bieżąco kontroluje ich prace, udziela wskazówek i wytycznych w zakresie metod pracy,
- c) wykonywanie obowiązków przypisanych poszczególnym pracownikom nadzorowane jest przez ich bezpośrednich przełożonych, uprawnionych i zobowiązanych do sprawowania bieżącej kontroli funkcjonalnej, udzielania im wskazówek i wytycznych w zakresie sposobu ich realizacji oraz udzielania w razie potrzeby stosownej pomocy.

§ 127.

Pracownicy zajmujący stanowiska kierownicze, niezależnie od obowiązków i uprawnień wynikających z przepisów ogólnych i przepisów odnoszących się do działalności Podmiotu, w tym wynikających z niniejszego Regulaminu oraz określonych zakresami czynności, obowiązani są:

- 1) dokonywać podziału pracy pomiędzy podległych pracowników oraz organizować ten podział w sposób zapewniający pełne wykorzystanie opłacanego czasu pracy i osiągnięcie przez podległych pracowników należytej jakości wykonywanej pracy,
- 2) kierować pracą podległych pracowników, organizować współpracę między nimi, kontrolować ich czynności,
- 3) wdrażać nowe osiągnięcia w zakresie techniki i organizacji pracy podległym pracownikom,
- 4) uczestniczyć we wszystkich celach i działaniach w ramach przyjętej i realizowanej w Podmiocie Polityki Zintegrowanego Systemu Zarządzania,
- 5) stosować wymagania systemu zarządzania jakością zawarte w dokumentacji systemowej,
- 6) przedstawiać w ustalonym trybie wnioski awansowe i inne odnoszące się do spraw dotyczących podległych pracowników,
- 7) wnioskować - w razie potrzeby – dokonanie zmian personalnych lub zastosowanie kar w stosunku do podległych pracowników, nie wykonujących lub wykonujących nienależycie obowiązki pracownicze,
- 8) dbać o przestrzeganie przez podległy personel zasad współżycia społecznego oraz właściwego stosunku do mienia Podmiotu,
- 9) zapewnić prawidłowy obieg dokumentów i informacji wewnątrz komórki oraz przestrzeganie Instrukcji Kancelaryjnej,
- 10) inicjować wydawanie odpowiednich wytycznych, zarządzeń lub instrukcji regulujących działalność Podmiotu w zakresie realizowanych zadań,
- 11) dbać o podnoszenie wiedzy fachowej przez podległy personel oraz udzielać pracownikom niezbędnego instruktażu,
- 12) stosownie do istniejących potrzeb podejmować współpracę z pozostałymi komórkami Podmiotu,
- 13) aktywnie uczestniczyć w pracach komisji lub zespołów, w których skład został powołany,
- 14) autoryzować wszystkie dokumenty o charakterze manipulacyjnym i przygotowawczym przedkładane przełożonym.

§ 128.

Wszyscy pracownicy, niezależnie od uprawnień i realizowanych zadań obowiązani są:

- 5) znać podstawowe akty normatywne określające zadania Szpitala, jego organizację oraz postanowienia regulaminu pracy,

- 6) znać zakres kompetencji, zadania, organizację pracy i powiązania funkcjonalne poszczególnych jednostek i komórek organizacyjnych,
- 7) znać Politykę Zintegrowanego Systemu Zarządzania przyjętą i realizowaną przez Podmiot,
- 8) współuczestniczyć w podejmowanych przez kierownictwo działaniach na rzecz uzyskania przez Podmiot akredytacji, o której mowa w *ustawie z dnia 6 listopada 2008 roku o akredytacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 418 z późn. zm)*,
- 9) rozwijać inicjatywę w kierunku doskonalenia form i metod pracy,
- 10) budować dobry wizerunek firmy,
- 11) służyć pomocą i radą innym pracownikom oraz udostępniać – z zachowaniem drogi służbowej – posiadane informacje i materiały potrzebne innym pracownikom dla wykonania przypisanych obowiązków,
- 12) aktywnie włączać się w zagadnienia wymagające równoczesnego zaangażowania się kilku jednostek lub komórek organizacyjnych,
- 13) sumiennie wykonywać zadania zlecone przez przełożonych,
- 14) przestrzegać tajemnicy służbowej, zawodowej i państwowej.

§ 129.

1. Oddziałami szpitalnymi kierują lekarze kierujący oddziałami lub ordynatorzy, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Za opiekę pielęgniarsko-położniczą w oddziałach szpitala odpowiadają pielęgniarki/położne oddziałowe podlegające służbowo i funkcjonalnie Naczelnej Pielęgniarce a w zakresie wykonywania czynności diagnostycznych i leczniczych – lekarzom kierującym oddziałami lub ordynatorom.
3. Za opiekę pielęgniarsko-położniczą w Zespole Poradni Specjalistycznych odpowiada Pielęgniarka koordynująca i nadzorująca pracę innych pielęgniarek.
4. Postanowienia ust. 1 i 2 stosuje się odpowiednio do Bloku Operacyjnego.

§ 130.

1. Zespołem Poradni Specjalistycznych kieruje kierownik.
2. Działem Diagnostyki Obrazowej kieruje koordynator.
3. Medycznym Laboratorium Diagnostycznym kieruje kierownik.

§ 131.

Apteką Szpitalną kieruje kierownik.

§ 132.

1. Działami w administracji kierują koordynatorzy, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Dyrektor Podmiotu może w dziale wyznaczyć więcej niż jednego koordynatora jeśli przemawia za tym zakres zadań wykonywanych w ramach tego działu.
3. W sytuacji, o której mowa w ust. 2 poszczególni koordynatorzy mają ściśle określony zakres rzeczowy, za który odpowiadają wraz z przypisanym do tego zakresu zespołem pracowników.

§ 133.

Każdy pracownik Podmiotu oraz inne osoby udzielające świadczeń zdrowotnych w jego imieniu noszą identyfikatory pozwalające ustalić ich personalia, status zawodowy, zajmowane stanowisko służbowe oraz komórkę organizacyjną, w której są zatrudnione.

DZIAŁ XIV. – PRZEPISY KOŃCOWE.

§ 134.

Na terenie administrowanym przez Podmiot obowiązuje zakaz palenia tytoniu oraz konsumpcji alkoholu i innych środków odurzających.

Wykaz załączników stanowiących integralną część Regulaminu:

Nr 1 – Wykaz miejsc udzielania świadczeń zdrowotnych

Nr 2 – Obowiązki pacjentów

Nr 3 – Zasady prowadzenia list oczekujących

Nr 4 – Wysokość opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej

Nr 5 – Wysokość opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta

Nr 6 – Wysokość opłat za pozostałe świadczenia zdrowotne, które mogą być, zgodnie z przepisami ustawy lub przepisami odrębnymi, udzielane za częściową lub całkowitą odpłatnością

SPIS TREŚCI:

Oznaczenie Działu/Rozdziału	Nazwa Działu/Rozdziału	Nr strony
DZIAŁ I.	FIRMA PODMIOTU	1
DZIAŁ II.	CELE I ZADANIA PODMIOTU	1
DZIAŁ III.	STRUKTURA ORGANIZACYJNA PRZEDSIĘBIORSTWA PODMIOTU	2
DZIAŁ IV.	RODZAJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ ORAZ ZAKRES UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH	5
DZIAŁ V.	MIEJSCE UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH	6
DZIAŁ VI.	PRZEBIEG PROCESU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH, Z ZAPEWNIENIEM WŁAŚCIWEJ DOSTĘPNOŚCI I JAKOŚCI TYCH ŚWIADCZEŃ W JEDNOSTKACH LUB KOMÓRKACH ORGANIZACYJNYCH PRZEDSIĘBIORSTWA PODMIOTU	7
ROZDZIAŁ 1	DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZA W RODZAJU SZPITALNE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE	7
ROZDZIAŁ 2	DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZA W RODZAJU AMBULATORYJNE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE	14
ROZDZIAŁ 3	LISTY OCZEKUJĄCYCH	17
DZIAŁ VII.	ORGANIZACJA I ZADANIA POSZCZEGÓLNYCH JEDNOSTEK LUB KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH PRZEDSIĘBIORSTWA PODMIOTU ORAZ WARUNKI WSPÓLDZIAŁANIA TYCH JEDNOSTEK LUB KOMÓREK DLA ZAPEWNIENIA SPRAWNEGO I EFEKTYWNEGO FUNKCJONOWANIA PODMIOTU POD WZGLĘDEM DIAGNOSTYCZNO-LECZNICZYM, PIELEGNACYJNYM, REHABILITACYJNYM ADMINISTRACYJNO-GOSPODARCZYM	18
DZIAŁ VIII.	WARUNKI WSPÓLDZIAŁANIA Z INNYMI PODMIOTAMI WYKONUJĄCYMI DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ W ZAKRESIE ZAPEWNIENIA PRAWIDŁOWOŚCI DIAGNOSTYKI, LECZENIA, PIELEGNACJI I REHABILITACJI PACJENTÓW ORAZ CIĄGŁOŚCI PRZEBIEGU PROCESU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH	49
DZIAŁ IX.	WYSOKOŚĆ OPŁATY ZA UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ	50
DZIAŁ X.	ORGANIZACJA PROCESU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W PRZYPADKU POBIERANIA OPŁAT	51
DZIAŁ XI.	WYSOKOŚĆ OPŁATY ZA PRZECHOWYWANIE ZWŁOK PACJENTA PRZEZ OKRES DŁUŻSZY NIŻ 72 GODZINY	51
DZIAŁ XII.	WYSOKOŚĆ OPŁAT ZA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE, KTÓRE MOGĄ BYĆ, ZGODNIE Z PRZEPISAMI USTAWY LUB PRZEPISAMI ODRĘBNYMI, UDZIELANE ZA CZĘŚCIOWĄ ALBO CAŁKOWITĄ ODPLATNOŚCIĄ	52
DZIAŁ XIII.	SPOSÓB KIEROWANIA JEDNOSTKAMI LUB KOMÓRKAMI ORGANIZACYJNYMI PRZEDSIĘBIORSTWA PODMIOTU	52
DZIAŁ XIV.	PRZEPISY KOŃCOWE	55

Treść niniejszego Regulaminu oraz każdego z załączników dostępna jest na oficjalnej stronie Szpitala <http://www.szpitalnowysacz.pl>