

Regulamin Organizacyjny

Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. Jana Mikulicza - Radeckiego we Wrocławiu

(tekst jednolity)



**UNIWERSYTECKI
SZPITAL KLINICZNY**
im. Jana Mikulicza-Radeckiego
WE WROCŁAWIU

Wrocław, dnia 1 czerwca 2017 r.

SPIS TREŚCI

ROZDZIAŁ I

Postanowienia ogólne

4

ROZDZIAŁ II

Cele i zadania Szpitala

8

ROZDZIAŁ III

Przebieg procesu udzielania świadczeń

10

ROZDZIAŁ IV

Warunki współdziałania z innymi podmiotami leczniczymi w zakresie zapewnienia ciągłości leczenia pacjentów

13

ROZDZIAŁ V

Rodzaj działalności leczniczej oraz zakresy udzielanych świadczeń zdrowotnych

15

ROZDZIAŁ VI

Porządek postępowania w ramach hospitalizacji

23

ROZDZIAŁ VII

Prawa i obowiązki pacjenta

30

ROZDZIAŁ VIII

Obowiązki Szpitala w razie śmierci pacjenta

36

ROZDZIAŁ IX

Depozyt rzeczy wartościowych

40

ROZDZIAŁ X

Dokumentacja medyczna

42

Regulamin Organizacyjny

ROZDZIAŁ XI

Zasady kierowania Szpitalem

47

ROZDZIAŁ XII

Zakres zadań pionu Dyrektora

52

ROZDZIAŁ XIII

Zakres zadań pionu Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa

60

ROZDZIAŁ XIV

Zakres zadań pionu Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa Otwartego

79

ROZDZIAŁ XV

Zakres zadań pionu Zastępcy Dyrektora ds. Pielęgniarstwa

89

ROZDZIAŁ XVI

Zakres zadań pionu Zastępcy Dyrektora ds. Sprzedaży

94

ROZDZIAŁ XVII

Zakres zadań pionu Zastępcy Dyrektora ds. Finansowych

99

ROZDZIAŁ XVIII

Zakres zadań pionu Zastępcy Dyrektora ds. Administracji i Logistyki

112

ROZDZIAŁ XIX

Wspólne uprawnienia, obowiązki i odpowiedzialność kierowników komórek organizacyjnych

126

ROZDZIAŁ XX

Postanowienia końcowe

129

ROZDZIAŁ I

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Zadania i funkcjonowanie Szpitala określają między innymi następujące przepisy prawne:

- 1) ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tj. Dz. U z 2016r., poz. 1638 z późn. zm.) i wydanych na jej podstawie aktów wykonawczych,
- 2) ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. Dz. U. z 2015 r. poz. 581 z późn. zm.) i wydanych na jej podstawie aktów wykonawczych,
- 3) ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tj. Dz. U. z 2015 r. poz. 464),
- 4) ustawa z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej (tj. Dz. U. z 2014 r. poz. 1435 z późn. zm.),
- 5) ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (tj. Dz. U. z 2013r., poz.757 z późn. zm.),
- 6) ustawa z dnia 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej (tj. Dz. U. z 2014r. poz. 1384 z późn. zm.),
- 7) ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (tj. Dz. U. z 2008 r. Nr 45 poz. 271 z późn. zm.),
- 8) ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tj. Dz. U. z 2012 r. poz.159 z późn. zm.),
- 9) ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (tj. Dz. U. z 2013r., poz. 947 z późn. zm.),
- 10) ustawa z dnia 21 listopada 1967 roku o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej (tj. Dz. U. z 2015 r., poz. 144 z późn. zm.),
- 11) ustawa z dnia 26 kwietnia 2007 r. o zarządzaniu kryzysowym (tj. Dz. U. z 2013 r. poz. 1166),
- 12) ustawa o z dnia 27 lipca 2005 roku Prawo o szkolnictwie wyższym (tj. Dz.U. z 2012 r. poz. 572 z późn. zm.),
- 13) ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz.U. z 2014 r., poz. 1182 z późn. zm.),

Regulamin Organizacyjny

- 14) ustawa z dnia 5 sierpnia 2010 r. o ochronie informacji niejawnych (Dz.U. z 2010 r., nr 182, poz. 1228 z późn. zm.),
 - 15) Statut Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu,
 - 16) Statut Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. Jana Mikulicza - Radeckiego we Wrocławiu.
2. Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu działa również w oparciu o umowy o przekazaniu środków publicznych na rzecz Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego, zawarte z podmiotami dysponującymi tymi środkami.

§ 2

Ilekoć w Regulaminie Organizacyjnym Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego jest mowa o:

1. **Szpitalu** - należy przez to rozumieć Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu.
2. **Dyrektorze Szpitala** - należy przez to rozumieć Dyrektora Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu.
3. **Zarządzie** - należy przez to rozumieć Dyrektora i jego Zastępców.
4. **Uczelni** – należy przez to rozumieć Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu.
5. **SOR** – należy przez to rozumieć Szpitalny Oddział Ratunkowy – Klinikę Medycyny Ratunkowej.
6. **Komórkach organizacyjnych** – należy przez to rozumieć oddziały, działy szpitalne, bloki operacyjne wraz z blokiem porodowym, Centralną Rejestrację Przyjęć Pacjentów, aptekę szpitalną, poradnie specjalistyczne i podstawowej opieki zdrowotnej, działy diagnostyczne, centralną sterylizację, samodzielne pracownie oraz działy zadań administracyjnych, ekonomicznych i technicznych.
7. **Kierowniku komórki organizacyjnej** – należy przez to rozumieć kierowników: klinik i /lub lekarzy kierujących oddziałem klinicznym, działów szpitalnych, bloków operacyjnych i bloku porodowego, apteki szpitalnej, uniwersyteckiej przychodni specjalistycznej, działów diagnostycznych, centralnej sterylizacji, samodzielnych pracowni oraz działów zadań administracyjnych, ekonomicznych i technicznych.
8. **Regulaminie** - regulamin organizacyjny.

Regulamin Organizacyjny

9. **Ustawie o świadczeniach** - ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. Dz. U. z 2015 r. poz. 581 z późn. zm.).

§ 3

Regulamin Szpitala określa w szczególności:

1. Nazwę podmiotu.
2. Cele i zadania podmiotu.
3. Strukturę organizacyjną zakładu leczniczego podmiotu.
4. Rodzaje działalności leczniczej oraz zakresy udzielanych świadczeń zdrowotnych.
5. Miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych.
6. Przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości tych świadczeń, w komórkach organizacyjnych zakładu leczniczego podmiotu.
7. Organizację i zadania poszczególnych komórek organizacyjnych Szpitala oraz warunki współdziałania tych komórek dla zapewnienia sprawnego i efektywnego funkcjonowania podmiotu pod względem diagnostyczno-leczniczym, pielęgnacyjnym, rehabilitacyjnym i administracyjno-gospodarczym.
8. Warunki współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji pacjentów oraz ciągłości przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych.
9. Wysokość opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej ustalonej w sposób określony w art. 28 ust. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
10. Organizację procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat.
11. 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 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (tj. Dz. U. z 2015 r. poz. 2126 z późn. zm.) oraz od podmiotów, na zlecenie których przechowuje się zwłoki w związku z toczącym się postępowaniem karnym.
12. Wysokość opłat za świadczenia zdrowotne, które mogą być, zgodnie z przepisami

Regulamin Organizacyjny

ustawy lub przepisami odrębnymi, udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością.

13. Sposób kierowania komórkami organizacyjnymi zakładu leczniczego podmiotu.

§ 4

Postanowienia Regulaminu dotyczą wszystkich pracowników Szpitala i pozostałych osób realizujących zadania w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych na podstawie innych tytułów prawnych, osób uczestniczących w kształceniu przed i podyplomowym realizowanym na terenie Szpitala oraz pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych w Szpitalu.

§ 5

Regulamin Organizacyjny ustala Dyrektor Szpitala po zaopiniowaniu przez Radę Społeczną Szpitala.

ROZDZIAŁ II
Cele i zadania Szpitala

§ 6

1. Szpital jest samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej.
2. Podmiotem tworzącym Szpitala jest Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu.
3. Siedzibą Szpitala jest: Wrocław 50-556, ul. Borowska 213.
4. Skrócona nazwa Szpitala brzmi: Uniwersytecki Szpital Kliniczny.
5. Obszarem działania Szpitala jest terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
6. Szpital wpisany jest do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Dolnośląskiego pod numerem 000000018589 oraz do Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem 0000136478.

§ 7

1. Podstawowym celem Szpitala jest wykonywanie działalności leczniczej w rodzaju leczenie szpitalne, udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej w formie ambulatoryjnej oraz profilaktyka i promocja zdrowia w powiązaniu z realizacją zadań dydaktycznych, naukowych i badawczych.
2. Świadczenia zdrowotne realizowane są w ramach dwóch zakładów leczniczych podmiotu leczniczego:
 - 1) Uniwersyteckiego Centrum Opieki Stacjonarnej,
 - 2) Uniwersyteckiego Centrum Opieki Ambulatoryjnej.
3. Szpital uczestniczy w przygotowaniu osób do wykonywania zawodu medycznego i kształceniu przed i podyplomowym osób wykonujących zawód medyczny. Szpital może uczestniczyć w realizacji zadań i programów zdrowotnych oraz projektów naukowo-badawczych zlecanych przez instytucje.

§ 8

1. Do zadań Szpitala należy w szczególności:

Regulamin Organizacyjny

- 1) udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w warunkach szpitalnych i ambulatoryjnych, w tym świadczeń wysokospecjalistycznych w ramach specjalności Szpitala,
 - 2) realizowanie zadań dydaktycznych, naukowych i badawczych w zakresie wynikającym z obowiązujących przepisów i zawartych umów,
 - 3) organizowanie, prowadzenie i uczestniczenie w kształceniu i przygotowaniu zawodowym,
 - 4) w ramach zadań naukowych, badawczych i doskonalenia metod leczenia, prowadzenie badań klinicznych i eksperymentów medycznych,
 - 5) prowadzenie działalności medycznej oraz wyodrębnionej działalności gospodarczej niemedycznej dla podmiotów zewnętrznych.
2. Szpital może podejmować współpracę z krajowymi i zagranicznymi instytucjami ochrony zdrowia, kształcenia i doskonalenia kadr medycznych oraz organizacjami międzynarodowymi realizującymi te zadania.
 3. Szpital może być członkiem instytucji i organizacji, o których mowa w ust. 2.

§ 9

1. Szpital może prowadzić wydzieloną działalność gospodarczą.
2. Prowadzenie wydzielonej działalności gospodarczej, o której mowa w ust. 1 nie może w szczególności ograniczać dostępności i poziomu świadczeń zdrowotnych, udzielanych osobom uprawnionym na podstawie obowiązujących przepisów.

ROZDZIAŁ III

Przebieg procesu udzielania świadczeń

§ 10

1. Szpital udziela świadczeń zdrowotnych każdej osobie, w stanie zagrożenia zdrowia lub życia, jeśli potrzebuje ona natychmiastowej pomocy ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia oraz w razie wypadku, zatrucia, urazu, porodu oraz stosowania przymusowej hospitalizacji na podstawie odrębnych przepisów.
2. Podstawą udzielania świadczeń zdrowotnych w Szpitalu w szczególności są umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej:
 - 1) finansowane ze środków publicznych,
 - 2) zawarte z jednostkami ochrony zdrowia i innymi podmiotami.
3. Szpital udziela świadczeń zdrowotnych w zakresie:
 - 1) opieki stacjonarnej ze szczególnym uwzględnieniem świadczeń wysokospecjalistycznych,
 - 2) ambulatoryjnej opieki specjalistycznej,
 - 3) podstawowej opieki zdrowotnej,
 - 4) medycyny ratunkowej,
 - 5) diagnostyki medycznej w tym diagnostyki laboratoryjnej i obrazowej,
 - 6) rehabilitacji, fizjoterapii i fizykoterapii,
 - 7) profilaktyki i promocji zdrowia,
 - 8) edukacji zdrowotnej.
4. Wszelkie zasady postępowania w zakresie obsługi pacjenta posiadającego kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego regulują odrębne wewnętrzne akty prawne.

§ 11

Pacjentom, którzy posiadają aktualne ubezpieczenie zdrowotne albo inny tytuł prawny, świadczenia zdrowotne udzielane są na zasadach określonych Ustawą o świadczeniach na podstawie skierowania od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, chyba że przepis szczególny stanowi inaczej.

§ 12

Regulamin Organizacyjny

- Osoby nie objęte ubezpieczeniem zdrowotnym, z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych Ustawą o świadczeniach, ponoszą odpłatność za udzielone im przez Szpital świadczenia zdrowotne według aktualnie obowiązującego cennika. Szpital każdorazowo wystawia rachunek za udzielone świadczenie zdrowotne.
- W przypadku braku wyceny udzielonego świadczenia medycznego w cenniku, wysokość opłat naliczana jest na podstawie karty kosztowej uwzględniającej koszty poniesione przez Szpital.
- Szpital zgodnie z posiadanymi możliwościami organizacyjnymi i finansowymi wynikającymi z zawartych umów na wykonywanie świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych osobom uprawnionym zgodnie z obowiązującymi przepisami, udziela świadczenia zdrowotne z zachowaniem przysługującego im pierwszeństwa.
- Gmina, właściwa ze względu na miejsce zamieszkania, a w przypadku niemożności ustalenia miejsca zamieszkania, właściwa ze względu na ostatnie miejsce pobytu pacjenta, pokrywa koszty transportu sanitarnego pacjenta małoletniego lub osoby niezdolnej do samodzielnej egzystencji do miejsca pobytu, jeżeli przedstawiciel ustawowy pacjenta albo osoba, na której w stosunku do pacjenta ciąży ustawowy obowiązek alimentacyjny, nie odbiera pacjenta w wyznaczonym terminie.
- Dyrektor lub osoba przez niego upoważniona niezwłocznie zawiadamia wójta (burmistrza, prezydenta) o okolicznościach, o których mowa w ust. 4 i organizuje transport sanitarny na koszt gminy określonej w tym przepisie.
- Gmina pokrywa koszty transportu sanitarnego, o którym mowa w ust. 4 na podstawie rachunku wystawionego przez Szpital.
- Pacjent, którego stan zdrowia nie wymaga dalszego udzielania stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub osoba, na której w stosunku do pacjenta ciąży ustawowy obowiązek alimentacyjny, ponoszą koszty pobytu pacjenta w Szpitalu, niezależnie od uprawnień do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych określonych w odrębnych przepisach. Wysokość kosztów pobytu jest ustalana dla oddziału (komórki organizacyjnej), na którym przebywa pacjent zgodnie z cennikiem.

§ 13

Regulamin Organizacyjny

1. Informacje o obowiązujących zasadach związanych z wysokością pobieranych przez Szpital opłat za:
 - a) udostępnianie dokumentacji medycznej;
 - b) za przechowywanie zwłok pacjenta;
 - c) za świadczenia zdrowotne, które mogą być, zgodnie z przepisami ustawy lub przepisami odrębnymi, udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością,
 - d) pobyt w Szpitalu pacjenta, którego stan zdrowia nie wymaga dalszego udzielania stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych są zawarte w cenniku Szpitala i podane do wiadomości przez ich umieszczenie na tablicach informacyjnych umieszczonych w widocznym miejscu, stronie internetowej Szpitala pod adresem www.usk.wroc.pl, w Biuletynie Informacji Publicznej Szpitala oraz w Dziale Sprzedaży.
2. Świadczenia, o których mowa w ust. 1 są ewidencjonowane w Dziale Statystyki i Dokumentacji Medycznej.

ROZDZIAŁ IV

**Warunki współdziałania z innymi podmiotami leczniczymi
w zakresie zapewnienia ciągłości leczenia pacjentów**

§ 14

1. Szpital współdziała z innymi podmiotami leczniczymi, w celu zapewnienia prawidłowej diagnostyki, leczenia pacjentów i ciągłości postępowania.
2. Szpital współdziała z innymi podmiotami leczniczymi poprzez:
 - 1) zawieranie umów w sprawie udzielania świadczeń zdrowotnych, których nie wykonuje się w Szpitalu, a które są konieczne do zapewnienia prawidłowego procesu leczenia,
 - 2) zapewnienie pacjentom Szpitala konsultacji specjalistów innych niż zatrudnieni w Szpitalu,
 - 3) udzielanie konsultacji medycznych przez Szpital na zlecenie innych podmiotów leczniczych.

§ 15

1. Kierownik komórki decyduje o udzieleniu medycznych konsultacji przez pracowników komórki innym medycznym komórkom Szpitala.
2. O udzieleniu medycznych konsultacji przez pracowników Szpitala innym podmiotom leczniczym decyduje Kierownik właściwej medycznej komórki, po uzyskaniu zgody Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.
3. Zasady i tryb udzielania konsultacji innym podmiotom leczniczym przez pracowników Szpitala regulują odrębne umowy lub porozumienia.

§ 16

1. Szpital organizuje transport pacjentów do innych podmiotów leczniczych
2. Szpital udostępnia wymaganą, niezbędną, dokumentację medyczną podmiotowi leczniczemu, do którego został przekazany pacjent i przekazuje ją zgodnie z obowiązującymi przepisami.
3. Pacjenci przy opuszczeniu Szpitala są wypisywani i otrzymują kartę informacyjną zgodną z przepisami w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

Regulamin Organizacyjny

4. Szpital w czasie przekazania pacjenta do innego podmiotu leczniczego zapewnia stałą opiekę wykwalifikowanego personelu lub zleca wykonanie tej usługi innym uprawnionym jednostkom.
5. Szczegółowy zakres zadań Szpitala w zakresie transportu jest uregulowany zarządzeniem Dyrektora Szpitala.

§ 17

1. W Szpitalu działają Rada Społeczna oraz Komitety, Zespoły i Komisje.
2. Szczegółowe zasady funkcjonowania Rady Społecznej reguluje Statut oraz Regulamin Rady Społecznej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego.
3. Szczegółowe zasady funkcjonowania Komitetów, Zespołów i Komisji reguluje Regulamin, który określa zasady pracy, skład osobowy oraz zadania poszczególnych Komitetów, Zespołów i Komisji wprowadzony zarządzeniem Dyrektora Szpitala.
4. W skład Szpitala wchodzi:
 - 1) komórki działalności medycznej,
 - 2) komórki działalności niemedycznej.

ROZDZIAŁ V

Rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych.

§ 18

Organizację Szpitala tworzą jednostki organizacyjne działalności leczniczej Szpitala, tj. Oddziały i Pododdziały oraz działalności dydaktyczno - naukowej Uniwersytetu Medycznego, tj. Kliniki. Szpital udziela świadczeń zdrowotnych realizowanych za pomocą dwóch zakładów leczniczych :

1. Uniwersyteckie Centrum Opieki Stacjonarnej:
 - 1) Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii:
 - a) Oddział Kliniczny Anestezjologii i Intensywnej Terapii,
 - b) Oddział Kliniczny Anestezjologii i Intensywnej Terapii Dziecięcej,
 - 2) Klinika Angiologii, Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii:
 - a) Oddział Kliniczny Angiologii,
 - b) Oddział Kliniczny Nadciśnienia Tętniczego,
 - c) Oddział Kliniczny Diabetologii.
 - 3) Klinika Chirurgii Małoinwazyjnej i Proktologicznej:
 - a) Oddział Kliniczny Chirurgii Małoinwazyjnej i Proktologicznej.
 - 4) Klinika Chirurgii Naczyniowej, Ogólnej i Transplantacyjnej:
 - a) Oddział Kliniczny Chirurgii Naczyniowej,
 - b) Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej,
 - c) Oddział Kliniczny Transplantologii,
 - d) Ponadregionalne Centrum Chirurgii Endowaskularnej.
 - 5) Klinika Chirurgii Ogólnej i Chirurgii Onkologicznej:
 - a) Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej,
 - b) Oddział Kliniczny Chirurgii Onkologicznej.
 - 6) Klinika Chirurgii Serca:
 - a) Oddział Kliniczny Kardiochirurgii,
 - b) Pododdział Torakochirurgii.
 - 7) Klinika Chirurgii Szcękowo-Twarzowej:
 - a) Oddział Kliniczny Chirurgii Szcękowo-Twarzowej.
 - 8) Klinika Chirurgii Urazowej i Chirurgii Ręki:
 - a) Oddział Kliniczny Chirurgii Urazowo Ortopedycznej,

Regulamin Organizacyjny

- b) Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej.
- 9) Klinika Chorób Wewnętrznych, Zawodowych, Nadciśnienia Tętniczego i Onkologii Klinicznej:
- a) Oddział Kliniczny Chorób Wewnętrznych i Zawodowych,
 - b) Oddział Kliniczny Nadciśnienia Tętniczego,
 - c) Pracownia Holterowska RR i EKG,
 - d) Pracownia Spirometryczna,
 - e) Oddział Onkologii Klinicznej z Dziennym Oddziałem Onkologii,
 - f) Pododdział Geriatrii.
- 10) Klinika Gastroenterologii i Hepatologii:
- a) Oddział Kliniczny Gastroenterologii,
 - b) Oddział Kliniczny Hepatologii,
 - c) Pracownia manometryczna, motoryki przewodu pokarmowego i pH-metrii,
 - d) Pracownia USG.
- 11) Klinika Ginekologii i Położnictwa:
- a) Oddział Kliniczny Ginekologiczno-Położniczy,
 - b) Dział Szybkiej Diagnostyki Endoskopowej,
 - c) Dział Szybkiej Diagnostyki Prenatalnej.
 - d) Blok porodowy z salami operacyjnymi.
- 12) Klinika Neonatologii:
- a) Oddział Kliniczny Intensywnej Terapii Noworodków,
 - b) Oddział Kliniczny Neonatologiczny,
 - c) Bank mleka kobiecego
- 13) Klinika Kardiologii:
- a) Oddział Kliniczny Kardiologiczny,
 - b) Pododdział Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego,
 - c) Pracownia Hemodynamiki,
 - d) Pracownia Badań Echokardiograficznych,
 - e) Pracownia EKG i Badań Czynnościowych,
 - f) Pracownia Elektrofizjologii i Elektrostymulacji Serca.
- 14) Klinika Nefrologii i Medycyny Transplantacyjnej:
- a) Oddział Kliniczny Nefrologiczny,
 - b) Oddział Kliniczny Transplantacji,

Regulamin Organizacyjny

- c) Stacja Dializ.
- 15) Klinika Nefrologii Pediatricznej:
- a) Oddział Kliniczny Nefrologii Pediatricznej,
 - b) Stacja Dializ Pediatriczna,
 - c) Pracownia Badań Urodynamicznych dla Dzieci.
- 16) Klinika Neurochirurgii:
- a) Oddział Kliniczny Neurochirurgiczny,
 - b) Pododdział Wzmoczonego Nadzoru Medycznego.
- 17) Klinika Neurologii:
- a) Oddział Kliniczny Neurologii,
 - b) Oddział Kliniczny Udarowy,
 - c) Pracownia neuroelektrofizjologii klinicznej,
 - d) Pracownia potencjałów wywołanych,
 - e) Pracownia badania płynu mózgowo-rdzeniowego,
 - f) Pracownia neuropsychologiczna.
- 18) Klinika Okulistyki:
- a) Oddział Kliniczny Okulistyczny,
 - b) Oddział Kliniczny Okulistyczny Dziecięcy,
 - c) Pracownia Angiografii Fluoresceinowej,
 - d) Pracownia Laseroterapii Okulistycznej.
- 19) Klinika Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu:
- a) Oddział Kliniczny Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej,
 - b) Pracownia Eksperymentalnej Komórkowej Regeneracji Tkanek.
- 20) Klinika Otolaryngologii, Chirurgii Głowy i Szyi:
- a) Oddział Kliniczny Otolaryngologiczny,
 - b) Pododdział Otolaryngologii Dziecięcej,
 - c) Ośrodek Wczesnej Diagnostyki Słuchu,
 - d) Pracownia Endoskopowa,
 - e) Pracownia Audiologiczna.
- 21) Klinika Reumatologii i Chorób Wewnętrznych:
- a) Oddział Kliniczny Reumatologii i Chorób Wewnętrznych.
- 22) Klinika Urologii i Onkologii Urologicznej:
- a) Oddział Kliniczny Urologii i Onkologii Urologicznej.

Regulamin Organizacyjny

- b) Pracownia Badań Urodynamicznych dla Dzieci
 - 23) Ponadregionalne Centrum Onkologii Dziecięcej – „Przyłądek Nadziei”
 - 1. Klinika Transplantacji Szpiku, Onkologii i Hematologii Dziecięcej
 - a) Oddział Kliniczny Pediatrii i Onkologii dla Dzieci,
 - b) Oddział Kliniczny Immunologii, Przeszczepiania Szpiku i Terapii Genowej,
 - c) Oddział Kliniczny Onkologii i Hematologii Dziecięcej z Pododdziałem Wzmoczonego Nadzoru,
 - d) Bank Komórek Krwiotwórczych,
 - e) Pracownia Cytogenetyki Kliniki Transplantacji Szpiku, Onkologii i Hematologii Dziecięcej.
 - 24) Szpitalny Oddział Ratunkowy – Klinika Medycyny Ratunkowej.
 - 25) Dział Bloków Operacyjnych.
 - a) Centralny Blok Operacyjny,
 - b) Blok Operacyjny Oddziału Okulistycznego,
 - c) Blok Operacyjny Oddziału Otolaryngologicznego,
 - d) Blok Operacyjny Chirurgii Szcękowo-Twarzowej,
 - e) Sala zabiegowa Oddziału Chirurgii Urazowej i Chirurgii Ręki.
 - 26) Apteka Szpitalna.
 - 27) Centrum Leczenia Urazów Wielonarządowych i Mnogich.
 - 28) Uniwersyteckie Centrum Transplantacji.
2. Uniwersyteckie Centrum Opieki AmbulATORYJNEJ:
- 1) Uniwersytecka Przychodnia Specjalistyczna:
 - a) Poradnia Przykliniczna Angiologiczna,
 - b) Poradnia Przykliniczna CADO/ADO,
 - c) Poradnia Przykliniczna Chirurgii Naczyniowej,
 - d) Poradnia Przykliniczna Chirurgii Ogólnej,
 - e) Poradnia Przykliniczna Chirurgii Onkologicznej,
 - f) Poradnia Przykliniczna Ginekologiczno – Położnicza,
 - g) Poradnia Przykliniczna Chirurgii Szcękowo-Twarzowej,
 - h) Poradnia Przykliniczna Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej,
 - i) Poradnia Przykliniczna Diabetologiczna,
 - j) Poradnia Endokrynologiczna,

Regulamin Organizacyjny

- k) Poradnia Hematologiczna,
- l) Poradnia Przykliniczna Kardiochirurgiczna,
- m) Poradnia Przykliniczna Kardiologiczna,
- n) Poradnia Przykliniczna Leczenia Bólu,
- o) Poradnia Przykliniczna Nefrologiczna,
- p) Poradnia Przykliniczna Nefrologiczna dla Dzieci,
- q) Poradnia Przykliniczna Neonatologiczna,
- r) Poradnia Przykliniczna Neurochirurgiczna,
- s) Poradnia Przykliniczna Neurologiczna,
- t) Poradnia Przykliniczna Okulistyczna,
- u) Poradnia Przykliniczna Okulistyczna dla Dzieci,
- v) Poradnia Onkologiczna,
- w) Poradnia Przykliniczna Osteoporozy,
- x) Poradnia Przykliniczna Otolaryngologiczna,
- y) Poradnia Przykliniczna Otolaryngologiczna Dziecięca,
- z) Poradnia Podstawowej Opieki Zdrowotnej:
 - i. Poradnia Internistyczna,
 - ii. Poradnia Pediatryczna,
 - iii. Punkt Szczepień,
 - iv. Gabinet Zabiegowy,
 - v. Poradnia Pielęgniarki i Położnej Środowiskowej,
- za) Poradnia Przykliniczna Proktologiczna,
- zb) Poradnia Przykliniczna Reumatologiczna,
- zc) Poradnia Seksuologiczna,
- zd) Poradnia Medycyny Pracy,
- ze) Poradnia Przykliniczna Transplantacji,
- zf) Poradnia Przykliniczna Urologiczna,
- zg) Poradnia Przykliniczna Chirurgii Transplantacyjnej,
- zh) Poradnia Przykliniczna Chirurgii Klatki Piersiowej,
- zi) Poradnia Przykliniczna Onkologiczna dla Dzieci,
- zj) Poradnia Przykliniczna Hematologiczna dla Dzieci,
- zk) Poradnia Przykliniczna Transplantologii dla Dzieci,
- zl) Poradnia Przykliniczna Skaz Krwotocznych u Dzieci,

Regulamin Organizacyjny

- zm) Pracownia EEG,
 - zn) Pracownia EMG,
 - zo) Pracownia EKG,
- 2) Uniwersyteckie Centrum Rehabilitacji:
- a) Dzienny Ośrodek Rehabilitacji,
 - b) Poradnia Rehabilitacyjna,
 - c) Dział Fizjoterapii.
- 3) Dział Diagnostyki Laboratoryjnej
- a) Laboratorium Analityczne z Pracownią Diagnostyki Hematologicznej i Transplantacyjnej Kliniki Transplantacji Szpiku, Onkologii i Hematologii Dziecięcej,
 - b) Laboratorium Mikrobiologiczne,
 - c) Pracownia Immunologii Transfuzjologicznej z Bankiem krwi,
 - d) Laboratorium Biologii Molekularnej z Pracownią Chimeryzmu i Biologii Molekularnej Kliniki Transplantologii Szpiku, Onkologii i Hematologii Dziecięcej,
 - e) Specjalistyczne Laboratorium Immunologiczne Kliniki Nefrologii i Medycyny Transplantacyjnej.
- 4) Dział Diagnostyki Endoskopowej:
- a) Pracownia Litotrypsji,
 - b) Pracownia Bronchoskopii,
 - c) Pracownia Endoskopii Przewodu Pokarmowego,
 - d) Pracownia Echoendoskopowa.
- 5) Zakład Radiologii Ogólnej, Zabiegowej i Neuroradiologii:
- a) Pracownia Tomografii Komputerowej,
 - b) Pracownia Rezonansu Magnetycznego,
 - c) Pracownia RTG,
 - d) Pracownia Mammografii,
 - e) Pracownia USG,
 - f) Pracownia Naczyniowa,
 - g) Pracownia EKG.
- 6) Zakład Patomorfologii i Cytologii Klinicznej.
- a) Pracownia Histopatologiczna,

Regulamin Organizacyjny

- b) Pracownia Immunologii i Biologii Molekularnej.
- 7) Centrum Leczenia Bólu i Medycyny Paliatywnej.
- 8) Centralna Rejestracja Przyjęć Pacjenta:
 - a) Rejestracja Przyjęć Planowych,
 - b) Rejestracja Pacjentów - SOR – Punkt Przyjęć Pacjenta,
 - c) Rejestracja Pacjentów - Ambulatorium,
 - d) Rejestracja Pacjentów – Call Center,
 - e) Rejestracja Pacjentów – Pracownie Diagnostyczne.
- 3. Szpital udziela świadczeń zdrowotnych w zakresach:
 - 1) opieki stacjonarnej ze szczególnym uwzględnieniem świadczeń wysokospecjalistycznych wykonywanych w zakresie: anestezjologii i intensywnej terapii, anestezjologii i intensywnej terapii dziecięcej, audiologii i foniatry, chirurgii klatki piersiowej, chirurgii ogólnej, chirurgii szczękowo – twarzowej, chirurgii onkologicznej, chirurgii przewodu pokarmowego, chirurgii ręki, chirurgii małoinwazyjnej i proktologicznej, chirurgii głowy i szyi, chirurgii transplantacyjnej, dializoterapii, dializoterapii dziecięcej, hepatologii, medycyny transplantacyjnej, chorób wewnętrznych, kardiologii, chorób zawodowych, medycyny ratunkowej, neonatologii, neurochirurgii, neurologii, okulistyki, okulistyki dziecięcej, onkologii klinicznej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, otolaryngologii, otolaryngologii dziecięcej, patomorfologii, pediatrii, onkologii i hematologii dziecięcej, immunologii, transplantacji szpiku i terapii genowej, bankowania komórek krwiotwórczych położnictwa i ginekologii, radiologii i diagnostyki obrazowej, rehabilitacji medycznej, urologii, angiologii, chirurgii naczyniowej, diabetologii, endokrynologii, gastroenterologii, ginekologii onkologicznej, hipertensjologii, kardiologii, nefrologii, nefrologii dziecięcej, neuropatologii, reumatologii, transfuzjologii klinicznej, transplantologii klinicznej, zdrowia publicznego, leczenia urazów wielonarządowych i mnogich w ramach Centrum Urazowego;
 - 2) specjalistycznej opieki ambulatoryjnej w zakresie: chirurgii klatki piersiowej, chirurgii ogólnej, chirurgii szczękowo – twarzowej, chorób wewnętrznych, kardiologii, medycyny pracy, medycyny rodzinnej, neonatologii, neurochirurgii, neurologii, okulistyki, okulistyki dziecięcej, onkologii klinicznej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, otolaryngologii, otolaryngologii dziecięcej, pediatrii, położnictwa i ginekologii, radiologii i diagnostyki obrazowej, rehabilitacji

Regulamin Organizacyjny

medycznej, urologii, urologii dziecięcej, angiologii, chirurgii naczyniowej, chirurgii onkologicznej, diabetologii, endokrynologii, gastroenterologii, ginekologii onkologicznej, hematologii, hipertensjologii, kardiologii, nefrologii, nefrologii dziecięcej, neuropatologii, reumatologii, seksuologii, transplantologii klinicznej, zdrowia publicznego, chemioterapii, chirurgii dla dzieci, chirurgii endokrynologicznej, chirurgii przewodu pokarmowego, chirurgii ręki, chirurgii transplantacyjnej, chirurgii wątroby, endokrynologii ginekologicznej, ginekologii dziewcząt, hepatologii, leczenia jaskry, leczenia niepłodności, neurologii dziecięcej, onkologii, onkologii i hematologii dziecięcej, transplantologii dla dzieci, leczenia skaz krwotocznych u dzieci, osteoporozy, patologii ciąży, planowania rodziny i rozrodczości, proktologii, leczenia bólu,

- 3) diagnostyki i zabiegów realizowanych przez zakłady i pracownie diagnostyczne i zabiegowe: audiometrii, elektroencefalografii, elektromiografii, elektronystagmografii, foniatrii, hemodynamiki, endoskopii przewodu pokarmowego, ginekologicznej, urologicznej, otolaryngologicznej, motoryki przewodu pokarmowego, rezonansu magnetycznego, tomografii komputerowej, ultrasonografii, bronchoskopii, spirometrii, polisomnografii, litotrypsji, wewnątrznacyniowych zabiegów naczyń serca, obwodowych i naczyń mózgu, radiologii i diagnostyki obrazowej, elektrofizjologii, elektrostymulacji serca, ultrasonografii, urodynamiki dorosłych i dzieci, angiografii fluoresceinowej, laseroterapii, elektrokardiografii i badań czynnościowych układu krążenia, badań EKG metodą Holtera, 24 - godzinne monitorowanie ciśnienia tętniczego;
- 4) rehabilitacji, fizjoterapii i fizykoterapii;
- 5) podstawowej opieki zdrowotnej.

ROZDZIAŁ VI

Porządek postępowania w ramach hospitalizacji

§ 19

Przyjęcie chorego do leczenia stacjonarnego może nastąpić w trybie:

1. planowanym,
2. nagłym,
3. w przypadku katastrof.

§ 20

Chory po przybyciu do Szpitala kierowany jest do Rejestracji Przyjęć Planowych albo Rejestracji Pacjentów - Szpitalnego Oddziału Ratunkowego.

§ 21

1. W przypadku planowego przyjęcia chorego do leczenia stacjonarnego o przyjęciu decyduje Kierownik komórki medycznej lub upoważnieni przez Kierownika lekarze z zespołu, a w przypadkach spornych Konsylium Medyczne (w skład konsylium wchodzi nie mniej niż trzech lekarzy specjalistów), powołane przez Zastępcę Dyrektora ds. Lecznictwa.
2. W przypadkach przyjęcia chorego w trybie nagłym, lekarz SOR po ustaleniu stanu pacjenta i rodzaju schorzenia, decyduje o:
 - a) kwalifikacji pacjenta do leczenia stacjonarnego i kieruje do właściwego oddziału szpitalnego, po porozumieniu z jego lekarzem kierującym lub lekarzem dyżurnym,
 - b) braku podstaw do leczenia stacjonarnego,
 - c) przekazaniu pacjenta do innego podmiotu leczniczego w porozumieniu z lekarzem kierującym lub lekarzem dyżurnym innego podmiotu leczniczego, w sytuacji gdy umieszczenie pacjenta w Szpitalu nie jest możliwe z powodu: braku miejsca, niewystarczającego zakresu świadczeń udzielanych przez Szpital, względów epidemiologicznych. Przed przekazaniem lekarz SOR zobowiązany jest do udzielenia niezbędnej pomocy pacjentowi i określenia sposobu wykonania transportu pacjenta,
 - d) po uzyskaniu zgody pacjenta w porozumieniu z lekarzem kierującym lub lekarzem dyżurnym innego podmiotu leczniczego, przekazuje pacjenta do innego podmiotu leczniczego. Przed przekazaniem lekarz zobowiązany jest do udzielenia niezbędnej

Regulamin Organizacyjny

pomocy pacjentowi i określenia sposobu wykonania transportu pacjenta.

3. W przypadku katastrof lub innego zdarzenia o charakterze masowym obowiązuje tryb przyjęć oparty o zasadę segregacji ofiar katastrofy, w zależności od oceny stanu zdrowia. SOR odpowiada za przygotowanie do przyjęcia ofiar katastrof, to jest za powiadomienie lekarzy dyżurnych specjalności niezbędnych do diagnostyki i wdrożenia leczenia chorych, przygotowanie leków, zestawów narzędzi i sprzętu niezbędnego do udzielenia pomocy medycznej w stanie zagrożenia życia, powiadomienie personelu bloku operacyjnego o konieczności przygotowania sal operacyjnych.
4. Czynności te podejmuje do chwili przybycia Dyrektora lub Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa lekarz dyżurny SOR wraz z lekarzem inspekcyjnym Szpitala, zgodnie z obowiązującym Planem Zarządzania Kryzysowego.

§ 22

1. Badanie i kwalifikowanie chorego do leczenia stacjonarnego w trybie planowym następuje według zasad:
 - 1) pacjent zgłaszający się do leczenia szpitalnego ma przedstawić skierowanie wystawione przez lekarza,
 - 2) przyjęcie do Szpitala następuje po uzyskaniu pisemnej zgody pacjenta w trybie określonym w § 29 Regulaminu,
 - 3) lekarz upoważniony przez Kierownika komórki medycznej bada chorego i podejmuje decyzję o przyjęciu pacjenta następnie kieruje go do Rejestracji Przyjęć Planowych. Jeżeli mimo stwierdzenia zasadności umieszczenie pacjenta w Szpitalu, nie jest to możliwe z powodu: braku miejsca, niewystarczającego zakresu świadczeń udzielanych przez Szpital, wyczerpania limitów świadczeń określonych przez płatnika w ramach ustawy o świadczeniach, względów epidemiologicznych - lekarz pisemnie odmawia przyjęcia pacjenta, podając przyczynę odmowy i nowy termin planowanego przyjęcia.
 - 4) w Rejestracji Przyjęć Planowych:
 - a) następuje weryfikacja uprawnień pacjenta do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. W razie rozbieżności informacji, co do posiadania uprawnień do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, od pacjenta odbiera się oświadczenie co do jego

Regulamin Organizacyjny

- uprawnień wraz z pouczeniem o skutkach prawnych złożenia takiego oświadczenia,
- b) pacjenta należy w sposób wyraźny i na piśmie poinformować o działalności dydaktycznej Szpitala i związanej z tym możliwej obecności osób trzecich (studentów, stażystów, doktorantów). W przypadku sprzeciwu pacjenta na obecność ww. osób, jest to jednoznaczne z rezygnacją pacjenta ze świadczeń zdrowotnych w Szpitalu,
 - c) pacjenta należy w sposób wyraźny i na piśmie poinformować o wyposażeniu niektórych pomieszczeń i terenu Szpitala w system monitoringu wizyjnego,
 - d) pacjenta należy w sposób wyraźny i na piśmie poinformować co do jego prawa wyrażenia zgody na udostępnianie dokumentacji medycznej lub danych tam zawartych na potrzeby działalności naukowej i/lub dydaktycznej
 - e) zakładana jest historia choroby zgodnie z obowiązującą w Szpitalu procedurą,
 - f) pacjentowi zakładana jest opaska identyfikacyjna,
 - g) pacjent udaje się do depozytu ubraniowego, w celu pozostawienia tam za pokwitowaniem: odzieży, obuwia i innych rzeczy osobistych,
 - h) po przebraniu w odzież szpitalną udaje się na właściwy oddział, gdzie przedkłada w Punkcie pielęgniarskim historię choroby,
 - i) personel pielęgniarski potwierdza przyjęcie pacjenta w systemie informatycznym Szpitala,
 - j) personel pielęgniarski informuje pacjenta o możliwości oddania do depozytu przedmiotów wartościowych zgodnie z obowiązującą w Szpitalu procedurą.

§ 23

1. Pacjentom kwalifikowanym do leczenia stacjonarnego w trybie nagłym świadczeń udziela SOR zgodnie z Regulaminem SOR.
2. W sytuacji zagrożenia życia chorego do obowiązków lekarza dyżurnego SOR wraz z zespołem należy, w zależności od potrzeb:
 - 1) powiadomienie lekarza anestezjologa i pielęgniarki anestezjologicznej,
 - 2) podjęcie niezbędnych czynności diagnostyczno-terapeutycznych z zakresu medycyny ratunkowej.
3. Po zaopatrzeniu medycznym pacjenta w SOR, na zlecenie lekarza SOR

Regulamin Organizacyjny

w uzgodnieniu z lekarzem kierującym oddziałem lub lekarzem dyżurnym oddziału, pacjent przewożony jest do wskazanego oddziału. W razie rozbieżności co do kwalifikacji pacjenta decyzję o oddziale, na którym ma być kontynuowane leczenie pacjenta podejmuje Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa, a podczas jego nieobecności Lekarz Inspekcyjny Szpitala.

4. W przypadku pacjenta, u którego wystąpiło zagrożenie życia, lekarz SOR za zgodą pacjenta powiadamia osobę wskazaną przez pacjenta, a w razie braku możliwości (nieskuteczności) jej powiadomienia albo braku możliwości uzyskania zgody od pacjenta, jednostkę policji właściwą dla miejsca zamieszkania pacjenta.
5. W przypadku pacjenta, u którego wystąpiły obrażenia wskazujące na możliwość popełnienia przestępstwa przeciwko życiu lub zdrowiu, lekarz SOR powiadamia jednostkę policji właściwą dla Szpitala.
6. Lekarz SOR powiadamia pisemnie Zastępcę Dyrektora ds. Lecznictwa, a podczas jego nieobecności Lekarza Inspekcyjnego Szpitala o zdiagnozowaniu u pacjenta choroby podlegającej zgłoszeniu do Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej.
7. W przypadku nagłego porodu, lekarz dyżurny SOR przekazuje rodzącą bezpośrednio na Salę Porodową.
8. W przypadku pacjenta, którego tożsamości nie można ustalić albo potwierdzić na podstawie dokumentów stwierdzających tożsamość lekarz SOR zawiadamia Komisariat Policji Wrocław - Krzyki o fakcie przyjęcia pacjenta. Zawiadomienia należy dokonać w okresie do 8 godzin od przyjęcia.

Lekarz SOR informację o tym zdarzeniu dołącza do dokumentacji medycznej opisując przyczynę braku możliwości ustalenia tożsamości i odnotowuje w dokumentacji medycznej przyjęcie pacjenta o nieznanym nazwisku i pochodzeniu.

9. W przypadku pacjenta małoletniego, z którego przedstawicielem ustawowym albo opiekunem faktycznym nie można się skontaktować, lekarz SOR zawiadamia Komisariat Policji Wrocław - Krzyki o fakcie przyjęcia pacjenta małoletniego. Zawiadomienia należy dokonać w okresie do 4 godzin od przyjęcia.

Lekarz SOR informację o tym zdarzeniu dołącza do dokumentacji medycznej opisując przyczynę braku możliwości kontaktu i odnotowuje w dokumentacji medycznej przyjęcie pacjenta małoletniego.

10. W przypadku stwierdzenia przez lekarza SOR braku wskazań do leczenia szpitalnego, pacjentowi udzielane jest świadczenie zdrowotne udokumentowane

Regulamin Organizacyjny

w Księdze Odmów Przyjęć i Porad Ambulatoryjnych i wydawana jest informacja dla pacjenta, o przyczynie odmowy i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.

§ 24

1. Szpital jest zobowiązany do prowadzenia listy oczekujących zgodnie z Ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i właściwymi przepisami wykonawczymi.
2. Lista oczekujących na udzielenie świadczenia stanowi integralną część dokumentacji medycznej prowadzonej przez Szpital.
3. Listę oczekujących prowadzi się w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz zgodnie z kryteriami medycznymi określonymi w odrębnych przepisach.
4. Kierownik komórki medycznej ustala kolejność przyjęć, zapewnia prawidłowe prowadzenie list oczekujących i informuje pisemnie pacjenta o terminie udzielenia świadczenia oraz uzasadnia przyczyny tego terminu. Kierownik komórki może wyznaczyć osoby odpowiedzialne za realizację tych zadań.
5. W razie zmiany stanu zdrowia pacjenta, wskazującej na potrzebę wcześniejszego niż w ustalonym terminie udzielenia świadczenia, pacjent informuje o tym Kierownika komórki lub osobę przez niego wyznaczoną, która jeżeli wynika to z kryteriów medycznych, może zmienić termin udzielenia świadczenia i informuje niezwłocznie pacjenta o nowym terminie.
6. W razie wystąpienia okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili ustalania terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, a które uniemożliwiają zachowanie terminu wynikającego z listy oczekujących, Kierownik komórki informuje pacjenta w każdy dostępny sposób, o zmianie terminu wynikającego ze zmiany kolejności udzielenia świadczenia i jej przyczynie. Przepis ten dotyczy również przypadku zmiany terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej na wcześniejszy.
7. W przypadku, gdy pacjent nie może stawić się w Szpitalu w określonym terminie lub gdy zrezygnował ze świadczenia opieki zdrowotnej, jest on obowiązany niezwłocznie powiadomić o tym Kierownika komórki medycznej.
8. Listy oczekujących na udzielenie świadczenia podlegają okresowej, co najmniej raz

Regulamin Organizacyjny

- w miesiącu, ocenie Zespołu oceny przyjęć powołanego przez Dyrektora Szpitala.
9. W celu otrzymania jednego świadczenia opieki zdrowotnej na podstawie skierowania pacjent może wpisać się na jedną listę oczekujących u jednego świadczeniodawcy.
 10. Szpital prowadzi listy oczekujących na świadczenia wysokospecjalistyczne zgodnie z zasadami, o których mowa w pkt. 5-9.
 11. Szpital przekazuje co miesiąc oddziałowi wojewódzkiemu Narodowego Funduszu Zdrowia, właściwemu ze względu na miejsce udzielania świadczenia, informację o liczbie oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej i średnim czasie oczekiwania.
 12. Kierownik komórki medycznej lub wyznaczona przez niego osoba, wpisuje datę i przyczynę skreślenia pacjenta z prowadzonej listy oczekujących na udzielenie świadczenia.

§ 25

Wypisanie pacjenta hospitalizowanego ze Szpitala następuje:

1. gdy stan zdrowia nie wymaga dalszego leczenia stacjonarnego,
2. na żądanie pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego,
3. gdy wymaga przekazania do innego podmiotu leczniczego,
4. gdy pacjent przebywający w Szpitalu w sposób rażący narusza Regulamin Organizacyjny oraz Regulamin Przebywania Pacjenta w Szpitalu, 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.

§ 26

1. O wypisanie ze Szpitala na własne żądanie może wystąpić:
 - 1) osoba pełnoletnia, z wyłączeniem sytuacji gdy na skutek ubezwłasnowolnienia częściowego lub całkowitego nie jest wymagana jej zgoda na leczenie,
 - 2) przedstawiciel ustawowy małoletniego, z wyłączeniem sytuacji gdy żądaniu wypisania sprzeciwia się drugi przedstawiciel ustawowy, który nie został pozbawiony władzy rodzicielskiej,
 - 3) ustanowiony przez sąd opiekun prawny małoletniego lub opiekun prawny, kurator osoby pełnoletniej.

Regulamin Organizacyjny

2. Osoby wymienione w ust.1 występujące o wypisanie ze Szpitala na własne żądanie, są informowane przez lekarza o możliwych następstwach zaprzestania leczenia w Szpitalu. Osoby te składają pisemne oświadczenie o wypisaniu ze Szpitala na własne żądanie. W przypadku odmowy złożenia takiego oświadczenia lekarz sporządza adnotację w dokumentacji medycznej.
3. Kierownik komórki medycznej może odmówić przedstawicielowi ustawowemu, opiekunowi prawnemu, kuratorowi wypisu chorego, którego stan zdrowia wymaga dalszego leczenia szpitalnego. W takim przypadku należy bezzwłocznie zawiadomić o odmowie wypisania i przyczynach tej odmowy właściwy dla miejsca zamieszkania pacjenta sąd opiekuńczy, a w sytuacji gdy nie można ustalić miejsca zamieszkania pacjenta sąd opiekuńczy właściwy miejscowo dla Szpitala. Do czasu wydania w tej sprawie orzeczenia sądu opiekuńczego albo zakończenia leczenia stacjonarnego pacjent pozostaje w Szpitalu.
4. W przypadku samowolnego oddalenia się pacjenta z oddziału/Szpitala, jeśli pacjent oddalił się nie informując personelu o swoim zamiarze, a także w sytuacji kiedy pacjent oddalił się za wiedzą personelu, a rzeczywisty powrót pacjenta opóźnia się, lekarz prowadzący lub lekarz dyżurny sporządza adnotację w dokumentacji medycznej, powiadamia Lokalne Centrum Nadzoru w Szpitalu oraz Policję.

§ 27

1. Pacjent, którego stan zdrowia nie wymaga dalszego leczenia szpitalnego, ponosi koszty dalszego pobytu w Szpitalu, gdy odmawia opuszczenia Szpitala. Rachunek za czas pobytu wystawia Dział Sprzedaży na wniosek Kierownika komórki medycznej lub osoby przez niego upoważnionej, niezależnie od uprawnień do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych określonych w odrębnych przepisach. Powyższe koszty wraz z pacjentem ponosi osoba, na której w stosunku do pacjenta ciąży obowiązek alimentacyjny.
2. Jeżeli przedstawiciel ustawowy, kurator lub opiekun prawny nie odbiera małoletniego lub osoby niezdolnej do samodzielnej egzystencji ze Szpitala, Kierownik komórki medycznej zawiadamia o tym niezwłocznie organ gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania lub pobytu tej osoby oraz organizuje na koszt gminy przewiezienie do miejsca zamieszkania pacjenta. Dyrektor Szpitala jest uprawniony do zawiadomienia właściwego sądu opiekuńczego o tym fakcie.

ROZDZIAŁ VII

Prawa i obowiązki pacjenta

§ 28

1. Postanowienia Regulaminu nie mogą naruszać praw pacjenta wynikających z przepisów ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz przepisów odrębnych.
2. Szczegółowe zapisy zawarte są w prawach pacjenta dostępnych w każdej komórce medycznej Szpitala.
3. W Szpitalu wszelkie sprawy związane z przestrzeganiem praw pacjenta rozpatruje Pełnomocnik Dyrektora ds. Pacjenta. Szczegółowy zakres zadań oraz godziny przyjęć pacjentów dostępne są w każdej komórce medycznej Szpitala.

§ 29

1. Pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych w zakresie wynikającym z ustawy o świadczeniach zdrowotnych, w szczególności do:
 - 1) badań i porad lekarskich,
 - 2) badań diagnostycznych,
 - 3) leczenia ambulatoryjnego i szpitalnego.
2. Pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom wiedzy medycznej i normom etycznym, a w sytuacji ograniczonych możliwości udzielania odpowiednich świadczeń – do korzystania z rzetelnej, opartej na kryteriach medycznych procedury ustalającej kolejność dostępu do tych świadczeń.
3. Pacjent ma prawo zgodnie z ustawą o zawodach lekarza i lekarza dentystry do uzyskania od lekarza na każdym etapie udzielanych świadczeń zdrowotnych informacji o swoim stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu.
4. Pacjent ma prawo do natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia.
5. W przypadku porodu pacjentka ma prawo do uzyskania świadczeń zdrowotnych związanych z porodem.

Regulamin Organizacyjny

6. Pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym. Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych osoby wykonujące zawód medyczny kierują się zasadami etyki zawodowej określonymi przez właściwe samorządy zawodów medycznych.
7. Pacjent ma prawo do informacji o swoim stanie zdrowia.
 - a) Pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, lub jego przedstawiciel ustawowy mają prawo do uzyskania od osoby wykonującej zawód medyczny przystępnej informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu, w zakresie udzielanych przez tę osobę świadczeń zdrowotnych oraz zgodnie z posiadanymi przez nią uprawnieniami.
 - b) Pacjent lub jego ustawowy przedstawiciel mają prawo do wyrażenia zgody na udzielenie informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu innym osobom.
 - c) Pacjent ma prawo żądać, aby osoba wykonująca zawód medyczny nie udzielała mu informacji, o której mowa w ppkt. a).
 - d) Po uzyskaniu informacji, o której mowa w ppkt. a), pacjent ma prawo przedstawić osobie wykonującej zawód medyczny swoje zdanie w tym zakresie.
 - e) Pacjent małoletni, który nie ukończył 16 lat, ma prawo do uzyskania od osoby wykonującej zawód medyczny informacji, o której mowa w ppkt.a), w zakresie i formie potrzebnej do prawidłowego przebiegu procesu diagnostycznego lub terapeutycznego.
 - f) Pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, lub jego ustawowy przedstawiciel mają prawo do uzyskania od pielęgniarki, położnej przystępnej informacji o jego pielęgnacji i zabiegach pielęgniarstwie.
 - g) Pacjent ma prawo do informacji o prawach pacjenta, uwzględniającej ograniczenia tych praw określone w przepisach. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia tę informację w formie pisemnej, poprzez umieszczenie

Regulamin Organizacyjny

jej w swoim lokalu, w miejscu ogólnodostępnym. W przypadku pacjenta niemogącego się poruszać informację, udostępnia się w sposób umożliwiający zapoznanie się z nią w pomieszczeniu, w którym pacjent przebywa.

8. Pacjent ma prawo do zachowania w tajemnicy przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym udzielające mu świadczeń zdrowotnych, informacji z nim związanych, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu medycznego. W celu realizacji prawa, o którym mowa, osoby wykonujące zawód medyczny są obowiązane zachować w tajemnicy informacje związane z pacjentem, w szczególności ze stanem zdrowia pacjenta. Przepisu nie stosuje się, w przypadku gdy:
- tak stanowią przepisy odrębnych ustaw,
 - zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób,
 - pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraża zgodę na ujawnienie tajemnicy,
 - zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych innym osobom wykonującym zawód medyczny, uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń.
9. Pacjent ma prawo do wyrażenia zgody lub sprzeciwu na udzielanie świadczeń zdrowotnych po uzyskaniu informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu.
- a) Pacjent małoletni, który nie ukończył 16 lat, ma prawo do uzyskania od osoby wykonującej zawód medyczny informacji, w zakresie i formie potrzebnej do prawidłowego przebiegu procesu diagnostycznego lub terapeutycznego.
 - b) Przedstawiciel ustawowy pacjenta małoletniego, całkowicie ubezwłasnowolnionego lub niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody, ma prawo do wyrażenia zgody.
 - c) W przypadku braku przedstawiciela ustawowego prawo to, w odniesieniu do badania, może wykonać opiekun faktyczny.

Regulamin Organizacyjny

- d) Zgoda oraz sprzeciw, o których mowa w ppkt. a-c, mogą być wyrażone ustnie albo przez takie zachowanie się osób wymienionych w tych przepisach, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się czynnościom proponowanym przez osobę wykonującą zawód medyczny albo brak takiej woli.
 - e) Pacjent małoletni, który ukończył 16 lat, osoba ubezwłasnowolniona albo pacjent chory psychicznie lub upośledzony umysłowo, lecz dysponujący dostatecznym rozeznanieniem, ma prawo do wyrażenia sprzeciwu co do udzielenia świadczenia zdrowotnego, pomimo zgody przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego. W takim przypadku wymagane jest zezwolenie sądu opiekuńczego.
 - f) W przypadku zabiegu operacyjnego albo zastosowania metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta, zgodę, wyraża się w formie pisemnej.
10. Pacjent ma prawo do poszanowania intymności i godności, w szczególności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych. Prawo do poszanowania godności obejmuje także prawo do umierania w spokoju i godności.
11. Pacjent ma prawo do leczenia bólu.
- a) Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych jest obowiązany podejmować działania polegające na określeniu stopnia natężenia bólu, leczeniu bólu oraz monitorowaniu skuteczności tego leczenia.
12. Pacjent ma prawo do poszanowania jego intymności i godności w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych, z uwzględnieniem prowadzenia w Szpitalu działalności dydaktycznej przed i podyplomowej w zakresie nauk medycznych.
- a) W przypadku przyjęć planowych, pacjenta należy w sposób wyraźny i na piśmie poinformować o działalności dydaktycznej Szpitala i związanej z tym obecności osób trzecich (studentów, stażystów). W przypadku braku zgody pacjenta na obecność ww. osób, jest to jednoznaczne z rezygnacją pacjenta z przysługujących mu świadczeń zdrowotnych w Szpitalu.
 - b) Pacjent ma prawo do ochrony przed zniewagą fizyczną i psychiczną.
13. Na życzenie pacjenta przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych może być obecna osoba bliska. Osoba wykonująca zawód medyczny udzielająca świadczeń zdrowotnych pacjentowi może odmówić obecności osoby bliskiej przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w przypadku istnienia prawdopodobieństwa wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjenta.

Regulamin Organizacyjny

Odmowę odnotowuje się w dokumentacji medycznej.

14. Pacjent ma prawo do ochrony mienia osobistego.
15. Pacjent ma prawo do kontaktu osobistego, telefonicznego z osobami z zewnątrz w czasie hospitalizacji oraz do opieki duszpasterskiej. Szpital jest uprawniony do wprowadzenia ograniczeń, jeżeli wymagają tego względy epidemiologiczne, sanitarne lub stan zdrowia pacjentów.
16. Pacjent ma prawo do składania skarg za naruszenie jego praw.

§ 30

Obowiązki pacjenta:

1. Pacjent przyjęty do Szpitala nie ma prawa wychodzić poza obręb Szpitala z wyjątkiem przypadków, gdy jest to konieczne ze względów leczniczych (konsultacje, zabiegi).
2. Pacjent może przebywać bez nadzoru personelu Szpitala tylko w swojej sali szpitalnej oraz w pomieszczeniach przeznaczonych dla ogółu pacjentów.
3. Pacjent jest obowiązany stosować się do zaleceń i wskazań lekarzy i pielęgniarek i innego personelu medycznego zarówno w zakresie procesu diagnostyczno-terapeutycznego i rehabilitacyjnego, jak i w sprawach organizacyjno-administracyjnych.
4. Pacjent jest obowiązany do przebywania na sali podczas obchodów lekarskich.
5. Pacjent jest obowiązany do przestrzegania ciszy i zachowywania się w sposób nie zakłócający spokoju innym.
6. Pacjentowi nie wolno przyjmować leków ani poddawać się jakimkolwiek zabiegom bez zlecenia lekarza.
7. Pacjent ma obowiązek poinformować lekarza prowadzącego o stale przyjmowanych lekach nie związanych z jednostką chorobową, która jest przyczyną hospitalizacji. Używanie tych leków w czasie pobytu w Szpitalu wymaga zgody tego lekarza.
8. Zabrania się uprawiania przez pacjentów gier hazardowych, palenia tytoniu, spożywania alkoholu oraz zażywania wszelkich używek na terenie Szpitala.
9. Pacjent ma obowiązek przestrzegania regulaminu wewnątrzoddziałowego i poleceń personelu Szpitala.
10. Łatwo psujące się produkty żywnościowe pacjent ma obowiązek przechowywać w lodówce dostępnej dla pacjentów poza kuchenką oddziałową.

Regulamin Organizacyjny

11. Pacjent nie ma prawa zmieniać łóżka bez zgody pielęgniarki ani kłaść się na łóżku w odzieży (innej niż piżama) i obuwiu.
12. Pacjenta obowiązuje przestrzeganie higieny osobistej.
13. Pacjentowi nie wolno zaśmiecać pomieszczeń szpitalnych oraz zanieczyszczać odpadkami umywalek i toalet.
14. Pacjent powinien przestrzegać godzin wyznaczonych na spożywanie posiłków.
15. Pacjent obłożnie chory spożywa posiłki w łóżku, jeśli jest to konieczne – przy pomocy personelu pielęgniarskiego.
16. Pacjent jest odpowiedzialny za rzeczy szpitalne oddane mu do użytku na czas pobytu w Szpitalu.
17. Pacjent jest obowiązany szanować mienie będące własnością Szpitala, a w szczególności nie ma prawa manipulować przy aparatach i urządzeniach leczniczych, elektrycznych, wentylacyjnych itp.
18. Pacjent ani inne osoby przebywające na terenie Szpitala nie mają prawa wykonywać zdjęć lub nagrań audio-video na terenie Szpitala z udziałem innych pacjentów i pracowników Szpitala, bez uzyskania ich uprzedniej zgody.
19. Pacjent jest obowiązany do naprawienia szkody mienia Szpitala w przypadku spowodowania jej z własnej winy.
20. Pacjent w przypadku negatywnej weryfikacji uprawnień ubezpieczeniowych, zobowiązany jest do złożenia oświadczenia o przysługującym prawie do świadczeń opieki zdrowotnej lub do złożenia oświadczenia o zobowiązaniu się do pokrycia kosztów leczenia w przypadku potwierdzenia braku posiadania uprawnień.
21. Pacjent jest obowiązany odnosić się kulturalnie i z szacunkiem do innych pacjentów i personelu Szpitala.
22. Pacjent jest obowiązany przestrzegać ciszy nocnej w godzinach od 22.00 do 6.00.
23. Korzystanie przez pacjentów z telefonów komórkowych powinno się odbywać w sposób nie zakłócający pracy personelu Szpitala, nie stwarzający uciążliwości dla innych pacjentów, bez naruszenia praw innych osób przewidzianych przepisami prawa i poza godzinami ciszy nocnej. Ze względu na obecność aparatury medycznej i możliwość powstania zakłóceń w jej funkcjonowaniu Dyrektor Szpitala może określić strefy i pomieszczenia, w których obowiązuje całkowity zakaz korzystania z telefonów komórkowych.
24. Pacjent jest obowiązany udzielać w trakcie wywiadu lekarskiego lub pielęgniarskiego

Regulamin Organizacyjny

pełnej i prawdziwej informacji o swoim stanie zdrowia. Szpital nie ponosi odpowiedzialności za szkody wynikłe z zatajenia bądź udzielenia nieprawdziwej informacji, co do istotnych spraw dotyczących zdrowia pacjenta.

§ 31

1. Informacje o godzinach odwiedzin umieszczone są przy wejściu do Klinik/Oddziałów w widocznym miejscu.
2. Osoby odwiedzające zobowiązane są podporządkować się wszelkim poleceniom i wskazówkom personelu szpitalnego.
3. Osoby odwiedzające pacjentów lub sprawujące nad nimi dodatkową opiekę obowiązane są przestrzegać następujących zakazów:
 - 1) wnoszenia i spożywania na terenie Szpitala napojów alkoholowych, palenia wyrobów tytoniowych oraz obrotu, posiadania i używania narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych i innych podobnie działających substancji; obowiązuje zakaz wstępu na teren Szpitala dla osób odwiedzających pozostających pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych podobnych środków,
 - 2) uprawiania gier hazardowych,
 - 3) handlu obnośnego,
 - 4) wprowadzania zwierząt do budynku Szpitala,
 - 5) siadania na łóżkach chorych,
 - 6) robienia zdjęć i filmowania bez pisemnej zgody Kierownika komórki medycznej.
4. Ze względu na warunki przebywania w Szpitalu innych pacjentów oraz ich ewentualny dyskomfort, pacjenta mogą odwiedzać w salach chorych jednocześnie nie więcej niż dwie osoby.
5. Dzieci do lat 7 mogą odwiedzać pacjentów wraz z osobą dorosłą i za zgodą Kierownika komórki medycznej lub innego wyznaczonego lekarza.
6. Informacji o stanie zdrowia pacjentów, udzielają wyłącznie lekarze w godzinach ustalonych przez Kierownika komórki medycznej i podanych do wiadomości ogólnej wyłącznie osobom upoważnionym, tj. przedstawicielom ustawowym lub osobom wskazanym pisemnie przez pacjenta.
7. O stanie zdrowia ciężko chorych pacjentów, bądź w przypadkach szczególnie

Regulamin Organizacyjny

uzasadnionych lekarze udzielają informacji w każdym czasie z zastrzeżeniem ust. 6 powyżej.

8. Lekarz nie może udzielić informacji o stanie zdrowia pacjenta, gdy nie jest możliwa jednoznaczna identyfikacja osoby, której informacja ma być przekazana. (np. telefonicznie).
9. Kierownik komórki medycznej jest uprawniony do czasowego wstrzymania odwiedzin ze względu na zagrożenie epidemiologiczne.
10. Personel Szpitala ma prawo nakazać natychmiastowe opuszczenie Szpitala osobom znajdującym się pod wpływem alkoholu bądź odurzonych narkotykami albo naruszającym w sposób rażący niniejszy Regulamin.

ROZDZIAŁ VIII

Obowiązki Szpitala w razie śmierci pacjenta

§ 32

1. W przypadku stwierdzenia zgonu pacjenta, obowiązkiem personelu medycznego danej komórki organizacyjnej jest:
 - 1) niezwłoczne zawiadomienie o zgonie wskazanej przez chorego osoby lub instytucji, przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego oraz udokumentowanie zawiadomienia w historii choroby pacjenta wraz z podaniem daty, godziny, minuty, sposobu zawiadomienia oraz nazwiska osoby powiadamiającej i powiadamianej,
 - 2) zawiadomienie Komisariatu Policji Wrocław - Krzyki o zgonie pacjenta, którego tożsamości nie można ustalić albo potwierdzić na podstawie dokumentów stwierdzających tożsamość. Zawiadomienia należy dokonać w okresie do 8 godzin od zgonu,
 - 3) wypełnienie Karty Zgonu i przekazanie jej do Działu Statystyki i Dokumentacji Medycznej,
 - 4) wykonanie toalety pośmiertnej i umieszczenie identyfikatorów na ciele osoby zmarłej,
 - 5) spisanie i zabezpieczenie wszystkich przedmiotów i dokumentów należących do zmarłego.
2. Zwłoki osoby, która zmarła w Szpitalu mogą być poddane sekcji (chyba że osoba ta za życia wyraziła sprzeciw lub uczynił to jej przedstawiciel ustawowy), nie wcześniej niż po upływie 12 godzin od stwierdzenia zgonu.
3. Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa lub Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa Otwartego na wniosek właściwego Kierownika Kliniki, zarządza dokonanie lub zaniechanie sekcji.
4. Tryb określony powyżej nie dotyczy dokonywania sekcji w sytuacjach:
 - 1) określonych w kodeksie postępowania karnego i ustawie o chorobach zakaźnych,
 - 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 okresie pomiędzy stwierdzeniem zgonu, a przewiezieniem do chłodni zwłoki

Regulamin Organizacyjny

osoby zmarłej, są przechowywane w specjalnie przeznaczonym do tego celu pomieszczeniu, a w razie jego braku w innym chłodnym miejscu, z zachowaniem godności należnej zmarłemu.

6. Do zadań i kompetencji lekarza w przypadku zgonu pacjenta należy w szczególności:
 - 1) dokonanie oględzin zmarłego, stwierdzenie zgonu i jego przyczyn oraz odnotowanie w historii choroby dnia i godziny śmierci,
 - 2) wypełnienie karty zgonu, karty statystycznej do karty zgonu zarówno dla osób zmarłych, jak i dzieci martwo urodzonych, bez względu na czas trwania ciąży. Kartę zgonu wystawia lekarz, który leczył chorego w Szpitalu,
 - 3) w razie zgonu pacjenta, którego tożsamość nie została ustalona, bądź zgonu, co do którego istnieje uzasadnione podejrzenie, że jest następstwem przestępstwa, samobójstwa, otrucia, nieszczęśliwego wypadku albo uszkodzeń urazowych, zatrucia, uduszenia mechanicznego, działaniem wysokich temperatur, elektryczności lub sztucznego poronienia, lekarz prowadzący lub lekarz dyżurny, powiadamia bezzwłocznie prokuratora rejonowego lub najbliższą jednostkę policji. Organy te należy zawiadomić również w przypadku, gdy w czasie sekcji nasuwa się uzasadnione podejrzenie, że zgon nastąpił wskutek przestępstwa,
 - 4) umieszczenie w historii choroby adnotacji o powiadomieniu rodziny wraz z podaniem daty, godziny, minuty, sposobu zawiadomienia oraz nazwiska osoby powiadamiającej i powiadamianej,
 - 5) zgłoszenie do Powiatowego Inspektora Sanitarnego zgonu wskutek choroby zakaźnej oraz zgonu, co do którego zachodzi podejrzenie, że nastąpił z powodu choroby zakaźnej,
 - 6) w przypadkach, o których mowa w art. 31 ustawy o działalności leczniczej, stwierdzenie przyczyny zgonu następuje po przeprowadzeniu sekcji zwłok,
 - 7) w przypadku podjęcia decyzji o wykonaniu sekcji zwłok, po wypełnieniu części dotyczącej wypisu, przekazanie historii choroby do Zakładu Patomorfologii i Cytologii Klinicznej.
7. Do zadań i kompetencji pielęgniarki/ położnej w przypadku zgonu pacjenta należy:
 - 1) zawiadomienie o śmierci pacjenta przebywającego w Szpitalu lekarza leczącego lub lekarza dyżurnego,
 - 2) odnotowanie dnia, godziny i minut śmierci w raporcie pielęgniarskim, w Historii Pielęgowania oraz w Księdze Zgonów i Księdze Ruchu Chorych oddziału,

Regulamin Organizacyjny

- 3) umieszczenie na ciele osoby zmarłej identyfikatora zawierającego: datę i godzinę zgonu; imię i nazwisko oraz PESEL osoby zmarłej, a w przypadku braku numeru PESEL, serię i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość,
- 4) wypełnienie po stwierdzeniu zgonu przez właściwego lekarza karty skierowania zwłok do chłodni, po czym zwłoki wraz z kartą przesyłane są do Zakładu Patomorfologii i Cytologii Klinicznej, w dwie godziny po zgonie i po potwierdzeniu zgonu przez lekarza leczącego lub lekarza dyżurnego. Karta skierowania zwłok do chłodni zawiera: imię i nazwisko, PESEL osoby zmarłej, a w przypadku braku numeru PESEL, serię i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość, datę i godzinę zgonu, godzinę przyjęcia zwłok osoby zmarłej do chłodni, imię, nazwisko i podpis pielęgniarki wypełniającej kartę.
8. Czynności, o których mowa powyżej nie stanowią przygotowania zwłok osoby zmarłej do pochowania i nie pobiera się za nie opłat.
9. Jeżeli nie jest możliwe ustalenie tożsamości osoby zmarłej, w karcie skierowania do chłodni oraz na identyfikatorze, dokonuje się oznaczenia -NN- oraz dodatkowe oznaczenia numerycznego umożliwiającego identyfikację pacjenta, do czasu ustalenia jego tożsamości a także podaje się przyczyny i okoliczności uniemożliwiające ustalenie tożsamości.
10. W razie śmierci pacjenta w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym, czynności wymienione powyżej wykonuje pielęgniarka/ratownik medyczny Szpitalnego Oddziału Ratunkowego.
11. Do zadań i kompetencji pracowników administracyjnych (sekretarek medycznych, statystyków) należy:
 - 1) zgłoszenie zgonu przez Dział Statystyki i Dokumentacji Medycznej do Urzędu Stanu Cywilnego w ciągu 3 dni od dnia zgonu. Jeżeli zgon nastąpił wskutek choroby zakaźnej zgłoszenie powinno nastąpić w ciągu 24 godz. od zgonu;
 - 2) wydawanie 2 egzemplarzy karty zgonu osobom uprawnionym, zgodnie z obowiązującymi przepisami do pochowania zwłok, odpowiednio: w Dziale Statystyki i Dokumentacji Medycznej lub sekretariacie komórki medycznej, w której nastąpił zgon.
12. Pobieranie organów zmarłego pacjenta albo pacjenta wobec którego orzeczono śmierć mózgu dla celów transplantacji decyduje Pełnomocnik Dyrektora ds. Transplantacji, Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa, Zastępca Dyrektora

Regulamin Organizacyjny

ds. Lecznictwa Otwartego lub lekarz przez nich upoważniony, przy zachowaniu zasad i trybu przewidzianych w przepisach o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów.

§ 33

Wysokość opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny, pobierana od osób lub instytucji uprawnionych do pochowania zwłok na podstawie ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych oraz od podmiotów, na zlecenie których przechowuje się zwłoki w związku z toczącym się postępowaniem karnym, określona jest w cenniku obowiązującym w Szpitalu.

ROZDZIAŁ IX

Depozyt rzeczy wartościowych

§ 34

1. Pacjent ma prawo przechowywać wartościowe rzeczy w depozycie Szpitala.
2. Rzeczami wartościowymi w rozumieniu Regulaminu są przedmioty wartościowe oraz dokumenty.
3. Do przedmiotów wartościowych zalicza się:
 - 1) pieniądze zagraniczne i złote monety,
 - 2) pieniądze polskie,
 - 3) kruszce szlachetne i wyroby z tych kruszców oraz drogie kamienie (biżuteria),
 - 4) zagraniczne papiery wartościowe,
 - 5) krajowe papiery wartościowe,
 - 6) inne przedmioty uznane przez Szpital za wartościowe.

§ 35

1. Rzeczy wartościowe powinny być przechowywane w depozycie Szpitala, odpowiednio zabezpieczone przed pożarem, uszkodzeniem, zniszczeniem i kradzieżą zgodnie z obowiązującymi powszechnie przepisami.
2. Szpital odpowiada za całość przyjętego depozytu.
3. Za rzeczy wartościowe nie złożone do depozytu Szpital nie ponosi odpowiedzialności.

§ 36

Jeżeli pacjent został przyjęty do Szpitala w stanie wyłączającym świadome postępowanie, powinien być sporządzony spis przedmiotów znalezionych przy nim, w tym spis przedmiotów wartościowych. W razie obecności przedstawiciela ustawowego lub faktycznego opiekuna, powinien on wziąć udział w czynnościach sporządzenia spisu przedmiotów. Spis przedmiotów ze strony Szpitala podpisuje pielęgniarka, lekarz lub inny upoważniony do tego pracownik.

§ 37

Szpital prowadzi Księgę depozytów zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie

Regulamin Organizacyjny

przepisami.

§ 38

1. W razie zgonu pacjenta depozyt wartościowy wydaje się osobie wskazanej przez pacjenta, a gdy przyjęcie do depozytu nastąpiło w trybie § 36 przedstawicielowi ustawowemu, opiekunowi faktycznemu, który był obecny przy przyjęciu pacjenta albo osobie, której została wydana karta zgonu pacjenta.
2. Osoba odbierająca depozyt kwituje odbiór podpisem i datą.
3. Pracownik odpowiedzialny za wydanie depozytu potwierdza wydanie podpisem i datą.
4. Pracownik odpowiedzialny za depozyty, wpisuje do księgi depozytów nazwisko i imię oraz numer dowodu osobistego osoby odbierającej depozyt.

§ 39

1. Pacjent otrzymuje swój depozyt za zwrotem pokwitowania depozytowego.
2. Na żądanie pacjenta lub osoby przez niego upoważnionej, depozyt może być wydany częściowo, w czasie pobytu pacjenta w Szpitalu.
3. Jeżeli podejmowana jest tylko część depozytu, należy wydać cały depozyt, następnie zapisać w Księdze depozytów pod nową pozycją i numerem te przedmioty i sumę pieniężną, którą pacjent nadal pozostawia w depozycie.

§ 40

W przypadku, gdy w Szpitalu znajdują się nie podjęte z depozytu rzeczy wartościowe, pracownik odpowiedzialny za depozyty obowiązany jest wezwać osoby uprawnione do ich odbioru, wyznaczając w tym celu termin, oraz wskazać tym osobom skutki nie podjęcia rzeczy z depozytu.

ROZDZIAŁ X

Dokumentacja medyczna

§ 41

1. Szpital prowadzi dokumentację medyczną pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych, zgodnie z obowiązującymi przepisami zapewniając ochronę danych osobowych. Dokumentacja medyczna stanowi własność Szpitala.
2. Dokumentacja medyczna dzieli się na:
 - 1) dokumentację indywidualną poszczególnych pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych,
 - 2) dokumentację zbiorczą, odnoszącą się do ogółu pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych lub określonych grup tych pacjentów.
3. Dokumentacja indywidualna dzieli się na dokumentację indywidualną wewnętrzną, przeznaczoną na potrzeby Szpitala oraz dokumentację indywidualną zewnętrzną, przeznaczoną na potrzeby pacjenta korzystającego ze świadczeń zdrowotnych udzielanych w Szpitalu.
4. Dokumentacją indywidualną wewnętrzną są w szczególności: historia zdrowia i choroby oraz historia choroby.
5. Dokumentacją indywidualną zewnętrzną są w szczególności: skierowania do Szpitala, innego podmiotu leczniczego lub innej osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych poza Szpitalem, a także inne skierowania na badania diagnostyczne i konsultacje, zaświadczenia, orzeczenia, opinie lekarskie, karta przebiegu ciąży oraz karty informacyjne z leczenia szpitalnego.
6. Dokumentacja zbiorcza zawiera istotne informacje medyczne dotyczące udzielonych świadczeń zdrowotnych.
7. Szpital (stacjonarna opieka zdrowotna) sporządza i prowadzi:
 - 1) dokumentację indywidualną wewnętrzną, którą stanowi w szczególności historia choroby, W przypadku zabiegów operacyjnych w historii choroby w postaci Okołooperacyjnej Karty Kontrolnej (OKK) wpisywane są informacje o wykonaniu niezbędnych czynności okołooperacyjnych na sali operacyjnej. Wpisy w Okołooperacyjnej Karcie Kontrolnej dokonywane są przez Koordynatora karty. Koordynator karty dokonuje wpisów w Kartę na podstawie informacji udzielanych przez członków zespołu operacyjnego, zgodnie

Regulamin Organizacyjny

z zakresem ich zadań podczas operacji. Okołooperacyjną Kartę Kontrolną podpisuje Koordynator karty. Szczegóły stosowania Okołooperacyjnej Karty Kontrolnej określone są w odrębnej wewnętrznej procedurze Szpitala. Koordynatorem Okołooperacyjnej Karty Kontrolnej jest pielęgniarka anestezyjologiczna.

- 2) dokumentację zbiorczą wewnętrzną stanowią w szczególności: księga główna przyjęć i wypisów, księga odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych komórki medycznej, księga oczekujących na przyjęcie do Szpitala, księga chorych oddziału lub równorzędnej komórki organizacyjnej, księga raportów lekarskich, księga raportów pielęgniarskich, księga zabiegów, księgi bloku lub sali operacyjnej, księga bloku porodowego, księga pracowni diagnostycznej lub zabiegowej,
 - 3) dokumentację indywidualną zewnętrzną składającą się w szczególności z: karty informacyjnej z leczenia szpitalnego, skierowań i zleceń na świadczenia zdrowotne realizowane poza Szpitalem,
 - 4) dokumentację zbiorczą zewnętrzną, składającą się z dokumentacji prowadzonej dla celów określonych w odrębnych przepisach.
8. Poradnia, pracownia (ambulatoryjna opieka zdrowotna) sporządza i prowadzi:
- 1) dokumentację indywidualną wewnętrzną, składającą się w szczególności z historii zdrowia i choroby lub karty zdrowia dziecka, karty noworodka,
 - 2) dokumentację indywidualną zewnętrzną, którą stanowią skierowania do szpitala, innego podmiotu leczniczego lub innej osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych poza szpitalem, a także inne skierowania na badania diagnostyczne i konsultacje, zaświadczenia, orzeczenia, opinie lekarskie, karta przebiegu ciąży, informacja dla lekarza kierującego,
 - 3) dokumentację zbiorczą w formie księgi przyjęć prowadzonej odrębnie dla każdej komórki medycznej oraz kartotekę środowisk epidemiologicznych,
 - 4) dokumentację zbiorczą w formie księgi pracowni diagnostycznej,
 - 5) dokumentację zbiorczą w formie księgi zabiegów prowadzonej odrębnie dla każdego gabinetu zabiegowego.

§ 42

1. Dokumentacja wewnętrzna jest przechowywana w szpitalu, w którym została

Regulamin Organizacyjny

sporządzona.

2. Dokumentacja zewnętrzna, w postaci zleceń lub skierowań, pozostaje w szpitalu, który zrealizował zlecone świadczenie zdrowotne.
3. Szpital odpowiada za stworzenie warunków organizacyjnych i technicznych przechowywania dokumentacji zapewniających jej poufność, zabezpieczających przed dostępem osób nieupoważnionych, zniszczeniem lub zgubieniem oraz umożliwiającymi jej wykorzystanie bez zbędnej zwłoki.
4. Sposób i miejsce przechowywania bieżącej dokumentacji wewnętrznej określają wewnętrzne procedury Szpitala.
5. Zakończoną dokumentację indywidualną wewnętrzną oraz zakończoną dokumentację zbiorczą wewnętrzną przechowuje archiwum Szpitala.
6. Dokumentacja przechowywana w archiwum, jest ewidencjonowana w Szpitalu na podstawie numeru księgi głównej. W Uniwersyteckiej Przychodni Specjalistycznej dokumentację medyczną przechowuje się w układzie alfabetycznym w podziale na poszczególne poradnie specjalistyczne. Po upływie okresów przechowywania określonych w odrębnych przepisach, dokumentacja zostaje zniszczona w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta, którego dotyczyła.
7. Dokumentacja indywidualna wewnętrzna przewidziana do zniszczenia może zostać wydana na wniosek:
 - 1) pacjenta,
 - 2) jego przedstawiciela ustawowego, a w razie śmierci pacjenta osoby przez niego upoważnionej do uzyskiwania dokumentacji w przypadku jego zgonu, za pokwitowaniem, o czym Szpital obowiązany jest poinformować pacjenta albo te osoby.
8. W przypadku likwidacji Szpitala dokumentacja archiwalna jest przekazywana do archiwum wskazanego przez:
 - 1) podmiot, który utworzył Szpital,
organ prowadzący rejestr podmiotów leczniczych, jeżeli wykreślenie szpitala z rejestru nastąpi w trybie i na zasadach określonych w ustawie o działalności leczniczej.

§ 43

Dokumentacja medyczna jest przechowywana przez okres 20 lat, licząc od końca roku

Regulamin Organizacyjny

kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu, z wyjątkiem:

1. Dokumentacji medycznej w przypadku zgonu pacjenta na skutek uszkodzenia ciała lub zatrucia, która jest przechowywana przez okres 30 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym nastąpił zgon.
2. Zdjęć rentgenowskich przechowywanych poza dokumentacją medyczną pacjenta, które są przechowywane przez okres 10 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym wykonano zdjęcie.
3. Skierowań na badania lub zleceń lekarza, które są przechowywane przez okres 5 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym zrealizowano świadczenie będące przedmiotem skierowania lub zlecenia.
4. Skierowań na badania lub zleceń lekarza, w przypadku gdy świadczenie zdrowotne nie zostało udzielone, przechowywane są przez okres 3 lat, licząc od końca roku kalendarzowego.

§ 44

1. Szpital udostępnia dokumentację:

- 1) pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta,
- 2) po śmierci pacjenta dokumentacja medyczna jest udostępniana osobie upoważnionej przez pacjenta za życia lub osobie, która w chwili zgonu pacjenta była jego przedstawicielem ustawowym,
- 3) podmiotom udzielającym świadczeń zdrowotnych, jeżeli dokumentacja ta jest niezbędna do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych,
- 4) organom władzy publicznej, w tym Rzecznikowi Praw Pacjenta, Narodowemu Funduszowi Zdrowia, organom samorządu zawodów medycznych oraz konsultantom krajowym i wojewódzkim, w zakresie niezbędnym do wykonywania przez te podmioty ich zadań, w szczególności nadzoru i kontroli;
- 5) podmiotom, o których mowa w art. 119 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia kontroli na zlecenie ministra właściwego do spraw zdrowia,
- 6) upoważnionym osobom wykonującym zawód medyczny, w zakresie niezbędnym do sprawowania nadzoru nad podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą na podstawie art. 121 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;

Regulamin Organizacyjny

- 7) ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, sądom, w tym sądom dyscyplinarnym, prokuraturom, lekarzom sądowym i rzecznikom odpowiedzialności zawodowej, w związku z prowadzonym postępowaniem,
- 8) uprawnionym na mocy odrębnych ustaw organom i instytucjom, jeżeli badanie zostało przeprowadzone na ich wniosek,
- 9) organom rentowym oraz zespołom do spraw orzekania o niepełnosprawności, w związku z prowadzonym przez nie postępowaniem,
- 10) podmiotom prowadzącym rejestry usług medycznych, w zakresie niezbędnym do prowadzenia rejestrów,
- 11) zakładom ubezpieczeń, za zgodą pacjenta,
- 12) komisjom lekarskim podległym ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych, wojskowym komisjom lekarskim oraz komisjom lekarskim Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego lub Agencji Wywiadu, podległym Szefom właściwych Agencji,
- 13) osobom wykonującym zawód medyczny, w związku z prowadzeniem procedury oceniającej podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o akredytacji w ochronie zdrowia albo procedury uzyskiwania innych certyfikatów jakości, w zakresie niezbędnym do ich przeprowadzenia,
- 14) wojewódzkiej komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, w zakresie prowadzonego postępowania,
- 15) spadkobiercom w zakresie prowadzonego postępowania przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych,
- 16) osobom wykonującym czynności kontrolne na podstawie ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, w zakresie niezbędnym do ich przeprowadzenia,
- 17) członkom zespołów kontroli zakażeń szpitalnych, w zakresie niezbędnym do wykonywania ich zadań,
- 18) uczelni medycznej, instytutowi badawczemu uczestniczącemu w systemie ochrony zdrowia i innych podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych uczestniczących w przygotowaniu osób do wykonywania zawodu medycznego i kształceniu osób wykonujących zawód medyczny w zakresie niezbędnym do realizacji celów dydaktycznych,
- 19) szkole wyższej lub instytutowi badawczemu do wykorzystania w celach

Regulamin Organizacyjny

naukowych, bez ujawniania nazwiska i innych danych umożliwiających identyfikację osoby, której dokumentacja dotyczy.

2. Sposoby udostępniania dokumentacji medycznej:
 - 1) do wglądu, w tym także do baz danych w zakresie ochrony zdrowia, w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych, z wyłączeniem medycznych czynności ratunkowych, albo w siedzibie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem pacjentowi lub innym uprawnionym organom lub podmiotom możliwości sporządzenia notatek lub zdjęć;
 - 2) przez sporządzenie jej wyciągu, odpisu, kopii (kserokopia bądź skan), wydruku;
 - 3) przez wydanie oryginału za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, na żądanie organów władzy publicznej albo sądów powszechnych, a także w przypadku gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta;
 - 4) za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej;
 - 5) na informatycznym nośniku danych;
 - 6) elektroniczna dokumentacja medyczna, jest udostępniana na zasadach określonych w przepisach tej ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia.
3. W przypadku wydania oryginałów dokumentacji w Szpitalu należy pozostawić kopię lub pełny odpis wydanej dokumentacji. W sytuacji, gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby narazić pacjenta na szkodę wydawana jest ona natychmiastowo.
4. Odmowa wydania dokumentacji wymaga zachowania formy pisemnej oraz podania przyczyny.
5. Za udostępnienie dokumentacji medycznej Szpital pobiera opłatę w wysokości określonej w cenniku Szpitala, opłata nie może być wyższa:
 - 1) za jedną stronę wyciągu albo odpisu dokumentacji medycznej – kwotę równą 0,002, – przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale, ogłaszanego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski” na podstawie art. 20 pkt 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, począwszy od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym nastąpiło ogłoszenie;

Regulamin Organizacyjny

- 2) za jedną stronę kopii albo wydruku dokumentacji medycznej – kwotę równą 0,00007, przeciętnego wynagrodzenia o którym mowa w pkt 1;
- 3) za udostępnienie dokumentacji medycznej na informatycznym nośniku danych – kwotę równą 0,0004, przeciętnego wynagrodzenia o którym mowa w pkt 1.

ROZDZIAŁ XI

Zasady kierowania Szpitalem

§ 45

1. Dyrektor jest przełożonym wszystkich pracowników Szpitala. Kieruje Szpitalem reprezentując go na zewnątrz.
2. Dyrektor jest pracodawcą w rozumieniu przepisów Kodeksu Pracy oraz stroną umowy cywilnoprawnych.
3. Oddziałami klinicznymi szpitala kierują lekarze kierujący oddziałami powoływani przez Dyrektora Szpitala.
4. Dyrektor kieruje działalnością Szpitala przy pomocy:
 - 1) Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.
 - 2) Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa Otwartego.
 - 3) Zastępcy Dyrektora ds. Pielęgniarstwa.
 - 4) Zastępcy Dyrektora ds. Finansowych.
 - 5) Zastępcy Dyrektora ds. Sprzedaży.
 - 6) Zastępcy Dyrektora ds. Administracji i Logistyki.
 - 7) Kierowników Komórek Organizacyjnych
5. Dyrektor Szpitala zatrudnia i zwalnia swoich zastępców, ustanawia pełnomocników i doradców.
6. Dyrektora Szpitala w czasie nieobecności, zastępuje jeden ze wskazanych przez niego Zastępców na podstawie udzielonego w formie pisemnej pełnomocnictwa.
7. Do obowiązków i uprawnień Dyrektora należy w szczególności:
 - 1) organizowanie pracy w sposób zapewniający osiągnięcie celów oraz realizację zadań statutowych Szpitala,
 - 2) gospodarka mieniem,
 - 3) prowadzenie polityki kadrowej Szpitala,
 - 4) gospodarowanie środkami finansowymi i rzeczowymi pozostającymi w dyspozycji Szpitala,
 - 5) współpraca z organizacjami związkowymi i zawodowymi działającymi na terenie Szpitala,
 - 6) nadzór nad opracowywaniem planów i programów w zakresie remontów, inwestycji, zakupów inwestycyjnych oraz nadzorowanie ich realizacji,

Regulamin Organizacyjny

- 7) nadzór nad przedsięwzięciami wchodzącymi w zakres przygotowania Szpitala do wykonania zadań obronnych oraz realizacji zadań w obszarze zarządzania kryzysowego.
8. Dyrektor Szpitala posiada prawo do utworzenia nowego Oddziału bądź innej komórki leczniczej Szpitala, jak również ich likwidacji za zgodą podmiotu tworzącego.
9. Komórką organizacyjną Szpitala wykonującą działalność leczniczą, będącą Oddziałem, kieruje Lekarz Kierujący Oddziałem powołany przez Dyrektora.
10. Komórką organizacyjną Uniwersytetu Medycznego wykonującą działalność dydaktyczno – naukową, będącą Kliniką, kieruje Kierownik Kliniki wyłoniony w postępowaniu konkursowym przeprowadzonym przez Uniwersytet Medyczny, z którym Dyrektor podmiotu leczniczego zawiera umowę o pracę, albo umowę o charakterze cywilnym.
11. W przypadku, gdy kwalifikacje zawodowe nie pozwalają na jednoczesne pełnienie funkcji Kierownika Kliniki i Lekarza Kierującego oddziałem, albo gdy Kierownik Kliniki i Dyrektor podmiotu leczniczego nie uzgodnią warunków zatrudnienia, Dyrektor podmiotu leczniczego, o którym mowa w ust. 1 w porozumieniu z rektorem powołuje Lekarza Kierującego oddziałem.

Zasady organizacji pracy komórek administracyjnych

§ 46

Strukturę wewnętrzną Szpitala określa schemat organizacyjny, stanowiący załącznik nr 1 do Regulaminu Organizacyjnego, ustalający zależność służbową poszczególnych komórek organizacyjnych.

Zasady opracowywania i wydawania aktów prawnych

§ 47

1. Nadrzędnymi zewnętrznymi aktami prawnymi w oparciu, o które działa Szpital są akty prawne wskazane w § 1 niniejszego Regulaminu oraz akty wykonawcze do poszczególnych ustaw.
2. Wewnętrznymi aktami prawnymi Szpitala są:
 - 1) Statut USK - akt prawny regulujący zadania, strukturę organizacyjną i sposób

Regulamin Organizacyjny

działania Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu. Statut nadaje w drodze uchwały Senatu podmiot tworzący – Uniwersytet Medyczny im Piastów Śląskich we Wrocławiu.

- 2) Uchwały Senatu Uniwersytetu Medycznego – akt woli podmiotu tworzącego USK - Uniwersytetu Medycznego im Piastów Śląskich we Wrocławiu, zatwierdzający uchwały Rady Społecznej USK zgodnie z art. 48 ust. 2 pkt 1 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej;
- 3) Uchwały Rady Społecznej – akt woli organu doradczego Dyrektora Szpitala wyrażający stanowisko Rady Społecznej w zakresie określonym Ustawą z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej, wydany zgodnie z Regulaminem Rady Społecznej;
- 4) Zarządzenia Dyrektora – akt normatywny, wydany przez Dyrektora Szpitala, regulujący wewnętrzne zasady postępowania we wszystkich obszarach działalności USK, za które odpowiada Dział Organizacyjno-Prawny. Ze względu na zakres obszarów Zarządzenia dzielimy na:
 - generalne - regulujące ogólne zasady polityki postępowania wyrażone m.in. w formie Regulaminu, w tym w szczególności:
 - a) Regulamin Organizacyjny – określa sprawy wskazane w art. 24 Ustawy o działalności leczniczej, dotyczące organizacji pracy, sposobu i warunków udzielania świadczeń zdrowotnych przez Szpital, nieuregulowane w ustawie lub statucie. Dyrektor Szpitala ustala Regulamin Organizacyjny, który wymaga zaopiniowania przez Radę Społeczną USK;
 - b) Regulamin Pracy – określa prawa i obowiązki zarówno pracownika jak i pracodawcy związane z procesem pracy. Regulamin Pracy ustala Dyrektor Szpitala w uzgodnieniu z organizacjami związkowymi Szpitala;
 - c) Regulamin Wynagrodzeń – określa zasady wynagradzania za pracę oraz przyznawania innych świadczeń związanych z pracą, z wyjątkiem świadczeń wypłacanych z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych, których zasady określone są w odrębnych przepisach. Regulamin Wynagrodzeń ustala Dyrektor Szpitala w uzgodnieniu z organizacjami związkowymi Szpitala;

Regulamin Organizacyjny

- d) i inne Regulaminy szczegółowe,
 - indywidualne – regulujące indywidualne i/lub jednorazowe zasady postępowania np. dotyczące powołania członków Komisji, Zespołów, Komitetów itp.;
 - a) Polecenia służbowe - pisemne zlecenie pracownikowi konkretnych obowiązków lub czynności do wykonania w danym terminie udzielone przez bezpośredniego przełożonego. Wykonywanie poleceń służbowych dotyczących pracy jest jednym z podstawowych obowiązków pracowniczych, a nieusprawiedliwiona odmowa wykonania polecenia jest uznawana za ciężkie naruszenie tych obowiązków;
 - b) Pełnomocnictwo - oświadczenie woli Dyrektora Szpitala wyrażone każdorazowo w formie pisemnej, którego treścią jest upoważnienie określonej osoby do dokonania w imieniu i ze skutkiem prawnym dla Szpitala czynności prawnej indywidualnie oznaczonej albo czynności określonych rodzajowo.
 - c) Procedury – opis koniecznych do spełnienia przez USK trybów postępowania wynikających ze standardów jakościowych (tj. wyrażonych akceptowanych norm bądź kryteriów, w stosunku do których można odnieść jakość świadczeń lub zachowań zawodowych) wskazanych i ewidencjonowanych przez Dział Jakości, Bezpieczeństwa Procesów Medycznych i Higieny;
 - d) Instrukcje – załączniki do Procedur, Regulaminów i Zarządzeń stanowiące dokładny opis poszczególnych czynności w danym przedmiocie.
- 3. Akty prawne opracowywane są z inicjatywy: Dyrektora, Zastępców Dyrektora, Kierowników komórek organizacyjnych a także pracowników zajmujących samodzielne stanowiska w oparciu o obowiązujące przepisy prawne w związku z prowadzoną przez Szpital działalnością.
- 4. Opracowywanie projektów aktów prawnych należy do właściwych kierowników komórek organizacyjnych Szpitala, w których zakresie działania znajduje się problematyka podlegająca regulacji w formie danego aktu prawnego oraz pracowników zajmujących samodzielne stanowiska. Projekty aktów prawnych

Regulamin Organizacyjny

opiniują Radcy Prawni Szpitala.

5. Odpowiedzialność za merytoryczną treść projektu aktu prawnego ponosi projektodawca a pod względem formalno-prawnym Radca Prawny Szpitala.
6. Wszyscy pracownicy Szpitala, niezależnie od podstawy prawnej zatrudnienia, zobowiązani są do codziennego zapoznawania się z treścią aktów prawnych, które mają bezpośredni wpływ na realizację ich zadań.

ROZDZIAŁ XII

Zakres zadań pionu Dyrektora

§ 48

Dyrektorowi Szpitala bezpośrednio podlegają:

1. **Asystent Dyrektora.**
2. **Kontrola Wewnętrzna.**
3. **Biuro Pełnomocnika ds. Pacjenta.**
4. **Pełnomocnik ds. Ochrony Informacji Niejawnych.**
5. **Pełnomocnik ds. Jakości.**
6. **Dział Bezpieczeństwa i Higieny Pracy.**
7. **Audyt Wewnętrzny.**

§ 49

Do zadań **Asystenta Dyrektora** w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym im. Jana Mikulicza – Radeckiego we Wrocławiu należy zapewnienie wszelkiej pomocy organizacyjnej, administracyjno - biurowej i kancelaryjnej w realizacji zadań Dyrektora Szpitala, w szczególności:

1. Zapewnienie obsługi bieżącej pracy Dyrektora Szpitala.
2. Koordynowanie i udział w merytorycznym przygotowaniu spotkań, wyjazdów i wizyt Dyrektora.
3. Uczestnictwo w kształtowaniu polityki informacyjnej Szpitala.

§ 50

Do zadań **Kontroli Wewnętrznej** w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym im. Jana Mikulicza - Radeckiego we Wrocławiu należy w szczególności:

- 1) prowadzenie stałej kontroli pracy komórek organizacyjnych wytypowanych na podstawie dokonanej analizy i oceny ryzyka,
- 2) prowadzenie kontroli doraźnej na zlecenie Dyrektora Szpitala,
- 3) weryfikacja stanu realizacji poleceń służbowych i Zarządzeń Dyrektora i raportowania w tym zakresie.

Regulamin Organizacyjny

§ 51

Do zadań **Biura Pełnomocnika ds. Pacjenta** w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym im. Jana Mikulicza – Radeckiego we Wrocławiu należy w szczególności:

1. Nadzór nad przestrzeganiem praw pacjenta w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym im. Jana Mikulicza – Radeckiego we Wrocławiu.
2. Stały monitoring realizacji praw pacjenta.
3. Podejmowanie działań interwencyjnych w przypadku naruszenia praw pacjenta.
4. Wskazanie trybu skargowego w przypadku naruszenia praw pacjenta.
5. Przyjmowanie skarg i wniosków pacjentów oraz udzielanie na nie odpowiedzi.
6. Zbiorcza półroczna i roczna analiza skarg i wniosków.
7. Prowadzenie rejestru złożonych lub nadesłanych do Pełnomocnika ds. Pacjenta skarg, wniosków.
8. Bieżąca współpraca w zakresie przestrzegania praw pacjentów z Zastępcami Dyrektora, Pełnomocnikiem ds. Jakości, Radcą Prawnym oraz kierownikami komórek organizacyjnych Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. Jana Mikulicza - Radeckiego we Wrocławiu.
9. Współpraca z Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej w Izbie Lekarskiej i Izbie Pielęgniarek i Położnych.
10. Współpraca z Wydziałem Spraw Świadczeniobiorców i Współpracy Międzynarodowej, Działem Skarg i Wniosków Dolnośląskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.
11. Przygotowanie dokumentów, uzyskanie wymaganych oświadczeń i informacji w zakresie zleconym przez Dyrektora, Zastępców Dyrektora, Radcę Prawnego na potrzeby postępowań: przedsądowych, sądowych, cywilnych i karnych, wyjaśniającego dla Ministra Zdrowia, wyjaśniającego dla Rzecznika Praw Pacjenta, wyjaśniającego dla Narodowego Funduszu Zdrowia, przed wojewódzką komisją do spraw zdarzeń medycznych.

§ 52

Do zadań **Pełnomocnika ds. Ochrony Informacji Niejawnych** w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym im. Jana Mikulicza – Radeckiego we Wrocławiu należy w szczególności:

1. Organizacja i przestrzeganie przepisów o ochronie informacji niejawnych

Regulamin Organizacyjny

w Szpitalu.

2. Opracowanie procedur zabezpieczenia i ochrony dokumentów zawierających informacje niejawne.
3. Zapewnienie ochrony systemów teleinformatycznych, w których są wytwarzane, przetwarzane, przechowywane lub przekazywane informacje niejawne.
4. Kontrola ochrony informacji niejawnych oraz przestrzegania przepisów o ochronie tych informacji – szczególnie zabezpieczenie pomieszczeń służbowych i dokumentów w godzinach służbowych oraz poza normalną ordynacją Szpitala (w tym czuwanie nad przestrzeganiem zasad ochrony informacji wrażliwych dla Szpitala oraz stanowiących tajemnicę zakładu leczniczego w myśl ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji).
5. Opracowywanie planu ochrony informacji niejawnych w Szpitalu.
6. Szkolenie pracowników w zakresie ochrony informacji niejawnych.
7. Na polecenie Dyrektora Szpitala prowadzenie zwykłego postępowania sprawdzającego w związku z dostępem do informacji niejawnych w stosunku do osób zatrudnionych w Szpitalu oraz osób, które podlegają takiemu sprawdzeniu z racji uczestnictwa w wykonywaniu lub bezpośredniej realizacji na rzecz Szpitala określonej umowy.
8. Realizacja zdań związanych z podniesieniem jakości w zakresie systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji.
9. Organizacja bezpieczeństwa i ochrony danych osobowych zgodnie z wymogami ustawy o ochronie danych osobowych.
10. Zapewnienie przetwarzania danych zgodnie z uregulowaniami Polityki Bezpieczeństwa Danych Osobowych.
11. Wydawanie i anulowanie upoważnień do przetwarzania danych osobowych w systemach teleinformatycznych i innych zbiorach danych Szpitala.
12. Prowadzenie wymaganej ustawowo dokumentacji w zakresie ochrony danych osobowych.
13. Realizacja szkolenia w zakresie ochrony danych osobowych.
14. Kontrola działań komórek organizacyjnych Szpitala pod względem zgodności przetwarzania danych z przepisami o ochronie danych osobowych.
15. Prowadzenie postępowania wyjaśniającego w przypadku naruszenia ochrony danych osobowych.

Regulamin Organizacyjny

16. Udział w prowadzeniu audytów wewnętrznych w zakresie systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji w Szpitalu.
17. W zakresie zadań obronnych:
 - opracowanie i systematyczne uaktualnianie Planu Przygotowania Szpitala na potrzeby obronne Państwa, Kart Realizacji Zadań Operacyjnych Szpitala na potrzeby obronne Państwa, aktualizowanie na bieżąco danych dotyczących pracowników posiadających przydziały mobilizacyjne (w ramach prac organizacyjno – mobilizacyjnych Szpitala), opracowanie i systematyczne uaktualnianie dokumentacji dotyczącej aktywowania i utrzymania w stałej gotowości Zespołu Zarządzania Kryzysowego i Stałego Dyżuru Szpitala,
18. W zakresie obrony cywilnej:
 - 1) opracowanie i systematyczne uaktualnianie Planu Obrony Cywilnej Szpitala oraz rocznego i wieloletniego planu działania Obrony Cywilnej,
 - 2) planowanie i organizowanie struktur organizacyjnych zespołów obrony cywilnej oraz punktu alarmowania i powiadamiania tworzonych na szczeblu Szpitala,
 - 3) ewidencjonowanie i wypełnianie kart przydziałów do formacji obrony cywilnej, proponowanie nadawania pracowniczych przydziałów organizacyjno – mobilizacyjnych,
 - 4) obsługa i utrzymanie przechowywanego sprzętu obrony cywilnej dla potrzeb Szpitala.
19. W zakresie zarządzania kryzysowego poprzez opracowanie i systematyczne uaktualnianie Planu Zarządzania Kryzysowego Szpitala, aktywacja procesu postępowania na wypadek zaistnienia sytuacji kryzysowej.

§ 53

Do zadań **Pełnomocnika ds. Jakości** należy prowadzenie całokształtu spraw dotyczących Systemu Zarządzania Jakością:

1. określenie zapotrzebowania Szpitala w zakresie pozyskania certyfikatów i akredytacji,
2. stała współpraca z jednostkami normalizacyjnymi i certyfikacyjnymi,
3. wdrażanie i nadzorowanie standardów akredytacyjnych polskich i międzynarodowych,
4. szkolenia pracowników w zakresie podnoszenia jakości udzielanych świadczeń,

Regulamin Organizacyjny

5. określenie wymogów jakościowych do poszczególnych procesów, procedur i standardów i przekazywanie ich do komórek merytorycznych,
6. raportowanie w zakresie bieżącego nadzorowania stanu funkcjonowania Systemu Zarządzania Jakością.

§ 54

1. Do zadań **Działu Bezpieczeństwa i Higieny Pracy** w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym im. Jana Mikulicza - Radeckiego we Wrocławiu należy prowadzenie całokształtu spraw związanych z zapewnieniem przestrzegania zasad bezpieczeństwa i higieny pracy a w szczególności:
 - 1) Przeprowadzanie kontroli warunków pracy oraz przestrzegania przepisów i zasad bezpieczeństwa i higieny pracy, ze szczególnym uwzględnieniem stanowisk pracy, na których są zatrudnione kobiety w ciąży lub karmiące dziecko piersią, młodociani, niepełnosprawni, pracownicy wykonujący pracę zmianową, w tym pracujący w nocy, oraz osoby fizyczne wykonujące pracę na innej podstawie niż stosunek pracy w zakładzie pracy lub w miejscu wyznaczonym przez pracodawcę.
 - 2) Informowanie pracodawcy o stwierdzonych zagrożeniach zawodowych, wraz z wnioskami zmierzającymi do usuwania tych zagrożeń.
 - 3) Udział w opracowywaniu planów modernizacji i rozwoju zakładu pracy oraz przedstawianie propozycji dotyczących uwzględnienia w tych planach rozwiązań techniczno-organizacyjnych zapewniających poprawę stanu bezpieczeństwa i higieny pracy.
 - 4) Udział w ocenie założeń i dokumentacji dotyczących modernizacji zakładu pracy albo jego części, a także nowych inwestycji, oraz zgłaszanie wniosków dotyczących uwzględnienia wymagań bezpieczeństwa i higieny pracy w tych założeniach i dokumentacji.
 - 5) Udział w przekazywaniu do użytkowania nowo budowanych lub przebudowywanych obiektów budowlanych albo ich części, w których przewiduje się pomieszczenia pracy, urządzeń produkcyjnych oraz innych urządzeń mających wpływ na warunki pracy i bezpieczeństwo pracowników.
 - 6) Zgłaszanie wniosków dotyczących wymagań bezpieczeństwa i higieny pracy w stosowanych oraz nowo wprowadzanych procesach.
 - 7) Przedstawianie wniosków dotyczących zachowania wymagań ergonomii na

Regulamin Organizacyjny

stanowiskach pracy.

- 8) Udział w opracowywaniu zakładowych układów zbiorowych pracy, wewnętrznych zarządzeń, regulaminów i instrukcji ogólnych dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy oraz w ustalaniu zadań osób kierujących pracownikami w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy.
- 9) Opiniowanie szczegółowych instrukcji dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy na poszczególnych stanowiskach pracy.
- 10) 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.
- 11) Prowadzenie rejestrów, kompletowanie i przechowywanie dokumentów dotyczących wypadków przy pracy, stwierdzonych chorób zawodowych podejrzeń o takie choroby, a także przechowywanie wyników badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy.
- 12) Doradztwo w zakresie stosowania przepisów oraz zasad bezpieczeństwa i higieny pracy.
- 13) Udział w dokonywaniu oceny ryzyka zawodowego, które wiąże się z wykonywaną pracą.
- 14) Doradztwo w zakresie organizacji i metod pracy na stanowiskach pracy, na których występują czynniki niebezpieczne, szkodliwe dla zdrowia lub warunki uciążliwe, oraz doboru najwłaściwszych środków ochrony zbiorowej i indywidualnej.
- 15) 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.
- 16) Współpraca z laboratoriami upoważnionymi 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.
- 17) Współpraca z laboratoriami i innymi jednostkami zajmującymi się pomiarami stanu środowiska naturalnego, działającymi w systemie państwowego

Regulamin Organizacyjny

monitoringu środowiska.

- 18) Współdziałanie z lekarzem sprawującym profilaktyczną opiekę zdrowotną nad pracownikami, a w szczególności przy organizowaniu okresowych badań lekarskich pracowników.
 - 19) Współdziałanie ze społeczną inspekcją pracy oraz z zakładowymi organizacjami związkowymi przy podejmowaniu przez nie działań mających na celu przestrzeganie przepisów oraz zasad bezpieczeństwa i higieny pracy, w obowiązującym trybie i zakresie oraz podejmowanych przez pracodawcę przedsięwzięciach mających na celu poprawę warunków pracy.
 - 20) Uczestniczenie w konsultacjach w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy, a także w pracach komisji bezpieczeństwa i higieny pracy oraz innych zakładowych komisji zajmujących się problematyką bezpieczeństwa i higieny pracy, w tym zapobieganiem chorobom zawodowym i wypadkom przy pracy.
 - 21) Sporządzanie analiz stanu bezpieczeństwa i higieny pracy zawierających propozycje przedsięwzięć technicznych i organizacyjnych mających na celu zapobieganie zagrożeniom życia i zdrowia pracowników oraz poprawę warunków pracy.
 - 22) Inicjowanie i rozwijanie na terenie zakładu pracy różnych form popularyzacji problematyki bezpieczeństwa i higieny pracy oraz ergonomii.
 - 23) Prowadzenie szkoleń wstępnych ogólnych i okresowych w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy.
 - 24) Prowadzenie archiwum dokumentacji związanej z zakresem zadań Działu według obowiązujących przepisów.
 - 25) Przedkładanie do Działu Logistyki zapotrzebowań dotyczących zabezpieczenia pracowników USK w odzież ochronną i obuwie robocze.
2. Do uprawnień służby BHP należy:
- 1) Przeprowadzanie kontroli stanu bezpieczeństwa i higieny pracy, a także przestrzegania przepisów oraz zasad w tym zakresie w zakładzie pracy i w każdym innym miejscu wykonywania pracy.
 - 2) Występowanie do osób kierujących pracownikami z zaleceniami usunięcia stwierdzonych zagrożeń wypadkowych i szkodliwości zawodowych oraz uchybień w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy.
 - 3) Występowanie do pracodawcy z wnioskami o nagradzanie pracowników

Regulamin Organizacyjny

wyróżniających się w działalności na rzecz poprawy warunków bezpieczeństwa i higieny pracy.

- 4) Występowanie do pracodawcy o zastosowanie kar porządkowych w stosunku do pracowników odpowiedzialnych za zaniedbanie obowiązków w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy.
- 5) Wstrzymanie pracy maszyny lub innego urządzenia technicznego w razie wystąpienia bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia pracownika albo innych osób.
- 6) Odsunięcie od pracy pracownika zatrudnionego przy pracy wzbronionej.
- 7) Odsunięcie od pracy pracownika, który swoim zachowaniem lub sposobem wykonywania pracy stwarza bezpośrednie zagrożenie życia lub zdrowia własnego albo innych osób.
- 8) Wnioskowanie do pracodawcy o niezwłoczne wstrzymanie pracy w zakładzie pracy, w jego części lub w innym miejscu wyznaczonym przez pracodawcę do wykonywania pracy, w wypadku stwierdzenia bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia pracowników albo innych osób.

§ 55

Do zadań **Audytu wewnętrznego** w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym im. Jana Mikulicza - Radeckiego we Wrocławiu należy wspieranie Dyrektora Szpitala w realizacji celów i zadań przez systematyczną ocenę kontroli zarządczej oraz czynności doradcze dotyczące wszystkich obszarów działania Szpitala, a w szczególności:

1. wspieranie Dyrektora Szpitala w osiągnięciu wytyczonych celów i realizacji statutowych zadań jednostki poprzez systematyczne, niezależne i konsekwentne działanie o charakterze zapewniającym i doradczym, służące poprawie skuteczności zarządzania, w tym zarządzania ryzykiem,
2. realizacja zadań audytowych zapewniających oraz doradczych mających na celu dokonanie oceny adekwatności, skuteczności i efektywności kontroli zarządczej w Szpitalu,
3. przygotowanie do końca roku poprzedniego rocznego planu audytu w oparciu o analizę ryzyka,
4. sporządzenie do końca stycznia sprawozdania z realizacji planu audytu wewnętrznego za poprzedni rok,

Regulamin Organizacyjny

5. stworzenie i wdrożenie systemu monitorowania realizacji zaleceń wynikających ze zrealizowanych zadań audytowych poprzez planowanie i wykonywanie czynności sprawdzających,
6. opracowywanie i aktualizacja procedur audytu wewnętrznego obejmujących wszystkie aspekty jego działalności,
7. przestrzeganie zasad etyki audytora,
8. przestrzeganie standardów audytu wewnętrznego w jednostkach sektora finansów publicznych,
9. szczegółowy zakres zadań audytu wewnętrznego określa odrębne Zarządzenie Dyrektora Szpitala.

ROZDZIAŁ XIII

Zakres zadań pionu Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa

§ 56

Komórki organizacyjne w pionie Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa:

- 1. Kliniki i Oddziały Kliniczne.**
- 2. Centrum Leczenia Urazów Wielonarządowych i Mnogich.**
- 3. Szpitalny Oddział Ratunkowy – Klinika Medycyny Ratunkowej.**
- 4. Uniwersyteckie Centrum Transplantacji.**
- 5. Apteka Szpitalna.**
- 6. Dział Bloków Operacyjnych.**
- 7. Dział Jakości, Bezpieczeństwa Procesów Medycznych i Higieny – Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych.**
- 8. Dział Zdrowia Publicznego – Ośrodek Kształcenia dla lekarzy w dziedzinie Zdrowia Publicznego.**
- 9. Zespół Psychologów.**

§ 57

- 1. Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa** podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.
2. Do zadań Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa należy: organizowanie, koordynowanie oraz pełnienie nadzoru nad świadczeniem usług medycznych, jak również w zakresie działalności dydaktycznej i badawczej prowadzonej w komórkach medycznych Szpitala na potrzeby Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego, a w szczególności odpowiedzialność za:
 - 1) prawidłowe planowanie, organizowanie i kierowanie zadaniami w podległych komórkach organizacyjnych i nadzór nad nimi. Nadzorowanie Kierowników komórek medycznych w zakresie realizacji w komórkach szpitala działalności usługowej i medycznej, dydaktycznej i badawczej realizowanej przez podległy personel,
 - 2) rozpoznawanie skarg pacjentów dotyczących jakości i prawidłowości wykonywanych świadczeń medycznych,
 - 3) nadzór nad realizacją i opracowywaniem systemu szkoleń podległego personelu wspólnie z podległymi komórkami organizacyjnymi,

Regulamin Organizacyjny

- 4) sprawowanie nadzoru nad dokumentacją medyczną oraz podejmowanie decyzji w zakresie jej udostępniania, a także przeprowadzanie systematycznych kontroli dokumentacji medycznej będącej w kompetencji podległego personelu,
- 5) nadzór nad przeprowadzeniem okresowych badań i szczepień ochronnych pracowników,
- 6) nadzorowanie nad gospodarką lekami, artykułami medycznymi w Szpitalu;
- 7) organizowanie konsultacji oddziałów, pracowni i innych działów pomocniczych działalności medycznych,
- 8) nadzorowanie prawidłowości i rzetelności w zakresie realizacji umów zawartych przez Szpital na świadczenia medyczne w podległych komórkach.
- 9) ustalanie i realizację polityki zapobiegania zakażeń szpitalnych i higieny szpitalnej.
- 10) nadzorowanie i koordynowanie pracy Komitetów, Zespołów i Komisji powołanych zgodnie z regulaminem Komitetów, Zespołów i Komisji działających w Szpitalu podległych bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.
- 11) nadzorowanie pracy Zespołu Psychologów.

§ 58

Do podstawowych zadań komórek medycznych, w tym oddziałów szpitalnych lecznictwa stacjonarnego należy w szczególności:

1. Zapewnienie opieki stacjonarnej w reprezentowanej specjalności.
2. Rozpoznawanie, leczenie i orzekanie o stanie zdrowia.
3. Udzielanie kwalifikowanej pomocy w nagłych wypadkach i nagłych zachorowaniach.
4. Prowadzenie dokumentacji zgodnie z ustalonymi zasadami.
5. Monitorowanie i ciągła poprawa jakości usług medycznych.
6. Udzielanie konsultacji specjalistycznych.
7. Dbłość o podnoszenie kwalifikacji personelu medycznego.
8. Realizacja programów rządowych z zakresu lecznictwa i profilaktyki.
9. Realizacja polityki zapobiegania zakażeniom szpitalnym i higieny szpitalnej.
10. Działalność oświatowo-zdrowotna i promocja zdrowia.
11. Udzielanie informacji osobom uprawnionym o stanie zdrowia pacjenta lub o jego

Regulamin Organizacyjny

śmierci.

12. Prowadzenie działalności dydaktycznej i badawczej na potrzeby Szpitala.
13. Składanie propozycji do planów: zakupów rocznych i inwestycyjnego.
14. Świadczenia zdrowotne w komórkach medycznych lecznictwa stacjonarnego udzielane są codziennie przez całą dobę.

§ 59

Do szczegółowych zadań komórek medycznych lecznictwa stacjonarnego należy w szczególności:

1. **Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii:**
 - 1) Oddział Kliniczny Anestezjologii i Intensywnej Terapii – zapewnienie pacjentom całodobowej opieki stacjonarnej, postępowania diagnostycznego i leczenia u pacjentów dorosłych w stanie bezpośredniego zagrożenia życia z zastosowaniem intensywnej terapii i wentylacji mechanicznej, przy zastosowaniu zaawansowanych metod diagnostyczno-leczniczych, wsparcie kliniczne i prowadzenie znieczuleń do zabiegów operacyjnych i diagnostycznych, prowadzenie resuscytacji na terenie szpitala., prowadzenie leczenia bólu.
 - 2) Oddział Kliniczny Anestezjologii i Intensywnej Terapii Dziecięcej - zapewnienie pacjentom niepełnoletnim całodobowej opieki stacjonarnej, postępowania diagnostycznego i leczniczego w stanie bezpośredniego zagrożenia życia z zastosowaniem intensywnej terapii i wentylacji mechanicznej, przy zastosowaniu zaawansowanych metod diagnostyczno-leczniczych, opieki pooperacyjnej po zabiegach z różnych dziedzin, prowadzenie resuscytacji na terenie szpitala., prowadzenie leczenia bólu u pacjentów pediatrycznych.
2. **Klinika Angiologii, Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii:**
 - 1) Oddział Kliniczny Angiologii- zapewnienie pacjentom całodobowej opieki stacjonarnej oraz postępowania diagnostyczno-leczniczego i rehabilitacyjnego w zakresie chorób układu naczyniowego,
 - 2) Oddział Kliniczny Nadciśnienia Tętniczego - zapewnienie pacjentom całodobowej opieki stacjonarnej oraz postępowania diagnostyczno-leczniczego i rehabilitacyjnego w zakresie choroby nadciśnieniowej

Regulamin Organizacyjny

- pierwotnej i nadciśnienia wtórnego oraz ich powikłań,
- 3) Oddział Kliniczny Diabetologii - zapewnienie pacjentom całodobowej opieki stacjonarnej oraz postępowania diagnostyczno-leczniczego i rehabilitacyjnego w zakresie cukrzycy i jej powikłań.
3. Klinika Chirurgii Małoinwazyjnej i Proktologicznej:
- 1) Oddział Kliniczny Chirurgii Małoinwazyjnej i Proktologicznej - zapewnienie pacjentom całodobowej opieki stacjonarnej oraz postępowania diagnostyczno-leczniczego, operacyjnego i rehabilitacyjnego w zakresie chirurgii, w tym chirurgii laparoskopowej i endoskopii zabiegowej oraz postępowania operacyjnego w ramach Centrum Urazowego.
4. Klinika Chirurgii Naczyniowej, Ogólnej i Transplantacyjnej:
- 1) Oddział Kliniczny Chirurgii Naczyniowej - zapewnienie całodobowej opieki stacjonarnej oraz postępowania diagnostyczno-leczniczego, operacyjnego i rehabilitacyjnego w zakresie chirurgii naczyniowej klasycznej oraz postępowania operacyjnego w ramach Centrum Urazowego,
 - 2) Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej- zapewnienie całodobowej opieki stacjonarnej oraz postępowania diagnostyczno-leczniczego, operacyjnego i rehabilitacyjnego w zakresie chirurgii ogólnej, w tym chirurgii wątroby i postępowania operacyjnego w ramach Centrum Urazowego,
 - 3) Oddział Kliniczny Transplantologii - zapewnienie całodobowej opieki stacjonarnej oraz postępowania diagnostyczno-leczniczego, operacyjnego i rehabilitacyjnego w zakresie przeszczepiania narządów unaczynionych – nerek i wątroby,
 - 4) Ponadregionalne Centrum Chirurgii Endowaskularnej - zapewnienie planowych i interwencyjnych naczyniowych zabiegów diagnostycznych oraz wewnątrznaczyniowych zabiegów operacyjnych, w tym zabiegów w ramach Centrum Urazowego, a w tym w szczególności należy:
 - a) wykonywanie zabiegów wewnątrznaczyniowych (wszczepianie stenów, stenografów, protez naczyniowych, embolizacje naczynek i tętniaków, drenaże żółciowe), w trybie planowym i interwencyjnym dla innych komórek medycznych Szpitala,
 - b) prowadzenie racjonalnej gospodarki posiadanymi zasobami (leki i sprzęt medyczny) zgodnie z wyznaczonymi limitami budżetowymi,

Regulamin Organizacyjny

- c) w zakresie zaopatrzenia w wysokospecjalistyczny sprzęt, zgłaszanie propozycji do planów zakupów rocznych, stanowiących podstawę do przeprowadzenia postępowań przetargowych zgodnie z ustawą Prawo Zamówień Publicznych,
- d) planowanie i wykonywanie procedur w sposób zapewniający zrównoważony sposób realizacji umów na świadczenia medyczne zawarte przez Szpital z płatnikiem,
- e) prowadzenie obowiązkowej dokumentacji, w szczególności w zakresie wynikającym z przepisów prawa określających bezpieczne wykonywanie procedur z zastosowaniem promieniowania jonizującego.
- f) Ponadregionalne Centrum Chirurgii Endowaskularnej działa od poniedziałku do piątku w godzinach od 8.00 do 13.00 oraz całodobowo w dniach, w których Szpital zabezpiecza miasto Wrocław i region w zakresie chirurgii naczyniowej.

5. Klinika Chirurgii Ogólnej i Chirurgii Onkologicznej:

- 1) Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej - zapewnienie całodobowej opieki stacjonarnej oraz postępowania diagnostyczno-leczniczego, operacyjnego i rehabilitacyjnego w zakresie chirurgii ogólnej, w tym chirurgii laparoskopowej oraz postępowania operacyjnego w ramach Centrum Urazowego,
- 2) Oddział Kliniczny Chirurgii Onkologicznej - zapewnienie całodobowej opieki stacjonarnej oraz postępowania diagnostyczno-leczniczego, operacyjnego i rehabilitacyjnego w zakresie chirurgii onkologicznej.

6. Klinika Chirurgii Serca:

- 1) Oddział Kliniczny Kardiochirurgii - zapewnienie całodobowej opieki stacjonarnej oraz postępowania diagnostyczno-leczniczego, operacyjnego i rehabilitacyjnego w zakresie kardiochirurgii, w tym nabytych i wrodzonych wad serca, zabiegów przeszłowania wieńcowego, operacyjnego leczenia tętniaków aorty, prowadzenia perfuzji wewnątrznaczyniowej, oceny nieinwazyjnej i inwazyjnej układu krążenia oraz postępowania operacyjnego w ramach Centrum Urazowego,
- 2) Pododdział Torakochirurgii - zapewnienie całodobowej opieki stacjonarnej

Regulamin Organizacyjny

oraz postępowania diagnostyczno-leczniczego, operacyjnego i rehabilitacyjnego w zakresie torakochirurgii, w tym endoskopii zabiegowej oraz postępowania operacyjnego w ramach Centrum Urazowego.

7. Klinika Chirurgii Szczękowo-Twarzowej:

1) Oddział Kliniczny Chirurgii Szczękowo-Twarzowej - zapewnienie całodobowej opieki stacjonarnej oraz postępowania diagnostyczno-leczniczego, operacyjnego i rehabilitacyjnego w zakresie chirurgii szczękowo-twarzowej, w tym postępowania operacyjnego w ramach Centrum Urazowego.

8. Klinika Chirurgii Urazowej i Chirurgii Ręki:

1) Oddział Kliniczny Chirurgii Urazowo Ortopedycznej - zapewnienie całodobowej opieki stacjonarnej oraz postępowania diagnostyczno-leczniczego, operacyjnego i rehabilitacyjnego w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu, w tym postępowania operacyjnego w okołoporodowych uszkodzeniach splotu barkowego oraz postępowania operacyjnego w ramach Centrum Urazowego,

2) Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej - zapewnienie całodobowej opieki stacjonarnej oraz postępowania diagnostyczno-leczniczego, operacyjnego i rehabilitacyjnego w zakresie chirurgii ogólnej.

9. Klinika Chorób Wewnętrznych, Zawodowych, Nadciśnienia Tętniczego i Onkologii Klinicznej:

1) Oddział Kliniczny Chorób Wewnętrznych i Zawodowych - zapewnienie pacjentom całodobowej opieki stacjonarnej oraz postępowania diagnostyczno-leczniczego, rehabilitacyjnego w zakresie chorób wewnętrznych i toksykologii,

2) Oddział Kliniczny Nadciśnienia Tętniczego - zapewnienie pacjentom całodobowej opieki stacjonarnej oraz postępowania diagnostyczno-leczniczego, i rehabilitacyjnego w zakresie nadciśnienia tętniczego pierwotnego i wtórnego oraz jego powikłań,

3) Pracownia Holterowska RR i EKG - zapewnienie wykonywania procedur diagnostycznych choroby nadciśnieniowej z jej powikłaniami metodami całodobowego monitorowania EKG metodą Holtera i ABPM,

4) Pracownia Spirometryczna- zapewnienie wykonywania procedur

Regulamin Organizacyjny

diagnostycznych chorób układu oddechowego metodami spirometrii spoczynkowej i czynnościowej oraz pletyzmografii.

- 5) Oddział Onkologii Klinicznej z Dziennym Oddziałem Onkologii - zapewnienie pacjentom całodobowej opieki w trybie stacjonarnym, jednodniowym i ambulatoryjnym w zakresie diagnostyki i leczenia schorzeń nowotworowych. Ustalanie kompleksowego postępowania z pacjentem onkologicznym.
- 6) Pododdział Geriatrii - zapewnienie pacjentom całodobowej opieki stacjonarnej oraz postępowania diagnostyczno-leczniczego i rehabilitacyjnego schorzeń występujących w wieku podeszłym. Pododdział prowadzi działania w stanach pogorszenia stanu zdrowia seniorów, zapewnia osiągnięcie spowolnienia przebiegu chorób przewlekłych, zmierza do poprawy komfortu życia w chorobach przewlekłych i nieuleczalnych, prowadzi edukację chorych, a szczególnie opiekunów, co do właściwego zindywidualizowanego postępowania z pacjentem.

10. Klinika Gastroenterologii i Hepatologii:

- 1) Oddział Kliniczny Gastroenterologii - zapewnienie pacjentom całodobowej opieki stacjonarnej oraz postępowania diagnostyczno-leczniczego i rehabilitacyjnego w zakresie gastroenterologii, w tym nieswoistych zapaleń jelit z opieką w ramach programów lekowych, diagnostyki manometrycznej oraz badań motoryki przewodu pokarmowego i pH-metrii,
- 2) Oddział Kliniczny Hepatologii - zapewnienie pacjentom całodobowej opieki stacjonarnej oraz postępowania diagnostyczno-leczniczego i rehabilitacyjnego w hepatologii,
- 3) Oddział Kliniczny Chorób Metabolicznych - zapewnienie pacjentom całodobowej opieki stacjonarnej oraz postępowania diagnostyczno-leczniczego i rehabilitacyjnego w zakresie rozpoznawania wad metabolizmu, poradnictwo dla pacjentów i ich rodzin w zakresie postępowania dietetycznego w przypadkach wad metabolizmu leczonych dietetycznie, działalność edukacyjna w zakresie wad metabolizmu.

11. Klinika Ginekologii i Położnictwa:

- 1) Oddział Kliniczny Ginekologiczno-Położniczy - zapewnienie pacjentkom całodobowej opieki stacjonarnej oraz postępowania diagnostyczno-

Regulamin Organizacyjny

lecniczego, operacyjnego i rehabilitacyjnego w zakresie położnictwa i ginekologii, w tym porodów w znieczuleniu i endoskopowych zabiegów ginekologicznych oraz postępowania operacyjnego w ramach Centrum Urazowego, poradnictwa i edukacji w ramach szkoły rodzenia.

12. Klinika Neonatologii:

- 1) Oddział Kliniczny Intensywnej Terapii Noworodków - zapewnienie noworodkom całodobowej opieki stacjonarnej, postępowania diagnostycznego i leczniczego w stanie bezpośredniego zagrożenia życia z zastosowaniem intensywnej terapii i wentylacji mechanicznej, przy zastosowaniu zaawansowanych metod diagnostyczno-leczniczych, opieki przed- i pooperacyjnej po zabiegach z różnych dziedzin,
- 2) Oddział Kliniczny Neonatologiczny - zapewnienie noworodkom całodobowej opieki stacjonarnej oraz postępowania diagnostyczno-leczniczego i rehabilitacyjnego w zakresie neonatologii i patologii noworodków, w tym infekcji, zaburzeń centralnego układu nerwowego, zespołów genetycznych, zaburzeń hematologicznych, metabolicznych, retinopatii wcześniaczej, prowadzenia wczesnej rehabilitacji oddechowej i ogólnousprawniającej,
- 3) Bank Mleka Kobięcego – zapewnienie noworodkom naturalnego, najbardziej fizjologicznego karmienia, realizacja zaleceń dotyczących sposobu żywienia wcześniaków i dzieci chorych, które nie mogą być karmione wprost z piersi matki, organizacja karmienia noworodków ściągniętym mlekiem, ułatwienie podtrzymania laktacji i mobilizacja matek dzieci do laktacji, gromadzenie i przechowywanie porcji pokarmu na użytek własnego dziecka i innych dzieci.

13. Klinika Kardiologii:

- 1) Oddział Kliniczny Kardiologiczny - zapewnienie pacjentom całodobowej opieki stacjonarnej, postępowania diagnostyczno-leczniczego oraz rehabilitacyjnego z zakresu kardiologii, w nabytych i wrodzonych chorobach mięśnia sercowego, wadach zastawkowych, zaburzeniach rytmu serca i innych patologiach układu krążenia, zabiegów z zakresu kardiologii interwencyjnej, elektrofizjologii i elektrostymulacji serca.

14. Klinika Nefrologii i Medycyny Transplantacyjnej:

- 1) Oddział Kliniczny Nefrologiczny - zapewnienie pacjentom całodobowej opieki stacjonarnej oraz postępowania diagnostyczno-leczniczego

Regulamin Organizacyjny

i rehabilitacyjnego w zakresie nefrologii, w tym w zakresie zachowawczego i interwencyjnego leczenia nabytych i wrodzonych schorzeń nerek i układu moczowego, nadciśnienia tętniczego oraz leczenia nefroprotekcijnego,

- 2) Oddział Kliniczny Transplantacji - zapewnienie pacjentom całodobowej opieki stacjonarnej oraz postępowania diagnostyczno-leczniczego i rehabilitacyjnego w zakresie transplantacji nerek,
- 3) Stacja Dializ- zapewnienie pacjentom postępowania nerkozastępczego – dializoterapii otrzewnowej i ciągłych technik dializoterapii pozaustrojowej.

15. Klinika Nefrologii Pediatricznej:

- 1) Oddział Kliniczny Nefrologii Pediatricznej - zapewnienie pacjentom niepełnoletnim całodobowej opieki stacjonarnej oraz postępowania diagnostyczno-leczniczego i rehabilitacyjnego w zakresie nefrologii, w tym w zakresie zachowawczego i interwencyjnego leczenia nabytych i wrodzonych schorzeń nerek i układu moczowego, nadciśnienia tętniczego oraz leczenia nefroprotekcijnego,
- 2) Stacja Dializ Pediatriczna - zapewnienie pacjentom postępowania nerkozastępczego – dializoterapii otrzewnowej i ciągłych technik dializoterapii pozaustrojowej.

16. Klinika Neurochirurgii:

- 1) Oddział Kliniczny Neurochirurgiczny z Pododdziałem Intensywnej Opieki Medycznej - zapewnienie pacjentom całodobowej opieki stacjonarnej oraz postępowania diagnostyczno-leczniczego, operacyjnego oraz rehabilitacyjnego w zakresie neurochirurgii, w tym neurochirurgii endoskopowej i zabiegów wewnątrznaczyniowych oraz postępowania operacyjnego w ramach Centrum Urazowego.

17. Klinika Neurologii:

- 1) Oddział Kliniczny Neurologii - zapewnienie pacjentom całodobowej opieki stacjonarnej oraz postępowania diagnostyczno-leczniczego i rehabilitacyjnego w zakresie neurologii, w tym postępowania leczniczego w ramach programów lekowych, diagnostyki w zakresie neurofizjologii klinicznej, neuropsychologii oraz metodą potencjałów wywołanych.

18. Klinika Okulistyki:

- 1) Oddział Kliniczny Okulistyczny - zapewnienie pacjentom całodobowej

Regulamin Organizacyjny

opieki stacjonarnej oraz postępowania diagnostyczno-leczniczego, operacyjnego i rehabilitacyjnego w zakresie okulistyki, w tym leczenia zachowawczego i operacyjnego chorób narządu wzroku, przeszczepów rogówki oraz postępowania operacyjnego w ramach Centrum Urazowego,

- 2) Oddział Kliniczny Okulistyczny Dziecięcy - zapewnienie pacjentom niepełnoletnim całodobowej opieki stacjonarnej oraz postępowania diagnostyczno-leczniczego, operacyjnego i rehabilitacyjnego w zakresie okulistyki, w tym leczenia zachowawczego i operacyjnego chorób narządu wzroku.

19. Klinika Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu:

- 1) Oddział Kliniczny Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej - zapewnienie pacjentom całodobowej opieki stacjonarnej oraz postępowania diagnostyczno-leczniczego, operacyjnego i rehabilitacyjnego w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu, w tym zabiegów małoinwazyjnych oraz postępowania operacyjnego w ramach Centrum Urazowego.
- 2) Pracownia Eksperymentalnej Komórkowej Regeneracji Tkanki – prowadzenie badań eksperymentalnych w warunkach in vitro pozwalających na zwielokrotnienie liczby chondrocytów wyizolowanych z wcześniej pobranej tkanki od pacjenta i ponownym wprowadzeniu komórek do zniszczonego chorobą zwyrodnieniową stawu (opracowanie optymalnych warunków hodowli, namnażania pobranych komórek, przechowywania celem sprawdzenia możliwości przywrócenia czynności funkcjonalnej tych komórek zależnie od czasu ich przechowywania). Opracowanie metody ponownego podania komórek jako autoprzeszczepu. Prowadzenie badań nad wrażliwością macierzystych i zróżnicowanych komórek nowotworowych na terapię w warunkach in vitro, badania nad wrażliwością komórek glejaków na zastosowane chemioterapeutyki w zależności od fenotypu komórki nowotworowej.

20. Klinika Otolaryngologii, Chirurgii Głowy i Szyi:

- 1) Oddział Kliniczny Otolaryngologiczny - zapewnienie pacjentom całodobowej opieki stacjonarnej oraz postępowania diagnostyczno-leczniczego, operacyjnego i rehabilitacyjnego w zakresie otolaryngologii, w tym wczesnej diagnostyki słuchu, endoskopowej i rynologicznej,

Regulamin Organizacyjny

endoskopowych zabiegów małoinwazyjnych oraz postępowania operacyjnego w ramach Centrum Urazowego,

- 2) Pododdział Otolaryngologii Dziecięcej - zapewnienie pacjentom małoletnim całodobowej opieki stacjonarnej oraz postępowania diagnostyczno-leczniczego, operacyjnego i rehabilitacyjnego w zakresie otolaryngologii, w tym wczesnej diagnostyki słuchu, endoskopowej i rynologicznej, endoskopowych zabiegów małoinwazyjnych.

21. Klinika Reumatologii i Chorób Wewnętrznych:

- 1) Oddział Kliniczny Reumatologii i Chorób Wewnętrznych - zapewnienie pacjentom całodobowej opieki stacjonarnej oraz postępowania diagnostyczno-leczniczego oraz rehabilitacyjnego w zakresie reumatologii, w tym opieki w ramach programów lekowych.

22. Klinika Urologii i Onkologii Urologicznej:

- 1) Oddział Kliniczny Urologii i Onkologii Urologicznej - zapewnienie pacjentom całodobowej opieki stacjonarnej oraz postępowania diagnostyczno-leczniczego, operacyjnego i rehabilitacyjnego w zakresie urologii, w tym zabiegów małoinwazyjnych i endoskopowych oraz postępowania operacyjnego w ramach Centrum Urazowego.

23. Ponadregionalne Centrum Onkologii Dziecięcej – „Przylądek Nadziei”

1. Klinika Transplantacji Szpiku, Onkologii i Hematologii Dziecięcej,
 - 1) Oddział Kliniczny Pediatrii i Onkologii dla Dzieci - zapewnienie pacjentom całodobowej opieki stacjonarnej oraz postępowania diagnostyczno-leczniczego ze szczególnym uwzględnieniem diagnostyki i leczenia chłoniaków ziarniczych i niezziarniczych, guzów litych i innych schorzeń onkologiczno – hematologicznych,
 - 2) Oddział Kliniczny Immunologii, Przeszczepiania Szpiku i Terapii Genowej – zapewnienie pacjentom ze schorzeniami onko-hematologicznymi, metabolicznymi, immunologicznymi całodobowej opieki stacjonarnej oraz postępowania diagnostyczno-leczniczego a szczególnie przeprowadzanie transplantacji komórek macierzystych, opieki przed i poprzyszczepowej,

Oddział Kliniczny Onkologii i Hematologii Dziecięcej z Pododdziałem Wzmoczonego Nadzoru - zapewnienie pacjentom całodobowej opieki stacjonarnej oraz postępowania diagnostyczno-leczniczego ze szczególnym uwzględnieniem diagnostyki i leczenia

Regulamin Organizacyjny

białaczek, aplazji szpiku, zespołów mielodysplastycznych, szkodliwych krwotocznych, guzów litych i innych schorzeń hematologicznych.

§ 60

1. **Centrum Leczenia Urazów Wielonarządowych i Mnogich** jest wydzieloną częścią funkcjonalną Szpitala.
2. Zadaniem Centrum jest szybkie rozpoznanie i objęcie odpowiednią opieką pacjentów urazowych w rozumieniu art. 3 pkt 12 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, z urazami wielonarządowymi i mnogimi, zakwalifikowanych do Centrum po spełnieniu kryteriów określonych w powszechnie obowiązujących przepisach.
3. Centrum działa na bazie SOR, Oddziału Klinicznego Anestezjologii i Intensywnej Terapii, oddziałów zabiegowych i bloku operacyjnego będących w zasobach Szpitala oraz zatrudnionego w wyżej wymienionych oddziałach personelu.
4. Pacjenci Centrum w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym świadczeń udziela Zespół Urazowy.
5. Zespół urazowy ma zapewniony całodobowy dostęp do diagnostyki obrazowej, endoskopowej, laboratoryjnej, konsultacji specjalistycznych, w szczególności z zakresu torakochirurgii i kardiochirurgii oraz banku krwi.
6. Po stabilizacji chorego i ustalonej diagnozie pacjent urazowy w zależności od potrzeb przekazywany jest:
 - 1) bezpośrednio na Blok Operacyjny,
 - 2) do Oddziału Klinicznego Anestezjologii i Intensywnej Terapii,
 - 3) do sali intensywnego nadzoru oddziału zabiegowego.
7. Pacjent urazowy po zaopatrzeniu chirurgicznym zostaje przewieziony do sali intensywnego nadzoru oddziału zabiegowego, z zakresu którego jest uraz wiodący. Za uraz wiodący uważa się uraz, mogący spowodować w krótkim okresie czasu bezpośrednie zagrożenie życia pacjenta urazowego.
8. Szczegółowe zasady funkcjonowania Centrum określa Regulamin wprowadzony Zarządzeniem Dyrektora Szpitala.

§ 61

1. Do zadań Szpitalnego Oddziału Ratunkowego – Kliniki Medycyny Ratunkowej

Regulamin Organizacyjny

należy w szczególności: udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej polegających na wstępnej diagnostyce oraz podjęciu leczenia w zakresie niezbędnym dla stabilizacji funkcji życiowych osób, które znajdują się w stanie nagłego zagrożenia zdrowia i życia.

2. Do szczegółowych zadań należy:
 - 1) monitorowanie i podtrzymywanie funkcji życiowych,
 - 2) prowadzenie resuscytacji krążeniowo-oddechowo- mózgowej,
 - 3) wykonywanie pełnego zakresu wczesnej diagnostyki i wstępnego leczenia urazów,
 - 4) prowadzenie resuscytacji płynowej,
 - 5) leczenie bólu,
 - 6) wstępne leczenie zatruc,
 - 7) opracowywanie chirurgiczne ran i urazów,
 - 8) przyjmowanie przez całą dobę pacjentów w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego,
 - 9) przyjmowanie kobiet do odbycia porodu,
 - 10) prowadzenie obowiązkowej dokumentacji.
3. Szpitalny Oddział Ratunkowy – Klinika Medycyny Ratunkowej czynny jest przez całą dobę.
4. Szczegółowe zasady funkcjonowania SOR określa Regulamin wprowadzony Zarządzeniem Dyrektora Szpitala.

§ 62

1. **Uniwersyteckie Centrum Transplantacji** jest wydzieloną częścią funkcjonalną Szpitala.
2. Do zadań **Uniwersyteckiego Centrum Transplantacji** należy w szczególności organizowanie i nadzór nad prawidłowym wykonywaniem procedur transplantacyjnych zgodnie z obowiązującymi przepisami.
3. Centrum działa na bazie komórek organizacyjnych Szpitala, w tym w szczególności:
 - 1) Oddziału Klinicznego Transplantacji Kliniki Nefrologii i Medycyny Transplantacyjnej,
 - 2) Oddziału Klinicznego Transplantologii Kliniki Chirurgii Naczyniowej,

Regulamin Organizacyjny

- Ogólnej i Transplantacyjnej,
- 3) Oddziału Klinicznego Hepatologii Kliniki Gastroenterologii i Hepatologii,
 - 4) Oddziału Klinicznego Anestezjologii i Intensywnej Terapii,
 - 5) Oddziału Klinicznego Urologii i Onkologii Urologicznej Kliniki Urologii i Onkologii Urologicznej,
 - 6) Oddziału Klinicznego Okulistyki.
4. Szczegółowe zasady funkcjonowania Centrum określa Regulamin Uniwersyteckiego Centrum Transplantacji.

§ 63

1. Do zadań **Apteki Szpitalnej** należy w szczególności: zabezpieczanie środków terapeutycznych w szczególności leków, materiałów i sprzętu medycznego dla pacjentów oraz wytwarzanie i dostarczanie produktów leczniczych i wyrobów medycznych najlepszej jakości poprzez:
 - 1) przygotowywanie leków recepturowych, aptecznych, leków do żywienia dojelitowego i pozajelitowego, leków cytostatycznych z zachowaniem zasad Dobrej Praktyki Wytwarzania,
 - 2) praktyczną realizację opieki farmaceutycznej,
 - 3) udzielanie fachowej informacji o lekach personelowi medycznemu,
 - 4) komunikację interpersonalną z lekarzami i innymi pracownikami służby zdrowia,
 - 5) stosowanie zasad kodeksu etyki zawodowej i przepisów prawa farmaceutycznego,
 - 6) stosowanie zasad dobrej praktyki aptecznej,
 - 7) ocenę jakości leków i monitoring działań niepożądanych,
 - 8) organizowanie zaopatrzenia Szpitala w produkty lecznicze i wyroby medyczne,
 - 9) sporządzanie leków recepturowych,
 - 10) sporządzanie leków aptecznych,
 - 11) udział w racjonalizacji farmakoterapii,
 - 12) współuczestniczenie w prowadzeniu gospodarki produktami leczniczymi i wyrobami medycznymi w Szpitalu,
 - 13) ustalanie procedur wydawania oraz bieżące wydawanie komórkom działalności podstawowej Szpitala produktów leczniczych i wyrobów medycznych – zgodnie z zapotrzebowaniem oraz z ustalonymi zasadami,
 - 14) prowadzenie ewidencji uzyskiwanych darów produktów leczniczych i wyrobów

Regulamin Organizacyjny

- medycznych,
- 15) wstrzymywanie i wycofywanie z obrotu szpitalnego produktów leczniczych i wyrobów medycznych zgodnie z decyzjami Głównego Inspektora Farmaceutycznego,
 - 16) wprowadzenie ewidencji leków i materiałów medycznych służących realizacji badań klinicznych w Szpitalu,
 - 17) realizację polityki zapobiegania zakażeniom szpitalnym i higieny szpitalnej,
2. Apteka Szpitalna czynna jest:
- 1) w dni robocze w godz. 07:00 - 17:00,
 - 2) w święta i dni wolne od pracy w godz. 7:30 - 15:30.

§ 64

1. Do **Działu Bloków Operacyjnych** zalicza się:
 - 1) Centralny Blok Operacyjny,
 - 2) Blok Operacyjny Oddziału Okulistycznego,
 - 3) Blok Operacyjny Oddziału Otolaryngologicznego,
 - 4) Blok Operacyjny Chirurgii Szcękowo-Twarzowej,
 - 5) Sala zabiegowa Oddziału Chirurgii Urazowej i Chirurgii Ręki.
2. Do zadań Działu Bloków Operacyjnych należy w szczególności:
 - 1) przeprowadzanie zabiegów operacyjnych przez wykwalifikowany personel oraz całodobowa gotowość do świadczenia usług medycznych w tym zakresie, prowadzenie znieczuleń do zabiegów diagnostycznych i operacyjnych, zapewnienie wczesnej opieki pooperacyjnej po zabiegach.
 - 2) utrzymywanie w stałym pogotowiu oraz organizacja bloku operacyjnego w trybie możliwości niezwłocznego przystąpienia do zabiegu operacyjnego,
 - 3) opieka nad operowanym na sali pooperacyjnej,
 - 4) w razie śmierci pacjenta w trakcie zabiegu operacyjnego, lekarz operujący zawiadamia kierownika właściwej komórki,
 - 5) nadzór nad prawidłowością i rzetelnością prowadzenia dokumentacji medycznej przez osoby uczestniczące w procedurach wykonywanych w Dziale Bloków Operacyjnych. Rodzaj i zakres obowiązkowej dokumentacji medycznej jest zawarty w Regulaminie Bloku Operacyjnego,
 - 6) realizacja polityki zapobiegania zakażeniom szpitalnym i higieny szpitalnej.

Regulamin Organizacyjny

3. Dział Bloków Operacyjnych funkcjonuje w oparciu o Regulamin Bloku Operacyjnego wprowadzony Zarządzeniem Dyrektora Szpitala. Działem kieruje kierownik przy pomocy zastępcy kierownika i pielęgniarki oddziałowej.

§ 65

Do zadań **Działu Jakości, Bezpieczeństwa Procesów Medycznych i Higieny** należy w szczególności:

1. Nadzór nad:
 - 1) utrzymaniem bezpieczeństwa sanitarno-epidemiologicznego Szpitala w zakresie realizowanych procesów medycznych,
 - 2) działaniami obniżającymi prawdopodobieństwo wystąpienia zagrożeń sanitarno - epidemiologicznych oraz minimalizacją skutków sytuacji niepożądanych w zakresie bezpieczeństwa sanitarno-epidemiologicznego,
 - 3) procedurami sanitarno - epidemiologicznymi w zakresie profilaktyki zakażeń.
2. Monitorowanie i raportowanie zakażeń szpitalnych oraz występowania czynników ryzyka zakażeń.
3. Opracowanie procedur, instrukcji i regulaminów epidemiologicznych, zgodnie z kompetencjami, oraz opiniowanie wskazanej dokumentacji z zakresu epidemiologii zakażeń.
4. Wdrażanie i nadzorowanie procedur sanitarno - epidemiologicznych w zakresie profilaktyki zakażeń.
5. Działania kontrolne planowe i bieżące w zakresie prewencji zakażeń szpitalnych oraz przestrzegania ustalonych epidemiologicznych standardów i instrukcji.
6. Wyznaczanie standardów w zakresie wprowadzania nowych technologii dotyczących utrzymania czystości.
7. Standaryzacja procesów sanitarno – epidemiologicznych w Szpitalu.
8. Ustalanie struktury organizacyjnej personelu sprzątającego i zajmującego się transportem wewnętrznym pacjentów.
9. Określenie obszarów i stref sanitarnych środowiska szpitalnego.
10. Monitorowanie procesów utrzymania czystości w Szpitalu poprzez kontrolę stanu sanitarno-epidemiologicznego.
11. Kontrola gospodarki i obiegu bielizny szpitalnej zgodnie z obowiązującą w Szpitalu procedurą.

Regulamin Organizacyjny

12. Organizacja szkoleń ogólnoszpitalnych w zakresie epidemiologii i higieny szpitalnej.
13. Zgłaszanie do planu inwestycyjnego niezbędnych usług/urządzeń/sprzętu do utrzymania czystości.
14. Udział w pracach komisji przetargowych: środki czystości, sprzęt do utrzymania czystości, usługi prania, dostawy bielizny szpitalnej, dostawy środków dezynfekcyjnych, sprzętu medycznego jednorazowego, środków ochrony osobistej, środków opatrunkowych, usługi transportu i odbioru odpadów szpitalnych – weryfikacja pod względem sanitarno-epidemiologicznym.
15. Koordynacja postępowań zakupowych dotyczących usług zewnętrznych w zakresie utrzymania czystości.
16. Opiniowanie nowych technologii pod względem sanitarno-epidemiologicznym.
17. Określenie i ujednolicenie dokumentacji medycznej w Szpitalu.
18. Koordynacja pracy Komitetów, Zespołów i Komisji powołanych w szpitalu zgodnie z regulaminem Komitetów, Zespołów i Komisji działających w Szpitalu.
19. Współpraca z Państwowym Powiatowym Inspektorem Sanitarnym w ramach: kontroli sanitarno-epidemiologicznych oraz pozyskiwania decyzji uprawniających do prowadzenia (rozszerzenia, zmiany) działalności Szpitala, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa.
20. Prowadzenie spraw dotyczących Systemu Zarządzania Jakością:
 - 1) określenie wymogów jakościowych do poszczególnych procesów, procedur/standardów/instrukcji oraz przekazywanie ich do komórek merytorycznych,
 - 2) procedowanie, rejestrowanie, aktualizowanie i przechowywanie dokumentacji w zakresie procedur/standardów/instrukcji obowiązujących w Szpitalu.
21. Inspektor ochrony radiologicznej:
 - 1) nadzór nad przestrzeganiem w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym warunków ochrony radiologicznej związanych z prowadzoną działalnością medyczną,
 - 2) nadzór nad przestrzeganiem prowadzenia działalności według instrukcji pracy z aparatami rentgenowskimi oraz nad prowadzeniem dokumentacji dotyczącej ochrony radiologicznej,
 - 3) nadzór nad działaniem sygnalizacji ostrzegawczej i prawidłowym oznakowaniem miejsc pracy ze źródłami promieniowania jonizującego,
 - 4) nadzór nad wykonywaniem podstawowych i specjalistycznych testów

Regulamin Organizacyjny

- wewnętrznej kontroli parametrów aparatury rentgenowskiej,
- 5) nadzór nad sprawnym działaniem aparatury dozymetrycznej oraz aparatury do wykonywania testów wewnętrznej kontroli parametrów aparatury rentgenowskiej,
 - 6) dokonywanie wstępnej oceny narażenia pracowników na podstawie wyników pomiaru dawek indywidualnych lub pomiarów dawek indywidualnych lub pomiarów dozymetrycznych w środowisku pracy, przekazanie informacji o otrzymanych dawkach promieniowania jonizującego pracownikom,
 - 7) współpraca ze służbą bezpieczeństwa i higieny pracy, osobami wdrażającymi program ochrony radiologicznej w zakresie ochrony przed promieniowaniem jonizującym,
 - 8) nadzór nad dokumentacją o której mowa w przepisach regulujących szczegółowe warunki bezpiecznej pracy ze źródłami promieniowania jonizującego,
 - 9) przedstawianie opinii i wniosków do dyrektora szpitala w zakresie objętym nadzorem inspektora ochrony radiologicznej.

§ 66

Do zadań **Działu Zdrowia Publicznego** należy w szczególności:

1. Kształcenie podyplomowe lekarzy w dziedzinie zdrowia publicznego, zarówno w systemie rezydenckim, jak i innych form dostępnych pod względem prawnym (umów cywilno-prawnych).
2. Dbanie o szeroko rozumianą politykę zdrowia publicznego zarówno w zakresie zbierania danych, ich przetwarzania, analizy oraz wprowadzania wynikających z nich wniosków i zaleceń.
3. Ścisła współpraca z Departamentem Spraw Społecznych oraz pokrewnymi komórkami organizacyjnymi władzy samorządowej Urzędu Miasta i innych instytucji.

§ 67

Do zadań **Zespołu Psychologów** należy w szczególności:

1. rozwiązywanie problemów zdrowotnych pacjentów hospitalizowanych w zakresie kompetencji psychologów,
2. pomoc i interwencje psychologiczne ukierunkowane na promocję zdrowia, prewencję zaburzeń, interwencje w stanach kryzysu i przejściowych trudności

Regulamin Organizacyjny

- i psychologiczna terapia zaburzeń pacjentów hospitalizowanych,
3. opisywanie i wyjaśnianie zdrowych i zaburzonych form zachowania, przeżywania i funkcjonowania somatycznego pacjenta, określenie ich przyczyn oraz wypełnianie zadań praktycznych, polegających na diagnozie zdrowia i/lub zaburzeń w celu zastosowania profesjonalnych, psychologicznych form pomocy i interwencji,
 4. opisywanie zdrowych i zaburzonych funkcji psychicznej i somatycznej oraz zachowania pacjentów hospitalizowanych.
 5. wyjaśnianie przyczyn zdrowia i zaburzeń oraz ich biopsychospołecznego mechanizmu,
 6. określanie zasad postępowania mającego na celu promocję i ochronę zdrowia, prewencję zaburzeń i pomoc psychoterapeutyczną,
 7. współpraca z lekarzami prowadzącymi w zakresie terapii zespołowej pacjentów hospitalizowanych.

ROZDZIAŁ XIV

Zakres zadań pionu Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa Otwartego

§ 68

Komórki organizacyjne w pionie **Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa Otwartego**:

- 1. Uniwersytecka Przychodnia Specjalistyczna.**
- 2. Dział Diagnostyki Laboratoryjnej.**
- 3. Bank Krwi.**
- 4. Dział Diagnostyki Endoskopowej.**
- 5. Zakład Radiologii Ogólnej, Zabiegowej i Neuroradiologii.**
- 6. Zakład Patomorfologii i Cytologii Klinicznej.**
- 7. Uniwersyteckie Centrum Rehabilitacji.**
- 8. Centrum Leczenia Bólu i Medycyny Paliatywnej.**

§ 69

- 1. Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa Otwartego** podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.
- 2. Do zadań Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa Otwartego** należy organizowanie, koordynowanie oraz pełnienie nadzoru nad jakością udzielanych świadczeń zdrowotnych w podległych komórkach medycznych, a w szczególności jest odpowiedzialny za:
 - 1) prawidłowe planowanie, organizowanie i kierowanie zadaniami w podległych komórkach organizacyjnych i nadzór nad nimi. Nadzorowanie kierowników komórek medycznych w zakresie realizacji w komórkach Szpitala działalności usługowej i medycznej, dydaktycznej i badawczej realizowanej przez podległy personel,
 - 2) rozpoznawanie skarg pacjentów dotyczących jakości wykonywanych świadczeń medycznych w podległych komórkach organizacyjnych,
 - 3) tworzenie warunków dla optymalizacji i ekonomizacji działalności,
 - 4) sprawowanie nadzoru nad dokumentacją medyczną oraz podejmowanie decyzji w zakresie jej udostępniania, a także przeprowadzanie systematycznych kontroli dokumentacji medycznej będącej w kompetencji podległego personelu,

Regulamin Organizacyjny

- 5) nadzór nad prawidłowością procesu podnoszenia kwalifikacji medycznej w zakresie podległego personelu,
- 6) nadzór nad tworzeniem warunków organizacyjnych prowadzenia, przekazywania i przechowywania dokumentacji medycznej, zapewniających jej poufność, zabezpieczających przed dostępem osób nieupoważnionych, zniszczeniem lub zagubieniem,
- 7) koordynacja i nadzór nad pracą podległych komórek medycznych, zespołów i komitetów oraz współpraca z kierownikami innych komórek medycznych i niemedycznych w celu zapewnienia kompleksowości świadczeń medycznych,
- 8) nadzór nad prawidłowością i rzetelnością w zakresie realizacji umów zawartych przez Szpital na świadczenia medyczne w podległych komórkach,
- 9) nadzór nad gospodarką krwi i preparatami krwiopochodnymi,
- 10) nadzór nad gospodarką lekami, odczynnikami i materiałami medycznymi oraz dążenie do racjonalizacji wydatków na te cele,
- 11) realizację polityki zapobiegania zakażeniom szpitalnym i higieny szpitalnej.
- 12) nadzór i koordynacja pracy Komitetów, Zespołów i Komisji powołanych zgodnie z regulaminem Komitetów, Zespołów i Komisji działających w Szpitalu podległych bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa Otwartego.

§ 70

Do zadań **Uniwersyteckiej Przychodni Specjalistycznej** należy prowadzenie diagnostyki i leczenia, przeprowadzanie konsultacji lekarskich pacjentów Poradni Specjalistycznych, Podstawowej Opieki Zdrowotnej i Medycyny Pracy. Systematyczne wprowadzanie standardów postępowania medycznego w poszczególnych jednostkach chorobowych i dbałość o jakość świadczonej opieki.

1. Do zadań Poradni Specjalistycznej należy w szczególności:
 - 1) zapewnienie opieki ambulatoryjnej w reprezentowanej specjalności,
 - 2) diagnozowanie, leczenie, profilaktyka, wczesne wykrywanie chorób i orzekanie o stanie zdrowia,
 - 3) udzielanie świadczeń konsultacyjnych oraz kwalifikowanie i kierowanie chorych do szpitala lub leczenia w innych podmiotach leczniczych,

Regulamin Organizacyjny

- 4) opieka poszpitalna nad chorymi hospitalizowanymi w Szpitalu,
- 5) promocja zdrowia i realizacja programów zdrowotnych,
- 6) dbałość o podnoszenie kwalifikacji personelu medycznego,
- 7) prowadzenie obowiązującej dokumentacji.

Świadczenia zdrowotne w poradniach specjalistycznych, w tym w poradniach przyklinicznych udzielane są w oparciu o ustalony harmonogram pracy w godzinach działalności Uniwersyteckiej Przychodni Specjalistycznej, zgodnie z zawartymi umowami z Narodowym Funduszem Zdrowia, według kolejności zgłoszenia wynikającej z list oczekujących oraz poza kolejnością dla wszystkich pacjentów w stanie zagrożenia zdrowia i życia.

2. Do zadań Poradni Podstawowej Opieki Zdrowotnej należy w szczególności:

- 1) współpraca lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej z:
 - a) pielęgniarką podstawowej opieki zdrowotnej i położną podstawowej opieki zdrowotnej, wybranymi przez świadczeniobiorcę,
 - b) pielęgniarką środowiskową,
 - c) przedstawicielami organizacji i instytucji działających na rzecz zdrowia.
- 2) lekarz Podstawowej Opieki Zdrowotnej w zakresie działań mających na celu zachowanie zdrowia pacjenta:
 - a) prowadzi edukację zdrowotną,
 - b) prowadzi systematyczną i okresową ocenę stanu zdrowia w ramach badań bilansowych i badań przesiewowych zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami,
 - c) koordynuje wykonanie i dokonuje kwalifikacji do obowiązkowych szczepień ochronnych pacjenta oraz zapewnia wykonywanie szczepień, zgodnie z odrębnymi przepisami, oraz informuje o szczepieniach zalecanych,
 - d) planuje i koordynuje postępowanie diagnostyczne i terapeutyczne, stosownie do stanu zdrowia pacjenta,
 - e) kieruje pacjenta na konsultacje specjalistyczne w celu dalszej diagnostyki leczenia,
 - f) kieruje pacjenta do jednostek leczenia zamkniętego w celu dalszej diagnostyki i leczenia.

Regulamin Organizacyjny

g) Świadczenia zdrowotne w Podstawowej Opieki Zdrowotnej udzielane są zgodnie z zawartą umową z Narodowym Funduszem Zdrowia.

3. Do zadań Medycyny Pracy należy w szczególności:

- 1) sprawowanie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi przez: wykonywanie badań wstępnych, okresowych, kontrolnych, celowanych, badań do celów sanitarno-epidemiologicznych,
- 2) wykonywanie badań umożliwiających wczesną diagnostykę chorób zawodowych,
- 3) czynne poradnictwo w stosunku do chorych na choroby zawodowe oraz osób niepełnosprawnych,
- 4) gromadzenie, przechowywanie informacji o narażeniu zawodowym, ryzyku zawodowym i stanie zdrowia osób objętych profilaktyczną opieką zdrowotną zgodnie z obowiązującymi przepisami,
- 5) współpraca z Działem Personalnym oraz Działem BHP,
- 6) współpraca z podmiotami zewnętrznymi dla których świadczone są usługi w zakresie medycyny pracy.

§ 71

1. Do zadań **Działu Diagnostyki Laboratoryjnej** należy w szczególności:

- 7) wykonywanie badań laboratoryjnych zgodnie z aktualną wiedzą medyczną dla pacjentów hospitalizowanych i ambulatoryjnych,
- 8) współpraca a oddziałami Szpitala, Poradniami specjalistycznymi w zakresie wykonywania badań laboratoryjnych, przekazywania wyników, standaryzacji postępowania diagnostycznego i działań poprawiających jakość świadczeń medycznych,
- 9) wykonywanie badań z zakresu hematologii i koagulologii, biochemii, analityki ogólnej, immunologii, monitorowania stężenia leków, serologii, transfuzjologii, poziomu hormonów i ich metabolitów, mikrobiologii,
- 10) zabezpieczenie oddziałów Szpitala w krew i preparaty krwiopochodne,
- 11) wykonywanie badań laboratoryjnych pacjentom komórek medycznych Szpitala na podstawie skierowania wydanego przez lekarza zatrudnionego w Szpitalu, pacjentom skierowanym przez inne podmioty lecznicze, z którymi Szpital zawarł stosowne umowy,

Regulamin Organizacyjny

- 12) wykonywanie odpłatnych badań laboratoryjnych pacjentom bez skierowania i pacjentom, których lekarz kierujący zobowiązał się do pokrycia kosztów związanych z tym badaniem,
 - 13) działalność oświatowo-zdrowotna i promocja zdrowia,
 - 14) prowadzenie obowiązującej dokumentacji,
 - 15) realizacja polityki zapobiegania zakażeniom szpitalnym i higieny szpitalnej.
2. Świadczenia zdrowotne w Dziale Diagnostyki Laboratoryjnej udzielane są przez:
- 1) Laboratorium Analityczne z Pracownią Diagnostyki Hematologicznej i Transplantacyjnej Kliniki Transplantacji Szpiku, Onkologii i Hematologii Dziecięcej,
 - 2) Laboratorium Mikrobiologiczne,
 - 3) Pracownia Immunologii Transfuzjologicznej z Bankiem Krwi,
 - 4) Laboratorium Biologii Molekularnej z Pracownią Chimeryzmu i Biologii Molekularnej Kliniki Transplantologii Szpiku, Onkologii i Hematologii Dziecięcej,
 - 5) Specjalistyczne Laboratorium Immunologiczne Kliniki Nefrologii i Medycyny Transplantacyjnej.

Świadczenia udzielane są:

- 1) dla pacjentów hospitalizowanych - codziennie przez całą dobę,
- 2) dla pacjentów ambulatoryjnych – od poniedziałku do piątku w godz. od 8.00 do 18.00.

§ 72

1. Do zadań **Banku Krwi** należy w szczególności:
 - 1) składanie zamówień na krew i jej składniki oraz ich odbiór w najbliższym Regionalnym Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa, zgodnie z zamówieniami uprawnionych komórek medycznych Szpitala,
 - 2) oznaczanie grupy krwi, czynnika Rh, przeciwciał odpornościowych do antygenów krwinek czerwonych, wykonanie bezpośredniego testu antyglobulinowego, wykonanie próby zgodności serologicznej między dawcą i biorcą, kwalifikacje do podania immunoglobuliny anty RhD, wykonywanie badań serologicznych dla noworodków,
 - 3) przechowywanie krwi i jej składników do czasu ich wydania zamawiającemu

Regulamin Organizacyjny

oraz wydawanie krwi i jej składników do uprawnionych komórek medycznych Szpitala,

- 4) prowadzenie dokumentacji dotyczącej:
 - a) przychodów i rozchodów krwi i jej składników,
 - b) zapewniającej identyfikację dawcy i biorcy krwi lub jej składników.
- 5) prowadzenie sprawozdawczości zużycia krwi i jej składników,
- 6) współpraca z Regionalnym Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa i komórkami medycznymi Szpitala.
- 7) współpraca z oddziałami Szpitala w zakresie gospodarki krwią.

§ 73

1. **Dział Diagnostyki Endoskopowej** wykonuje pełny zakres endoskopii diagnostycznej i zabiegowej w zakresie przewodu pokarmowego, układu moczowego i dróg oddechowych.
2. Do zadań Działu Diagnostyki Endoskopowej należy w szczególności:
 - 1) prowadzenie diagnostyki i endoskopowego leczenia zabiegowego zgodnie z aktualną wiedzą medyczną dla pacjentów hospitalizowanych w Szpitalu i ambulatoryjnych,
 - 2) prowadzenie konsultacji lekarskich pacjentów hospitalizowanych, u których planowane są badania i zabiegi endoskopowe,
 - 3) prewencja i wczesne wykrywanie chorób układu pokarmowego, układu moczowego i oddechowego,
 - 4) świadczenia konsultacyjne wobec pacjentów z chorobami układu pokarmowego, układu moczowego i oddechowego,
 - 5) diagnostyka przewodu pokarmowego, układu moczowego i oddechowego - USG, endoskopie, pobieranie wycinków,
 - 6) wykonywanie procedur medycznych zgodnie z zawartą umową z Narodowym Funduszem Zdrowia i innymi podmiotami leczniczymi,
 - 7) prowadzenie dokumentacji medycznej w sposób staranny i zgodny z obowiązującymi przepisami.
 - 8) realizacja polityki zapobiegania zakażeniom szpitalnym i higieny szpitalnej.
3. Świadczenia zdrowotne w Dziale Diagnostyki Endoskopowej udzielane są dla pacjentów hospitalizowanych w Szpitalu przez całą dobę, a dla pacjentów

Regulamin Organizacyjny

ambulatoryjnych od poniedziałku do piątku w godz. 7.30 - 15.05.

§ 74

1. Do zadań **Zakładu Radiologii Ogólnej, Zabiegowej i Neuroradiologii** należy w szczególności:
 - 1) udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu diagnostyki obrazowej,
 - 2) wykonywanie badań radiologicznych, szczególnie diagnostyka obrazowa i EKG,
 - 3) wykonywanie badań USG konwencjonalnych i dopplerowskich,
 - 4) wykonywanie badań tomografii komputerowej,
 - 5) wykonywanie badań metodą rezonansu magnetycznego,
 - 6) przeprowadzanie badań naczyniowych i neuroradiologicznych (aortografia, angiografia obwodowa i mózgowa),
 - 7) wykonywanie zabiegów wewnątrznaczyniowych (embolizacje naczynek i tętniaków, neuroradiologia),
 - 8) prowadzenie obowiązującej dokumentacji,
 - 9) prowadzenie kontroli jakości badań,
 - 10) zapewnienie pacjentom pełnej ochrony i bezpieczeństwa radiologicznego zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa,
 - 11) przeprowadzania konsultacji lekarskich pacjentów hospitalizowanych,
 - 12) przeprowadzanie diagnostyki obrazowej pacjentów hospitalizowanych na oddziałach szpitalnych, jeśli stan pacjenta tego wymaga,
 - 13) ścisła współpraca z oddziałami szpitalnymi, poradniami specjalistycznymi, POZ w części dotyczącej kompleksowej opieki nad pacjentem, standaryzacji diagnostyki obrazowej.
 - 14) realizacja polityki zapobiegania zakażeniom szpitalnym i higieny szpitalnej.
2. Świadczenia zdrowotne w Zakładzie Radiologii Ogólnej, Zabiegowej i Neuroradiologii udzielane są całodobowo dla pacjentów hospitalizowanych w Szpitalu i od poniedziałku do soboty w godz. 7.30 do 22.00 dla pacjentów ambulatoryjnych.

§ 75

1. Do zadań **Zakładu Patomorfologii i Cytologii Klinicznej** należy w szczególności:
 - 1) odbiór materiału do badań histopatologicznych i cytologicznych z medycznych

Regulamin Organizacyjny

- komórek organizacyjnych,
- 2) opracowanie makroskopowe wycinków otrzymanych z komórek medycznych Szpitala oraz podmiotów leczniczych, z którymi Szpital zawarł stosowną umowę na wykonywanie badań histopatologicznych i cytologicznych,
 - 3) wykonywanie preparatów histopatologicznych i cytologicznych,
 - 4) wykonywanie badań śródoperacyjnych,
 - 5) ocena histopatologiczna i cytologiczna preparatów oraz sporządzanie wyników badań histopatologicznych i cytologicznych,
 - 6) sporządzanie raportów histopatologicznych i cytologicznych,
 - 7) przeprowadzanie obdukcji i sekcji zwłok,
 - 8) udział w pracach zespołu ds. analizy zgonów,
 - 9) współpraca i konsultacje z innymi komórkami medycznymi Szpitala,
 - 10) przechowywanie, przygotowanie do wydania oraz wydawanie zwłok zgodnie z procedurą przyjętą w Szpitalu,
 - 11) prowadzenie i przechowywanie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami,
 - 12) realizacja polityki zapobiegania zakażeniom szpitalnym i higieny szpitalnej.
2. Pracownia Histopatologii – głównym zadaniem pracowni jest ustalanie rozpoznań histologicznych i cytologicznych. Zadania pracowni realizowane są przez wykonywanie:
- 1) badań histopatologicznych pooperacyjnego materiału tkankowego,
 - 2) badań histopatologicznych materiałów operacyjnych,
 - 3) badań histopatologicznych z materiałów oligobiopsyjnych i endoskopowych,
 - 4) badań immunohistochemicznych w zastosowaniu m. inn. do diagnostyki różnicowej nowotworów, do diagnostyki różnicowej patologii w nefrologii,
 - 5) badań cytologicznych materiału z biopsji aspiracyjnej cienkoigłowej,
 - 6) badań cytologicznych rozmazów z badań endoskopowych,
 - 7) badań cytologicznych płynów pobranych z jam ciała, płuc, płwociny,
 - 8) badań cytologicznych ginekologicznych,
 - 9) konsultacji preparatów cytologicznych i histologicznych,
3. Pracownia Immunopatologii i Biologii Molekularnej – głównym zadaniem jest prowadzenie badań dotyczących oceny mutacji w genach:

Regulamin Organizacyjny

- 1) badania molekularne dotyczące statusu genów jako potencjalnych celów terapii ukierunkowanej w chorobach nowotworowych,
- 2) ocena amplifikacji genu HER2 w rakach piersi i żołądka,
- 3) ocena mutacji genów KRAS, NRAS, BRAF, ALK, EGFR,
4. Zakład Patomorfologii i Cytologii Klinicznej czynny jest od poniedziałku do piątku w godz. od 7.30 do 15.05. Odbiór zwłok z pomieszczeń „promorte” odbywa się przez całą dobę na wezwanie.

§ 76

1. Do zadań **Uniwersyteckiego Centrum Rehabilitacji** należy w szczególności:
 - 1) udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu rehabilitacji leczniczej w warunkach szpitalnych, ambulatoryjnych oraz w ramach ośrodka dziennego,
 - 2) udział w realizacji zadań dydaktycznych i badawczych Uczelni oraz innych uczelni i instytucji prowadzących działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie fizjoterapii i masażu w zakresie wynikającym z obowiązujących przepisów i zawartych umów,
 - 3) uczestniczenie w przygotowywaniu osób do wykonywania zawodu medycznego oraz doskonaleniu zawodowym kadr medycznych w zakresie wynikającym z obowiązujących przepisów i zawartych umów,
 - 4) prowadzenie działalności mającej na celu promocję zdrowia i profilaktykę zdrowotną,
 - 5) przywracanie aktywności fizycznej, psychicznej i społecznej,
 - 6) działania terapeutyczne mające na celu przywrócenie pełnego zdrowia lub wytworzenie mechanizmów kompensacyjnych,
 - 7) działania terapeutyczne mające na celu wczesne uruchomienie pacjenta i zapobieganie skutkom unieruchomienia,
 - 8) prowadzenie dokumentacji zgodnie z obowiązującymi przepisami,
 - 9) edukacja zdrowotna.
 - 10) realizacja polityki zapobiegania zakażeniom szpitalnym i higieny szpitalnej.
2. Świadczenia zdrowotne w Uniwersyteckim Centrum Rehabilitacji udzielane są od poniedziałku do piątku w godz. od 8.00 do 18.00. oraz w soboty w godzinach 8.00 do 13.00.

§ 77

1. **Centrum Leczenia Bólu i Medycyny Paliatywnej** jest interdyscyplinarną, wydzieloną częścią funkcjonalną Szpitala o podzielonych kompetencjach i odpowiedzialności.
2. Zadaniem Centrum jest informowanie i edukacja chorych oraz ich rodzin o możliwościach terapii bólu ostrego, bólu przewlekłego i objawów uporczywych w każdym okresie ciężkiej choroby; ustawiczne szkolenie personelu medycznego, koordynacja profilaktyki i terapii bólu, wprowadzanie zasad analgezji i terapii zgodnej z najnowszymi wytycznymi, adekwatnie do potrzeb chorego, wsparcie dla chorych i ich rodzin w sprawach etycznych, socjalnych, prawnych.
3. Centrum współpracuje z innymi komórkami organizacyjnymi USK, a szczególnie z Kliniką Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Uniwersyteckim Centrum Rehabilitacji, Uniwersytecką Przychodnią Specjalistyczną, Pracownikami Socjalnymi, Zespołem Psychologów.
4. Szczegółowe zasady funkcjonowania Centrum określa Regulamin wprowadzony zarządzeniem Dyrektora Szpitala.

ROZDZIAŁ XV

Zakres zadań pionu Zastępcy Dyrektora ds. Pielęgniarstwa

§ 78

1. Komórki organizacyjne w pionie Zastępcy Dyrektora ds. Pielęgniarstwa:

- 1) Dział Sterylizacji.**
- 2) Dział Organizacji Pracy Pielęgniarskiej.**

2. Personel podległy w pionie Zastępcy Dyrektora ds. Pielęgniarstwa:

- 1) Przełożona pielęgniarek i położnych,
- 2) Pielęgniarki i Położne oddziałowe oraz koordynujące,
- 3) Pielęgniarki i położne,
- 4) Ratownicy medyczni,
- 5) Opiekunowie medyczni.

§ 79

- 1. Zastępca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa** podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.
- 2. Zastępca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa** odpowiedzialny jest za:
 - 1) poziom opieki pielęgniarskiej,
 - 2) zapewnienie dostępu do sterylnych materiałów i narzędzi niezbędnych do udzielania świadczeń oraz dekontaminację sprzętów i urządzeń medycznych i innych wykorzystywanych w opiece nad pacjentem,
 - 3) zapewnienie opieki socjalnej pacjentom Szpitala,
 - 4) realizację polityki zapobiegania zakażeniom szpitalnym i higieny szpitalnej,
- 3. Do zadań Zastępcy Dyrektora ds. Pielęgniarstwa** należy w szczególności odpowiedzialność za:
 - 1) dokonywanie zmian stanowisk pracy pielęgniarek, położnych, ratowników medycznych, opiekunów medycznych, oraz pracowników: Działu Sterylizacji, Działu Organizacji Pracy Pielęgniarskiej, pracowników socjalnych zgodnie z potrzebami kadrowymi,
 - 2) planowanie, organizowanie, motywowanie, kontrolowanie i ocenianie pracy

Regulamin Organizacyjny

- podległego personelu zgodnie z zakresem obowiązków,
- 3) zatwierdzanie procedur, instrukcji oraz standardów postępowania dotyczących opieki nad pacjentem oraz organizacji pracy podległego personelu,
 - 4) kierowanie pracowników na wymagane na stanowiskach pracy kursy, szkolenia, specjalizacje zgodnie z obowiązującymi przepisami,
 - 5) koordynowanie wolontariatów pielęgniarek i położnych w ramach przeszkolenia wynikającego z przerwy w wykonywaniu zawodu, trwającej dłużej niż 5 lat oraz powierzenie nadzoru na przebiegu przeszkolenia pielęgniarkom i położnym pracującym w Szpitalu,
 - 6) organizowanie szkoleń dla podległego personelu na terenie Szpitala,
 - 7) nadzór i koordynacja pracy Komitetów, Zespołów i Komisji powołanych zgodnie z regulaminem Komitetów, Zespołów i Komisji działających w Szpitalu bezpośrednio podlegających Zastępcy Dyrektora ds. Pielęgniarstwa.

§ 80

Do zadań **Przełożonej Pielęgniarek i Położnych oraz Pielęgniarek i Położnych Oddziałowych** należy w szczególności:

1. Przełożona Pielęgniarek i położnych odpowiedzialna jest za:
 - 1) bieżącą analizę potrzeb kadrowych personelu pielęgniarskiego w oparciu o kategoryzację stanu pacjentów,
 - 2) bezpośredni nadzór nad pracą podległego personelu,
 - 3) udział w prowadzeniu szkoły rodzenia.
2. Pielęgniarka/położna oddziałowa jest bezpośrednim zwierzchnikiem pielęgniarek/położnych/ratowników medycznych.
3. Do zadań pielęgniarki oddziałowej należy również nadzór nad prawidłową organizacją pracy niższego personelu medycznego tj. salowych i noszowych.
4. Do obowiązków Pielęgniarki Oddziałowej należy w szczególności:
 - 1) organizowanie pracy personelu pielęgniarskiego i osób odpowiedzialnych za utrzymanie czystości na oddziale oraz nadzór nad sprawowaniem opieki nad pacjentami,
 - 2) nadzór i kontrola nad wykonaniem zleceń lekarskich przez podległy personel w należyty sposób i we właściwym czasie, z zaznaczeniem że personel wykonuje zlecenia lekarskie zapisane w dokumentacji medycznej, zapis zleceń

Regulamin Organizacyjny

- w dokumentacji medycznej nie dotyczy zleceń wykonywanych w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego,
- 3) prowadzenie apteczki oddziałowej, stałe jej uzupełnianie, należyte przechowywanie leków, sprawdzanie terminów ich przydatności,
 - 4) prowadzenie instruktażu stanowiskowego oraz planowanie doskonalenia zawodowego podległego personelu,
 - 5) nadzór nad bezpieczeństwem chorych oraz podległego personelu,
 - 6) nadzór nad utrzymaniem na oddziale bezwzględnej czystości i porządku,
 - 7) nadzór nad utrzymaniem czystości w obszarze medycznym w zakresie wszystkich sfer sanitarnych,
 - 8) nadzór nad należytym przyjęciem i wypisaniem chorego oraz właściwym postępowaniem ze zwłokami,
 - 9) planowanie, organizowanie, motywowanie, kontrola i nadzór nad pracą salowych i noszowych, zgodnie z polityką personalną,
 - 10) sporządzanie zapotrzebowań żywnościowych zgodnie ze zleceniami lekarskimi i czuwanie nad higienicznym podawaniem pacjentom przepisanej diety i o należytej ciepłocie oraz nad karmieniem ciężko chorych,
 - 11) składanie zapotrzebowań dotyczących sprzętu i wszelkich materiałów potrzebnych do funkcjonowania oddziału,
 - 12) przeprowadzanie wymiany zużytego i zniszczonego sprzętu oraz materiałów,
 - 13) powiadamianie o uszkodzeniach urządzeń i awariach sprzętu na oddziale,
 - 14) pielęgniarka oddziałowa jest obowiązana dopilnować zapoznania nowo przyjętych chorych z prawami pacjenta, obowiązującymi regulaminami dla pacjentów oraz osób odwiedzających, a także dopilnować przestrzegania tych regulaminów przez pacjentów i odwiedzających,
 - 15) prowadzenie racjonalnej polityki magazynowej wpływającej na optymalizację wyniku finansowego w kierowanej przez nią komórce organizacyjnej,
 - 16) nadzór nad prawidłowym użytkowaniem aparatury medycznej będącej na wyposażeniu danej komórki organizacyjnej którą zarządza,
 - 17) nadzór nad prowadzeniem prawidłowej polityki dotyczącej segregacji odpadów medycznych i komunalnych,
 - 18) nadzór nad prawidłową realizacją w podległej komórce procesu pielęgnowania

Regulamin Organizacyjny

z udziałem rodziny bądź bliskich pacjenta.

§ 81

1. Do zadań **Działu Sterylizacji** należy w szczególności:
 - 1) zaopatrywanie w sterylne: narzędzia, bieliznę oraz materiał opatrunkowy komórki medyczne Szpitala,
 - 2) mycie i dezynfekcja narzędzi chirurgicznych, kontenerów transportowych i innych sprzętów,
 - 3) pakowanie narzędzi pojedynczych, zestawów narzędziowych oraz bielizny operacyjnej,
 - 4) przygotowanie materiału opatrunkowego,
 - 5) sterylizacja narzędzi, bielizny i opatrunków,
 - 6) magazynowanie i wydawanie sprzętu sterylnego,
 - 7) mycie i dezynfekcją łóżek i inkubatorów metodą manualną,
 - 8) dezynfekcja materacy, poduszek i koców w komorze dezynfekcyjnej,
 - 9) dezynfekcja pomieszczeń metodą zamgławiania,
 - 10) realizacja polityki zapobiegania zakażeniom szpitalnym i higieny szpitalnej.
2. Dział Sterylizacji świadczy usługi sterylizacji dla podmiotów zewnętrznych zgodnie z podpisanymi umowami.
3. Zadania w Dziale Sterylizacji realizowane są:
 - 1) sterylizacja: od poniedziałku do piątku całodobowo, w niedzielę w godz. od 7.00 do 14.35,
 - 2) stacja łóżek: od poniedziałku do piątku w godz. od 7.00 do 19.00.

§ 82

1. Do zadań **Działu Organizacji Pracy Pielęgniarskiej** należy w szczególności:
 - 1) tworzenie i monitorowanie procedur opieki pielęgniarskiej,
 - 2) realizowanie zadań w zakresie kształtowania prawidłowych postaw zawodowych personelu pielęgniarskiego ze szczególnym uwzględnieniem etyki i odpowiedzialności zawodowej,
 - 3) prowadzenie planu doskonalenia zawodowego zgodnie z wymogami związanymi z udzielanymi świadczeniami medycznymi,
 - 4) udział w tworzeniu wzorów, standardów dokumentacji medycznej

Regulamin Organizacyjny

- i kontrolowaniu dokumentacji będącej w kompetencjach Działu,
- 5) organizacja opieki społecznej na rzecz pacjentów poprzez pracowników socjalnych.
 2. Do zadań **Pracownika Socjalnego** należy w szczególności:
 - 1) występowanie w imieniu chorego, na zlecenie Kierownika komórki medycznej, lekarza prowadzącego, pielęgniarki/położnej oddziałowej do wszelkich osób instytucji w sprawach związanych z problemami socjalnymi chorego,
 - 2) podejmowanie starań o umieszczenie pacjenta w zakładach/instytucjach ze względu na jego warunki bytowe i zdrowotne,
 - 3) przygotowanie projektu wniosku do sądu opiekuńczego o wyrażenie zgody na leczenie pacjenta przebywającego w Szpitalu,
 - 4) staranie się o zapewnienie miejsca odbycia porodu matkom samotnym po wypisaniu ich z oddziału ginekologiczno-położniczego,
 - 5) staranie się o umieszczenie dzieci pozbawionych opieki domowej, u których zakończono leczenie szpitalne, w domu dziecka lub domu małego dziecka,
 - 6) na podstawie planu leczenia i wywiadu opracowanie wstępnego programu rehabilitacji społecznej pacjentom,
 - 7) prowadzenie instruktazu pacjenta i jego rodziny pomagającego w adaptacji społecznej,
 - 8) udzielanie informacji o sposobie załatwiania spraw bytowych związanych z uzyskaniem renty, różnego typu zasiłków i zapomóg, korzystania z pomocy Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych,
 - 9) prowadzenie spraw związanych z adopcją dzieci porzuconych w Szpitalu,
 - 10) załatwienie formalności związanych z pogrzebem osób samotnych pozostających bez opieki.
 3. Zadania w Dziale Organizacji Pracy Pielęgniarskiej realizowane są od poniedziałku do piątku w godz. 7.30 do 15.05.

ROZDZIAŁ XVI

Zakres zadań pionu Zastępcy Dyrektora ds. Sprzedaży

§ 83

Komórki organizacyjne w pionie **Zastępcy Dyrektora ds. Sprzedaży**:

- 1. Dział Sprzedaży.**
- 2. Dział Statystyki i Dokumentacji Medycznej.**
- 3. Dział Zasobów Archiwalnych.**

§ 84

1. **Zastępca Dyrektora ds. Sprzedaży** podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.
2. Do zadań Zastępcy Dyrektora ds. Sprzedaży należy: tworzenie, prowadzenie, kontrolowanie i realizacja polityki sprzedaży Szpitala, a w szczególności:
 - 1) realizowanie optymalnej dla Szpitala polityki sprzedaży świadczeń zdrowotnych,
 - 2) współpraca ze wszystkimi pionami i komórkami organizacyjnymi Szpitala w zakresie realizacji strategicznych i operacyjnych celów Szpitala,
 - 3) nadzór nad realizacją zadań podległych Działów,
 - 4) inicjowanie zmian w Szpitalu na podstawie zmiany warunków otoczenia zewnętrznego i wewnętrznego Szpitala,
 - 5) stała współpraca z Narodowym Funduszem Zdrowia i Ministerstwem Zdrowia w zakresie realizacji kontraktów i polityki sprzedaży Szpitala,
 - 6) stałe poszukiwanie możliwości sprzedaży świadczeń zdrowotnych na bazie zasobów Szpitala w ramach obowiązujących przepisów prawa,
 - 7) nadzór nad prawidłowym wdrożeniem i wykonaniem przepisów prawa oraz zarządzeń wewnętrznych,
 - 8) nadzór nad procesem archiwizacji oraz przekazywaniem dokumentacji ze wszystkich organów, komórek organizacyjnych, samodzielnych stanowisk oraz komórek medycznych do archiwum zakładowego,
 - 9) nadzór na gromadzeniem, zabezpieczaniem i udostępnianiem zasobu archiwalnego,
 - 10) prowadzenie negocjacji umów Szpitala, ze szczególnym uwzględnieniem negocjacji w zakresie umów dotyczących usług medycznych.

§ 85

Do zadań **Działu Sprzedaży** należy w szczególności:

1. Przygotowanie ofert do różnych płatników w szczególności Narodowego Funduszu Zdrowia i Ministerstwa Zdrowia.
2. Rozliczanie świadczeń realizowanych na podstawie umów zawartych z płatnikami oraz świadczeń zrealizowanych dla podmiotów indywidualnych, wystawianie faktur sprzedażowych oraz ich księgowanie na kontach.
3. Monitorowanie wykonania umów zwartych na świadczenia zdrowotne, w szczególności pod kątem wysokości zawartego kontraktu.
4. Monitorowanie rozliczeń umów z zakresu lecznictwa zamkniętego i otwartego.
5. Monitorowanie rozliczeń umów podwykonawczych zawartych z podmiotami zewnętrznymi.
6. Monitorowanie ilości świadczeń wykonywanych na rzecz Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego przez podmioty zewnętrzne.
7. Analizowanie sprzedaży oraz współuczestniczenie w planowaniu sprzedaży pod względem rodzajów, zakresów oraz ich wartości.
8. Przygotowanie oraz przekazywanie informacji o zasadach rozliczeń umów zawartych z płatnikami pracownikom Szpitala odpowiedzialnym za ich wykonanie a w tym przekazanie informacji na temat wymogów dotyczących personelu medycznego komórkom medycznym.
9. Weryfikacja faktur kosztowych (medycznych) pod kątem ich zasadności i zgodności z obowiązującymi przepisami.
10. Współpraca przy przygotowywaniu cennika Szpitala.

§ 86

Do zadań **Działu Statystyki i Dokumentacji Medycznej** w szczególności należy:

1. Prowadzenie weryfikacji ubezpieczenia pacjenta:
 - 1) prowadzenie, kontrola, weryfikacja i uzupełnianie danych w Księdze Głównej Szpitala i Księgach Ambulatoryjnych oraz innych księgach w zakresie ruchu chorych w systemie elektronicznym,
 - 2) dokumentowanie ruchu chorych w Szpitalu, a w szczególności: sporządzanie raportu dziennego ruchu chorych w uzgodnieniu z pielęgniarką oddziałową, podawanie w codziennym raporcie imiennego wykazów pacjentów nowo

Regulamin Organizacyjny

- przyjętych, wypisanych, zmarłych i przeniesionych w dniu poprzednim,
- 3) gromadzenie pełnych danych pacjentów w Księdze Głównej z opracowanymi wzorcami statystycznymi oraz informacjami wynikającymi z dokumentów,
 - 4) sporządzanie analiz, sprawozdań oraz wszelkiej informacji statystycznej na potrzeby wewnętrzne i zewnętrzne Szpitala,
 - 5) nadzór na właściwym agregowaniu danych statystycznych (tworzenie zestawień, obliczanie wskaźników statystycznych),
 - 6) przygotowywanie danych rozliczeniowych dla Działu Sprzedaży,
 - 7) opracowywanie z otrzymanych danych kolejek oczekujących do poszczególnych komórek Szpitala oraz przekazywanie ich do Narodowego Funduszu Zdrowia i Ministerstwa Zdrowia,
 - 8) współpraca z instytucjami i jednostkami zewnętrznymi, w tym Urzędem Statystycznym, Państwowym Zakładem Higieny, Zakładem Epidemiologii i Dolnośląskim Rejestrem Nowotworów,
 - 9) bezzwłoczne zawiadamianie rodziny lub opiekunów na zlecenie lekarza w przypadku zgonu pacjenta,
 - 10) prowadzenie kart zgonu z rejestrem zgonów wg ustalonego wzoru,
 - 11) prowadzenie korespondencji dotyczącej pobytu pacjenta w Szpitalu, leczenia w poradni,
 - 12) udostępnianie dokumentacji medycznej na zewnątrz Szpitala.
2. Centralna Rejestracja Przyjęć Pacjentów:
- 1) Rejestracja Przyjęć Planowych – rejestracja i ruch chorych w planowych przyjęciach pacjentów do Szpitala oraz współpraca z Kierownikami Klinik w zakresie prawidłowej organizacji przyjęć planowych. Rejestracja czynna od poniedziałku do piątku w godz. 7.00 do 14.35,
 - 2) Rejestracja Pacjentów - Ambulatorium – rejestracja, prowadzenie systemu kolejkowego i ruch pacjentów w poradniach specjalistycznych oraz współpraca w tym zakresie z kierownikiem Uniwersyteckiej Poradni Specjalistycznej Rejestracja czynna od poniedziałku do piątku w godz. 7.00 do 19.00,
 - 3) Rejestracja Pacjentów - Call Center – telefoniczna rejestracja pacjentów do poradni specjalistycznych. Rejestracja czynna od poniedziałku do piątku w godz. 7.00 do 18.00,
 - 4) Rejestracja Pacjentów – Pracownie Diagnostyczne – rejestracja, prowadzenie

Regulamin Organizacyjny

systemu kolejkowego i ruch pacjentów w poradniach specjalistycznych oraz współpraca w tym zakresie z kierownikiem Zakładu Radiologii Ogólnej, Zabiegowej i Neuroradiologii. Rejestracja czynna od poniedziałku do piątku w godz. 7.00 do 19.00,

- 5) Rejestracja Pacjentów – Szpitalnego Oddziału Ratunkowego – rejestracja i ruch chorych w ostrych przyjęciach pacjentów do Szpitala. Rejestracja czynna całodobowo.
3. Centralny Sekretariat Medyczny:
- 1) obsługa sekretariatu Kliniki i sekretariatu medycznego Kliniki w zakresie zadań Szpitala: wypisy, rozliczenia z Narodowym Funduszem Zdrowia oraz inne czynności zlecone, w zakresie dydaktyczno–naukowym: wykonywanie czynności zleconych przez Kierownika Kliniki,
 - 2) prowadzenie archiwum przyklinicznego tj. przyjmowanie dokumentacji do archiwum przyklinicznego, przechowywanie i zabezpieczenie dokumentacji medycznej w archiwum przyklinicznym,
 - 3) tworzenie i nadzór nad wytycznymi zapewniającymi bieżące kompletowanie dokumentacji medycznej,
 - 4) zapewnienie formalnej kompletności dokumentacji medycznej poprzez nadzór przy zdawaniu,
 - 5) raportowanie stanu archiwów przyklinicznych,
 - 6) przygotowywanie dokumentacji medycznej do zdania do archiwum zakładowego.
4. Punkt Informacyjny:
- Punkt Informacyjny – informacja osobista i telefoniczna pacjentów w zakresie funkcjonowania Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego.

§ 87

Do zadań **Działu Zasobów Archiwalnych** należy w szczególności:

1. Współpraca z komórkami organizacyjnymi w zakresie prawidłowego archiwizowania poprzez tworzenia teczek spraw i ich właściwego przygotowania do przekazania do archiwum zakładowego.
2. Szkolenie i udzielanie pomocy pracownikom Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w zakresie prawidłowego przygotowania akt przeznaczonych do przekazania do archiwum zakładowego, a w szczególności nadzór nad poprawnym sporządzaniem

Regulamin Organizacyjny

spisów zdawczo – odbiorczych.

3. Uzgadnianie terminów okresowego przekazywania dokumentacji z komórek organizacyjnych i samodzielnych stanowiska pracy do archiwum zakładowego.
4. Przyjmowanie akt z poszczególnych komórek organizacyjnych i samodzielnych stanowisk pracy.
5. Weryfikowanie przejętych akt ze spisami zdawczo – odbiorczymi.
6. Gromadzenie, scalanie i przechowywanie akt posiadanych w archiwum zakładowym oraz przejmowanych do archiwum zakładowego.
7. Rozmieszczanie i przemieszczanie akt w magazynach archiwalnych.
8. Zabezpieczanie zasobu archiwalnego oraz wykonanie niezbędnych prac konserwatorskich.
9. Prowadzenie archiwalnych środków ewidencyjnych i aktualizowanie ewidencji archiwum zakładowego.
10. Opracowywanie i porządkowanie dokumentacji niewłaściwie uporządkowanej.
11. Udostępnianie i wypożyczanie akt w celach służbowych, naukowych bądź innych.
12. Nadzór nad terminowym zwrotem akt wypożyczonych z archiwum zakładowego.
13. Inicjowanie i koordynowanie brakowania dokumentacji niearchiwalnej, udział w jej komisyjnym brakowaniu oraz przekazywanie wybrakowanej dokumentacji na makulaturę.
14. Zachowanie czystości i bezpieczeństwa archiwum zakładowego.
15. Monitorowanie wskaźników temperatury i wilgotności oraz prowadzenie rejestru.
16. Przekazywanie materiałów archiwalnych do właściwego terytorialnie archiwum państwowego.
17. Współpraca z właściwym miejscowo archiwum państwowym i innymi instytucjami.
18. Przygotowywanie wszelkich analiz, zestawień oraz raportów dotyczących spraw archiwalnych.
19. Przygotowywanie stałej i okresowej sprawozdawczości dotyczącej:
 - 1) przejętych akt z komórek organizacyjnych w podziale na materiały archiwalne i dokumentację niearchiwalną,
 - 2) akt udostępnionych i wypożyczonych,
 - 3) materiałów archiwalnych przekazanych do właściwego archiwum państwowego,
 - 4) dokumentacji niearchiwalnej wybrakowanej i przekazanej na makulaturę.

ROZDZIAŁ XVII

Zakres zadań pionu Zastępcy Dyrektora ds. Finansowych

§ 88

Stanowiska i Komórki organizacyjne w pionie **Zastępcy Dyrektora ds. Finansowych:**

- 1. Dział Księgowości.**
- 2. Dział Projektów Rozwojowych.**
- 3. Dział Rachunkowości Zarządczej i Budżetowania.**
- 4. Dział Zakupów i Zamówień Publicznych.**
- 5. Dział Personalny.**

§ 89

1. **Zastępca Dyrektora ds. Finansowych** podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.
2. Do zadań Zastępcy Dyrektora ds. Finansowych należy współtworzenie, prowadzenie, kontrolowanie i realizacja polityki finansowej Szpitala, a w szczególności jest odpowiedzialny za:
 - 1) za gospodarkę finansową Szpitala w tym tworzenie polityki finansowej, oraz optymalizację kosztów w Szpitalu,
 - 2) aktywny udział w ustalaniu i realizacji polityki finansowej Szpitala,
 - 3) wspieranie kluczowych decyzji Dyrektora poprzez dostarczanie informacji na temat aktualnej kondycji finansowej Szpitala, możliwości zwiększenia efektywności finansowej, planowanych działaniach i prognozach,
 - 4) tworzenie bieżącej oraz długoterminowej strategii finansowej i planów finansowych Szpitala,
 - 5) uczestniczenie w podejmowaniu kluczowych dla Szpitala decyzji finansowych, jak również związanych z przyszłością Szpitala,
 - 6) nadzorowanie i koordynacja przygotowania budżetu, jego realizację i kontrolę,
 - 7) nadzorowanie zgodności procedur finansowych z przepisami prawnymi i podatkowymi,
 - 8) nadzorowanie i ocena pracy Działu Księgowości i Głównego Księgowego, Działu Rachunkowości Zarządczej i Budżetowania, Działu Projektów Rozwojowych, Działu Zamówień Publicznych oraz Działu Personalnego,

Regulamin Organizacyjny

- 9) poszukiwanie rozwiązań zapewniających optymalną rentowność Szpitala,
- 10) dokonywanie oceny ryzyka finansowego inwestycji, transakcji, lokat itp.,
- 11) zarządzanie płynnością finansową Szpitala,
- 12) nadzór nad systemem gromadzenia przetwarzania, analizowania i przepływu danych finansowych w Szpitalu,
- 13) dbałość o kontakty z zewnętrznymi instytucjami finansowymi, zatwierdzanie płatności.

§ 90

Do zadań **Głównego Księgowego** należy w szczególności:

1. Prowadzenie rachunkowości zgodnie z obowiązującymi przepisami i zasadami polegający zwłaszcza na: zorganizowaniu sporządzania, przyjmowania, obiegu, archiwizowania i kontroli dokumentów finansowo-księgowych w sposób zapewniający właściwy przebieg operacji gospodarczych, bieżącym i prawidłowym prowadzeniu księgowości.
2. Prowadzenie gospodarki finansowej zgodnie z obowiązującymi zasadami, polegające zwłaszcza na: przestrzeganiu zasad rozliczeń pieniężnych i ochrony wartości pieniężnych, zapewnieniu terminowego ściągania należności i dochodzenia roszczeń spornych wspólnie z obsługą prawną Szpitala oraz zapewnieniu terminowego dokonywania płatności za zobowiązania Szpitala.
3. Dokonywanie w ramach kontroli wewnętrznej bieżącej i następnej kontroli funkcjonalnej w zakresie powierzonych obowiązków oraz kontroli legalności dokumentów, jak również następnej kontroli operacji gospodarczych stanowiących przedmiot księgowania.
4. Opracowywanie projektów przepisów wewnętrznych wydawanych przez Dyrektora, dotyczących prowadzenia rachunkowości, a w szczególności: zakładowego planu kont, obiegu dokumentów, zasad przeprowadzania i rozliczania inwentaryzacji.
5. Prawidłowe obliczanie podatku dochodowego od osób prawnych oraz prawidłowe ustalanie podatku od towarów i usług jak i sporządzanie deklaracji tego podatku.
6. Nadzór nad terminowym regulowaniem i realizacją w imieniu Szpitala zobowiązań publiczno-prawnych wobec m.in. Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, Urzędu Skarbowego, Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i innych instytucji publicznych.

Regulamin Organizacyjny

7. Prawidłowa ewidencja majątku Szpitala, w szczególności majątku będącego własnością podmiotu tworzącego.
8. Ewidencja i rozliczanie dotacji, darowizn i umów z Ministerstwem Zdrowia oraz ewidencją środków pochodzących ze źródeł zagranicznych.
9. Dostarczenie odpowiednich informacji księgowych do tworzenia strategii finansowej i planu finansowego oraz inwestycyjnego.
10. Sporządzanie sprawozdań finansowych Szpitala zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa, w tym przepisami prawa finansów publicznych, prawa bilansowego i podatkowego.
11. Realizowanie prawidłowego systemu zbierania i przepływu danych dotyczących operacji gospodarczych ujętych w księgach rachunkowych.
12. Nadzór nad kasą Szpitala i operacjami gotówkowymi w Szpitalu.
13. Nadzorowanie prawidłowości dokonywanych operacji gospodarczych i rozliczeń zgodnie z obowiązującymi normami prawa bilansowego, podatkowego i ustawy o finansach publicznych.
14. Główny Księgowy bezpośrednio kieruje, nadzoruje i wykonuje powierzone mu obowiązki przy pomocy Działu Księgowości.

§ 91

Do zadań **Działu Księgowości** należy w szczególności:

1. Prowadzenie ewidencji księgowej zgodnie z obowiązującymi przepisami.
2. Prowadzenie ewidencji bilansowej i pozabilansowej majątku i wyposażenia w ujęciu ilościowo-wartościowym oraz opracowanie planu amortyzacyjnego.
3. Bieżąca kontrola dokumentacji pod względem formalno-rachunkowym, uzyskania zgodności merytorycznej z zawartymi umowami i porozumieniami oraz zarządzeniami.
4. Prowadzenie czynności inwentaryzacyjnych dotyczących inwentaryzacji pełnej, okresowej, zdawczo – odbiorczej oraz ich rozliczanie.
5. Prowadzenie ewidencji i rozliczanie dotacji celowych, w tym dotacji na inwestycje.
6. Prowadzenie ewidencji wniosków o wyrażenie zgody na przyjęcie darowizny, umów darowizn rzeczowych, lekowych i pieniężnych oraz ich właściwe rozliczanie.
7. Kasacja zużytego sprzętu i wyposażenia.
8. Współpraca z pozostałymi działami w zakresie prawidłowej realizacji zadań

Regulamin Organizacyjny

związanych z nadzorem, ewidencją i gospodarką majątkiem Szpitala.

9. Prowadzenie prawidłowej ewidencji operacji dotyczących Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych uprzednio zatwierdzonych i zadekretowanych oraz prowadzenie analizy przychodów i rozchodów działalności Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych.
10. Prowadzenie prawidłowej ewidencji wydatków, przychodów i gospodarki materiałowej.
11. Prowadzenie ewidencji rozrachunków z odbiorcami oraz dostawcami krajowymi i zagranicznymi, oraz prowadzenie ewidencji rozrachunków publicznoprawnych oraz współpraca z instytucjami zewnętrznymi w tym zakresie, w tym Zakładem Ubezpieczeń Społecznych, Urzędem Skarbowym, Państwowym Funduszem Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych itp.
12. Sporządzanie sprawozdawczości finansowej i statystycznej wynikającej z bieżących przepisów, wraz ze sporządzaniem sprawozdawczości wynikających z ustawy o finansach publicznych oraz zarządzeń podmiotu tworzącego.
13. Opracowywanie zasad sporządzania, obiegu i przechowywania dokumentów księgowych.
14. Nadzór i kontrola nad prawidłowością, kompletnością, rzetelnością i terminowością wpływu i obiegu dokumentów księgowych oraz informacji dotyczących operacji gospodarczych w nich zawartych.
15. Kontrola terminowości realizacji należności Szpitala oraz należyte prowadzenie windykacji należności wraz z terminowym wystawianiem not obciążeniowych.
16. Obsługa kasy Szpitala, w szczególności pobieranie i odprowadzanie gotówki z – i do banku, terminowe realizowanie wypłat wynagrodzeń gotówkowych oraz nadzór nad operacjami gotówkowymi w Szpitalu.
17. Organizowanie i prowadzenie gospodarki finansowej w zakresie środków zgromadzonych na rachunkach bankowych, w szczególności poprzez prowadzenie stosownych rejestrów.
18. Ewidencja uprzednio sprawdzonych i zadekretowanych dokumentów.
19. Uzgadnianie sald kont księgowych w odniesieniu do stosownych zapisów i dowodów księgowych.
20. Kontrola terminowości realizacji zobowiązań Szpitala poprzez monitorowanie płatności, w tym:

Regulamin Organizacyjny

- 1) przygotowywanie zestawień dotyczących terminowych płatności,
 - 2) sporządzanie przelewów i wystawianie czeków gotówkowych oraz ich rozliczanie,
 - 3) przygotowywanie zestawień dotyczących terminowych płatności do akceptacji Zastępcy Dyrektora ds. Finansowych i realizowanie podziału środków finansowych w zakresie regulowania zobowiązań Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego.
21. Opracowywanie wniosków do wierzycieli Szpitala dotyczących zadłużenia.
 22. Rozliczanie delegacji służbowych i pobranych zaliczek pracowników.
 23. Bieżące i prawidłowe rozliczanie podatku od towarów i usług oraz podatku dochodowego od osób prawnych.
 24. Rozliczanie otrzymanych dotacji i pozyskanych środków finansowych na podstawie stosownych umów, zgodnie z wymaganiami instytucji przekazującej środki, w tym środków pochodzących ze źródeł zagranicznych.
 25. Terminowe przygotowywanie właściwej sprawozdawczości finansowej i bilansowej zgodnie z zakresem zadań działu.
 26. Dokonywanie bieżących rozliczeń finansowych i operacji kasowych.
 27. Dokonywanie przelewów wynagrodzeń, potrąceń oraz wypłat gotówkowych.
 28. Właściwe przechowywanie i archiwizowanie dokumentów działu zgodnie z ustawą o rachunkowości.

§ 92

Do zadań **Działu Projektów Rozwojowych** należy w szczególności:

1. Prowadzenie projektów krajowych i zagranicznych w zakresie utrzymania dotychczasowych oraz pozyskania nowych źródeł wpływów finansowych (z wyłączeniem Narodowego Funduszu Zdrowia) z tytułu usług okołomedycznych świadczonych przez Uniwersytecki Szpital Kliniczny, w tym:
 - 1) penetracja rynku poprzez wizytowanie potencjalnych przyszłych kontrahentów oraz pozyskiwanie nowych źródeł dystrybucji usług okołomedycznych świadczonych w ramach działalności Szpitala,
 - 2) aktywne pozyskiwanie nowych odbiorców usług okołomedycznych Szpitala poprzez wykorzystywanie technik marketingowych, w tym np. telemarketing,
 - 3) monitorowanie i udział w postępowaniach przetargowych ogłaszanych na rynku

Regulamin Organizacyjny

- usług medycznych,
- 4) opracowywanie zasad i warunków współpracy dla obsługiwanych klientów, w tym przygotowywanie umów oraz ofert cenowych,
 - 5) odpowiedzialność za uzyskanie właściwych merytorycznych opinii dotyczących poszczególnych zakresów współpracy z partnerami zewnętrznymi,
 - 6) rzetelne i prawidłowe opracowywanie wymaganej dokumentacji niezbędnej do złożenia stosownej aplikacji, lub wniosku jak również w celu przystąpienia do realizacji projektu bądź podjęcia negocjacji,
 - 7) udział w negocjacjach cenowych i produktowych prowadzonych projektów i umów,
 - 8) sprawne przekazywanie zawartych umów do realizacji,
 - 9) koordynacja projektów rozwojowych.
2. Sporządzanie planów, projektów umów i ofert w zakresie świadczeń zdrowotnych i usług wykonywanych przez Szpital innym podmiotom i osobom fizycznym.
 3. Prowadzenie działań związanych z pozyskiwaniem środków finansowych na cele inwestycyjne z innych źródeł niż Narodowy Fundusz Zdrowia (np. Ministerstwo Zdrowia, sponsorzy, środki z instytucji Unii Europejskiej i inne).
 4. Bieżąca i stała analiza możliwości pozyskania finansowania ze źródeł zagranicznych na potrzeby projektów inwestycyjnych i rozwojowych Szpitala.
 5. Odpowiedzialność za właściwą koordynację realizowanych, lub planowanych projektów w ramach środków zewnętrznych.
 6. Dbanie o dobre relacje z grupą odbiorców instytucjonalnych usług Szpitala i przeciwdziałanie ich odejściu do konkurencji.
 7. Okresowa analiza realizacji zawartych umów i prowadzonych projektów.
 8. Prowadzenie bieżącej analizy rynku medycznego w kontekście pozycji poszczególnych jednostek medycznych Szpitala i sposobów zwiększania ich konkurencyjności w porównaniu do innych jednostek funkcjonujących w regionie i subregionie (benchmarking).
 9. Działania w zakresie promowania Szpitala i pozyskiwania kontrahentów zewnętrznych zainteresowanych współpracą ze Szpitalem w ramach realizowanych świadczeń zdrowotnych i usług, m.in. poprzez aktywną analizę rynku.
 10. Zawiadywanie procesem pozyskiwania dostawców usług medycznych, badań i innych świadczeń medycznych nie realizowanych przez jednostki medyczne

Regulamin Organizacyjny

Szpitala, zgodnie z obowiązującymi przepisami w zakresie zamówień publicznych, w tym:

- 1) współpraca z jednostkami medycznymi Szpitala w zakresie ustalania szczegółowego przedmiotu zamówienia,
 - 2) rzetelne opracowywanie stosownej dokumentacji przetargowej,
 - 3) udział w negocjacjach cenowych,
 - 4) sprawne przekazywanie zawartych umów do realizacji.
11. Współpraca z właściwymi komórkami merytorycznymi przy przygotowywaniu i aktualizacji cennika wykonywanych usług z wyłączeniem świadczeń finansowanych w ramach ustawy o finansowaniu świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych.
12. Opracowanie i nadzór nad procedurą zawierania umów z podmiotami zewnętrznymi w zakresie wykonywanych usług przez Szpital.

§ 93

Do zadań **Dział Rachunkowości Zarządczej i Budżetowania** należy w szczególności:

1. Organizowanie i koordynowanie procesu planistycznego Szpitala w zakresie działalności operacyjnej, inwestycyjnej i finansowej.
2. Opracowywanie i przygotowywanie założeń do planu finansowego Szpitala oraz bieżąca analiza, monitorowanie i badanie przyczyn odchyleń wyniku finansowego w stosunku do planu finansowego.
3. Opracowywanie projektu strategii finansowej Szpitala i monitorowanie jej realizacji w aspekcie działań krótko i długofalowych.
4. Prowadzenie zadań związanych z procesem tworzenia i realizacji budżetów poszczególnych jednostek/komórek organizacyjnych Szpitala, w tym:
 - 1) opracowywanie aktów zarządu wewnętrznego regulujących proces budżetowania,
 - 2) planowanie budżetów cząstkowych dla jednostek/komórek organizacyjnych Szpitala oraz bieżąca kontrola ich realizacji,
 - 3) okresowa analiza i badanie przyczyn rozbieżności założeń budżetowych,
 - 4) tworzenie i dystrybucja okresowej informacji finansowej oraz sprawozdań analitycznych w zakresie realizacji budżetów, na rzecz Dyrektora Szpitala i jego Zastępców i Kierowników jednostek budżetowych.
5. Wspieranie procesów decyzyjnych i zarządczych Szpitala poprzez okresowe

Regulamin Organizacyjny

i doraźne analizy ekonomiczne na różnych obszarach działalności.

6. Weryfikacja i opiniowanie planów zaopatrzenia/zakupów z zachowaniem zasady racjonalizacji kosztów, zapewnienia ciągłości działalności usługowej Szpitala, jak również ochrony życia i zdrowia pacjentów.
7. Kontrola skutków podjętych decyzji personalnych w zakresie struktury zatrudnienia, kosztów pracy, jak również efektywności wykorzystania czasu pracy zasobów ludzkich.
8. Prowadzenie modułu kosztowego FK-KSW w zakresie kalkulacja kosztów bezpośrednich i pośrednich zgodnie z przyjętym rachunkiem kosztów Szpitala.
9. Planowanie kosztów jednostkowych dla badań i procedur medycznych oraz innych usług świadczonych przez Szpital.
10. Prowadzenie zadań związanych z rozliczeniem finansowym badań klinicznych, obserwacyjnych oraz naukowych.
11. Opracowywanie informacji ekonomiczno-finansowej dla planowanych inwestycji Szpitala.
12. Prowadzenie działań zmierzających do poprawy rentowności jednostek biznesowych Szpitala po przez redukcję kosztów nieuzasadnionych.
13. Opracowywanie standardów sprawozdawczości wewnętrznej dla komórek organizacyjnych Szpitala.
14. Koordynowanie spraw związanych z ubezpieczeniem majątku Szpitala oraz OC przy współpracy z brokerem.

§ 94

Do zakresu działania **Działu Zakupów i Zamówień Publicznych** należy w szczególności:

1. Przygotowanie i prowadzenie postępowań przetargowych i innych zakupów pozaprzetargowych zgodnie z ustawą Prawo zamówień publicznych oraz innych ustaw.
2. Występowanie z wnioskiem do Dyrektora o wszczęcie wszystkich, bez względu na wartość i tryb, postępowań o zamówienie publiczne i inne zakupy spoza ustawy oraz przeprowadzanie i doprowadzanie do zawarcia umów.
3. Prowadzenie rejestru wszczętych postępowań.
4. Prowadzenie rejestru umów przetargowych i ich właściwa dystrybucja.

Regulamin Organizacyjny

5. Kontrola prawidłowości zastosowania trybu zakupów na wniosek Zamawiającego.
6. Opiniowanie i rejestracja wszystkich wniosków zamówienie ze wskazaniem prawidłowego trybu zakupów oraz podstawą prawną jego zastosowania.
7. Przeprowadzanie wszystkich trybów postępowań na zawarcie umów bez względu na ich podstawę prawną dotyczących dostawy towarów i usług na rzecz USK oraz prowadzenie rejestru zakupów dokonywanych poniżej wartości określonej w Ustawie z dnia 29.01.2004 roku Prawo zamówień publicznych (Dz.U z 2015 poz. 2164 z późn. zm.).
8. Elektroniczne informowanie Dyrektora i właściwego Zastępcy Dyrektora o sposobie rozstrzygnięcia danego postępowania przetargowego w terminie do 2 dni roboczych.
9. Raportowanie kwartalne wykonanych zadań w terminie do 15 dni po zakończeniu kwartału uwzględniającego w szczególności: ilość postępowań według trybu, wartość postępowań, efekty ekonomiczne, postępowania w toku.
10. Opracowywanie do 30 stycznia danego roku rocznego planu Zamówień Publicznych Szpitala na następny rok uwzględniającego kwartalne planowania według poszczególnych komórek organizacyjnych oraz ze wskazaniem planowanego miesiąca rozpoczęcia procedury przez poszczególne komórki organizacyjne.
11. Nadzór i przestrzeganie kwalifikacji wszystkich dostaw i usług oraz robót budowlanych tego samego rodzaju, udzielanych w ciągu kolejnych 12 miesięcy zamówień w celu uniknięcia niedozwolonego wg ustawy o Prawie zamówień publicznych dzielenia ich na części.
12. Prowadzenie korespondencji z Urzędem Zamówień Publicznych.
13. Kontrola trwających wszystkich umów obowiązujących i usług w tym szczególnie umów przetargowych i przypominanie komórkom Szpitala o terminowym składaniu wniosków o wszczęcie postępowań przetargowych w celu zachowania płynności umów.
14. Kontrola zgodności realizacji procedur przetargowych oraz składania wniosków przetargowych z Regulaminem udzielania zamówień publicznych w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym we Wrocławiu.
15. Uczestniczenie w pracach komisji ds. postępowań o udzielenie zamówień publicznych, z zastrzeżeniem, że jeden pracownik Działu Zakupów i Zamówień Publicznych pełni co najmniej funkcję sekretarza komisji i ma za zadanie

Regulamin Organizacyjny

koordynowanie prac komisji pod względem nadzoru nad terminami, zwoływaniem obrad komisji, negocjowaniem, sprawdzaniem zgodności oferty z przepisami prawa, kompletowaniem dokumentów oraz potrzebnych podpisów.

16. Prowadzenie dokumentacji wymaganej odpowiednimi przepisami ustawy – Prawo zamówień publicznych.
17. Sporządzanie ogłoszeń o rozpoczęciu i zakończeniu postępowań, w tym przesyłanie ogłoszeń do Biuletynu Zamówień Publicznych, Urzędu Oficjalnych Publikacji Wspólnot Europejskich.

§ 95

Do zadań **Działu Personalnego** należy prowadzenie całokształtu spraw związanych z rekrutacją, szkoleniem, motywowaniem oraz zwalnianiem pracowników oraz kompleksowa obsługa kadrowo-płacowa i prowadzenie wymaganej dokumentacji w tym zakresie zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami, a w szczególności:

1. Kompleksowe prowadzenie spraw związanych z przyjmowaniem, awansowaniem, przeszerogowaniem, przeniesieniem i zwalnianiem pracowników.
2. Prowadzenie akt osobowych pracowników.
3. Wydawanie zaświadczeń związanych z zatrudnieniem.
4. Realizacja zadań z zakresu ubezpieczeń społecznych, w tym spraw emerytalno-rentowych.
5. Kontrola dyscypliny pracy.
6. Nadzór nad prawidłowym i terminowym sporządzaniem planów urlopów wypoczynkowych pracowników oraz prowadzenie dokumentacji urlopowej.
7. Nadzór nad przestrzeganiem przepisów z zakresu prawa pracy.
8. Nadzór nad prawidłową realizacją umów dotyczących kształcenia m.in. lekarzy rezydentów i lekarzy stażystów, w tym w szczególności odpowiedzialność za proces podpisywania umowy, jej aktualizację i realizacji ze strony finansującego i Szpitala.
9. Prowadzenie działalności socjalnej zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa i obowiązującym w Szpitalu Regulaminem Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych, w tym współpraca z komisją socjalną w zakresie przyznawania pracownikom świadczeń z zakładowego funduszu świadczeń socjalnych.
10. Prowadzenie całokształtu prac związanych z umowami cywilno-prawnymi,

Regulamin Organizacyjny

w szczególności związanych z ich zawieraniem i rozliczaniem.

11. Współdziałal w opracowywaniu aktów prawnych dotyczących spraw pracowniczych.
12. Prowadzenie archiwum dokumentacji związanej z zakresem zadań Działu według obowiązujących przepisów.
13. Prowadzenie całokształtu spraw pracowniczych w zakresie organizacji Związkowych, w tym protokołów posiedzeń i spotkań.
14. Odpowiedzialność za przygotowanie, nadzorowanie i aktualizowanie regulaminu pracy, wynagrodzeń, regulaminu Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych i innych regulaminów dotyczących spraw pracowniczych.
15. Odpowiedzialność za prawidłowe prowadzenie całokształtu spraw związanych z wynagrodzeniami pracowniczymi oraz ewidencjonowanie wykorzystania funduszu płac, a w szczególności:
 - 1) obliczanie wynagrodzeń i zasiłków chorobowych wypłacanych z ubezpieczenia społecznego oraz prowadzenie wymaganej dokumentacji w tym zakresie,
 - 2) systematyczne i prawidłowe naliczanie składek na ubezpieczenie społeczne, ubezpieczenie zdrowotne oraz obciążeń zaliczek z tytułu podatku dochodowego,
 - 3) prawidłowe i terminowe sporządzanie list płac,
 - 4) przygotowywanie do realizacji przelewów wynagrodzeń pracowniczych oraz potrąceń wynikających z list płac,
 - 5) prowadzenie rozliczeń z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych i Urzędami Skarbowymi,
 - 6) roczne rozliczanie pracowników z tytułu naliczonych zaliczek na podatek dochodowy od osób fizycznych,
 - 7) sporządzanie kartotek zarobkowych dla celów emerytalno – rentowych,
 - 8) informowanie Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o wynagrodzeniach pobieranych przez emerytów i rencistów,
 - 9) prawidłowe i terminowe przygotowanie i sporządzanie miesięcznej i rocznej deklaracji dla: Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Urzędu Skarbowego wraz z niezbędnymi w tym zakresie dokumentami,
 - 10) odpowiedzialność za prawidłowe finansowe rozliczanie umów dotyczących

Regulamin Organizacyjny

- kształcenia lekarzy rezydentów i lekarzy stażystów w zakresie kosztów wynagrodzeń i innych kosztów objętych tymi umowami,
- 11) sporządzanie poleceń księgowania związanych z wynagrodzeniami,
 - 12) uzgadnianie z Działem Księgowości miesięcznych sald rozrachunkowych z tytułu ubezpieczeń społecznych oraz podatku dochodowego od osób fizycznych i pozostałych sald wynikających z rozliczenia wynagrodzenia, jak również rozrachunków wynikających z deklaracji Państwowego Funduszu Rehabilitacyjnego Osób Niepełnosprawnych,
 - 13) sporządzanie wykazów imiennych i kwot dokonanych potrąceń z list płac (np.: potrącenia komornicze, z tytułu pożyczek na kasę zapomogowo-pożyczkową, pożyczek mieszkaniowych, składek z tytułu przynależności do związków zawodowych itp.),
 - 14) udzielanie informacji dotyczących wypłat wynagrodzeń i zasiłków oraz wystawianie zaświadczeń o zarobkach,
 - 15) prowadzenie archiwum dokumentacji płacowej według obowiązujących przepisów;
 - 16) przygotowywanie analiz i informacji dotyczących kosztów pracy.
16. Sporządzanie sprawozdawczości dotyczącej spraw pracowniczych na potrzeby organu założycielskiego, Głównego Urzędu Statystycznego, Dyrekcji i innych instytucji zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami.
 17. Prowadzenie spraw związanych z ustaleniem potrzeb szkoleniowych w zakresie szkoleń obligatoryjnych oraz uzupełniających niezbędnych do wykonywania pracy przez pracowników szpitala oraz przekazanie ich do realizacji przez Ośrodek Kształcenia i Promocji.
 18. Współpraca z Uniwersytetem Medycznym we Wrocławiu oraz innymi uczelniami, instytucjami i partnerami w zakresie praktycznej nauki zawodu dla studentów, koordynowanie procesu wyrażania zgód dla Uczelni wyższych / studentów na odbycie praktyk w szpitalu oraz koordynacja zawierania stosownych umów i sposobu ich realizacji przez poszczególne komórki organizacyjne w Szpitalu.
 19. Współpraca z Uniwersytetem Medycznym we Wrocławiu oraz innymi uczelniami, instytucjami i partnerami w zakresie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych praktyk w szpitalu, koordynacja procesu zawierania stosownych umów i sposobu ich realizacji przez poszczególne komórki organizacyjne w Szpitalu.

Regulamin Organizacyjny

20. Współpraca z Uniwersytetem Medycznym we Wrocławiu w zakresie umowy na dydaktykę realizowaną w szpitalu, koordynacja procesu zawierania umowy i sposobu jej realizacji przez poszczególne komórki organizacyjne w Szpitalu.

ROZDZIAŁ XVIII

Zakres zadań pionu Zastępcy Dyrektora ds. Administracji i Logistyki

§ 96

Komórki organizacyjne w pionie **Zastępcy Dyrektora ds. Administracji i Logistyki**:

- 1. Dział Organizacyjno – Prawny.**
- 2. Dział Logistyki.**
- 3. Dział Żywienia.**
- 4. Dział Utrzymania Obiektu.**
- 5. Ośrodek Kształcenia i Promocji.**
- 6. Dział Teleinformatyki.**

§ 97

Zastępca Dyrektora ds. Administracji i Logistyki podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.

1. Do zadań Zastępcy Dyrektora ds. Administracji i Logistyki należy: tworzenie, prowadzenie, kontrolowanie i realizacja procesów logistycznych oraz zabezpieczenie infrastruktury Szpitala, a w szczególności odpowiedzialność za:
 - 1) nadzór nad utrzymywaniem infrastruktury Szpitala w stanie ciągłej i należytej sprawności, ze szczególnym uwzględnieniem bezpieczeństwa pacjentów i personelu,
 - 2) koordynowanie działań służb logistycznych Szpitala oraz innych komórek organizacyjnych związanych z działalnością techniczną Szpitala,
 - 3) koordynowanie, zgodnie z posiadanymi uprawnieniami, przedsięwzięć wchodzących w zakres zadań obronnych, obrony cywilnej, ochrony przeciwpożarowej i bezpośredniej oraz w obszarze zarządzania kryzysowego,
 - 4) realizacja polityki zarządzania jakością poprzez koordynowanie i podejmowanie działań mających na celu podnoszenie jakości usług świadczonych przez Szpital,
 - 5) planowanie, organizowanie, kontrolowanie i ocenianie pracy podległego personelu zgodnie z zakresem obowiązków,
 - 6) zatwierdzanie procedur, instrukcji oraz standardów w zakresie podległego

Regulamin Organizacyjny

pionu,

- 7) dbałość o kontakty i współpraca z zewnętrznymi kontrahentami,
- 8) współpraca ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Szpitala w zakresie realizacji strategicznych i operacyjnych celów Szpitala,
- 9) inicjowanie zmian organizacyjnych i zarządczych Szpitala na podstawie zmiany warunków otoczenia zewnętrznego i wewnętrznego Szpitala,
- 10) nadzór nad prawidłowym wdrożeniem i wykonaniem przepisów prawa oraz zarządzeń wewnętrznych,
- 11) realizacja polityki zapobiegania zakażeniom szpitalnym i higieny szpitalnej,
- 12) nadzór i koordynacja pracy Komitetów, Zespołów i Komisji powołanych zgodnie z regulaminem Komitetów, Zespołów i Komisji działających w Szpitalu podległych bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Administracji i Logistyki,
- 13) nadzór nad realizacją zadań z obszaru teleinformatyki, w tym współtworzenie koncepcji i strategii informatyzacji w Szpitalu.

§ 98

1. Do zadań **Działu Organizacyjno - Prawnego** należy wspomaganie procesów zarządczych Dyrekcji poprzez ogólne doradztwo formalno-prawne, organizowanie, koordynowanie i kontrolowanie przepływu informacji oraz obiegu dokumentów, jak również współtworzenie, ewidencjonowanie wewnętrznych aktów prawnych obowiązujących w Szpitalu.
2. Do podstawowych zadań Działu należy w szczególności:
 - w obszarze organizacyjnym:
 - 1) współpraca z podmiotem tworzącym – Uniwersytetem Medycznym we Wrocławiu w zakresie przekazywania formalnych sprawozdań oraz uchwał Rady Społecznej podlegających zatwierdzeniu/zaopiniowaniu przez Senat Uniwersytetu Medycznego,
 - 2) organizowanie posiedzeń Rady Społecznej oraz Klinikistów, przygotowywanie materiałów na posiedzenia, protokołowanie oraz prowadzenie i przechowywanie dokumentacji dotyczącej ich działalności,
 - 3) opracowanie, aktualizacja danych i dokumentów rejestrowych Szpitala tj. KRS, REGON, NIP, Księga Rejestrowa prowadzona przez Wojewodę Dolnośląskiego,

Regulamin Organizacyjny

- Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą,
- 4) opracowywanie i aktualizowanie we współpracy z komórkami merytorycznymi Szpitala wewnętrznych aktów prawnych Szpitala tj. Statutu, uchwał Rady Społecznej, Zarządzeń Dyrektora, Regulaminów,
 - 5) prowadzenie Centralnego Rejestru Umów, Centralnego Rejestru Zarządzeń, Rejestru wewnętrznych aktów prawnych USK (tj. uchwały Rady Społecznej a w tym Statut, Regulamin Organizacyjny USK itp.), Rejestru zewnętrznych aktów prawnych (tj. ustaw i aktów wykonawczych), Rejestru kontroli zewnętrznych prowadzonych w USK, Rejestru pełnomocnictw i upoważnień Dyrektora, Rejestru poleceń służbowych, Rejestru pieczętek służbowych
 - 6) przechowywanie najważniejszych dokumentów USK,
 - 7) koordynowanie procesu wyrażania zgód dla studentów/pracowników Uczelni wyższych w zakresie sporządzanych prac naukowych,
 - 8) opracowywanie dokumentacji, udział w pracach komisji przetargowych oraz realizacja zakupów/dostaw i usług będących w kompetencji Działu zgodnie z obowiązującymi przepisami,
 - 9) koordynowanie procesu podpisywania umów z zakresu będącego w kompetencjach Działu,
 - w obszarze prawnym:
 - 1) bieżąca weryfikacja przepisów dotyczących działalności Szpitala oraz informowanie jednostek i komórek merytorycznych o zmianach w przepisach,
 - 2) sporządzanie opinii prawnych na wniosek komórek organizacyjnych USK,
 - 3) występowanie w charakterze pełnomocnika Szpitala w postępowaniach likwidacyjnych, sądowych, administracyjnych oraz przed organami orzekającymi,
 - 4) bieżąca współpraca z ubezpieczycielem w postępowaniu likwidacyjnym dotyczącym zgłaszanych szkód z tytułu odpowiedzialności Szpitala w związku z udzielanymi świadczeniami zdrowotnymi i innymi,
 - 5) uczestniczenie na wniosek Dyrektora oraz Zastępców Dyrektora w przeprowadzonych przez Szpital negocjacjach, których celem jest nawiązanie, zmiana bądź rozwiązanie stosunku prawnego,
 - 6) współpraca w opracowywaniu i opiniowaniu umów, aneksów, porozumień oraz listów intencyjnych zawieranych przez Szpital, ze szczególnym uwzględnieniem

Regulamin Organizacyjny

- zgodności umów z obowiązującymi przepisami oraz ich standaryzacja,
- 7) nadzorowanie egzekucji należności Szpitala pod względem prawnym,
- w obszarze kancelaryjnym:
 - 1) przyjmowanie, rejestrowanie, rozdzielanie i przekazywanie korespondencji przychodzącej i wychodzącej Szpitala zgodnie z Instrukcją Kancelaryjną,
 - 2) prowadzenie dokumentacji kancelaryjnej,
 - 3) prowadzenie rachunkowości i rozliczeń dotyczących obsługi pocztowej,
 - 4) merytoryczny nadzór nad elektronicznym obiegiem dokumentów w Szpitalu oraz przestrzeganiem zasad wynikających z Instrukcji kancelaryjnej,
 - 5) popularyzacja wiedzy o elektronicznym obiegu dokumentów.

§ 99

Do zadań **Działu Logistyki** należy w szczególności:

1. Zaopatrzenie w bieliznę szpitalną, środki czystości, sprzęt gospodarczy, odzież ochronną, roboczą, materiały biurowe i druki, recepty i prowadzenie w tym zakresie ewidencji magazynowej.
2. Zabezpieczenie transportu sanitarnego, prania bielizny szpitalnej, odbioru, transportu i utylizacji odpadów medycznych i komunalnych, usług sprzątania zgodnie z obowiązującym w Szpitalu Planem Higieny.
3. Zapewnienie płynności zapotrzebowania komórek organizacyjnych zgodnie z ich potrzebami z uwzględnieniem budżetów, limitów oraz planu finansowego Szpitala.
4. Planowanie i prowadzenie ewidencji zapotrzebowań na asortyment zgodny z kompetencjami Działu.
5. Nadzorowanie terminowości dostaw.
6. Kontrola pod względem ilościowym i jakościowym dostarczanych towarów.
7. Kontrola stanu zapasów.
8. Sporządzanie zamówień do kontrahentów.
9. Opracowywanie dokumentacji, udział w pracach komisji przetargowych oraz realizacja zakupów/dostaw i usług będących w kompetencji Działu zgodnie z obowiązującymi przepisami.
10. Współpraca z dostawcami w zakresie kompetencji działu.
11. Weryfikacja faktur pod kątem zgodności ze złożonym zamówieniem, umową, zleceniem.

Regulamin Organizacyjny

12. Prowadzenie kontroli nad ciągłością zawieranych umów, weryfikacja realizacji umów w zakresie wykorzystania wartości określonej umową.
13. Opracowywanie rocznych planów zakupów na podstawie zapotrzebowań poszczególnych komórek organizacyjnych oraz analizy zużycia wykonania w zakresie jak w punkcie 1 powyżej.
14. Realizacja zakupu i dystrybucja odzieży ochronnej, roboczej dla pracowników na podstawie zapotrzebowań z Działu Personalnego i Działu Bezpieczeństwa i Higieny Pracy oraz prowadzenie w tym zakresie wymaganej ewidencji – kartoteki osobistego wyposażenia pracowników.
15. Gospodarowanie szatniami, szafkami dla pracowników Szpitala oraz identyfikatorami dla pracowników, prowadzenie ewidencji w tym zakresie.
16. Zabezpieczenie funkcjonowania depozytu odzieży wierzchniej pacjentów.
17. Zabezpieczenie transportu:
 - 1) własnego w zakresie:
 - a) materiałów biologicznych (próbek), wyników badań laboratoryjnych, onkologicznych, przesiewowych, toksykologicznych, krwi i preparatów krwiopochodnych, leków,
 - b) przewozu narządów/zespołu ds. transplantacji,
 - c) korespondencji z Kancelarii Szpitala,
 - d) posiłków dla pacjentów,
 - e) zasobów magazynów Działu Logistyki,
 - f) odpadów szpitalnych,
 - g) narzędzi medycznych.
 - 2) zewnętrznego w zakresie:
 - a) pacjentów poddawanych zabiegom dializoterapii,
 - b) pacjentów do domu po udzieleniu porad w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym lub do innych podmiotów leczniczych,
 - c) pacjentów hospitalizowanych na badania do innych podmiotów leczniczych bądź diagnostycznych,
 - d) pacjentów do innych podmiotów leczniczych,
 - e) materiałów do badań diagnostycznych do innych podmiotów,
 - f) krwi i materiałów krwiopochodnych.
18. Realizacja polityki zapobiegania zakażeniom szpitalnym i higieny szpitalnej.

Regulamin Organizacyjny

19. Zgłaszanie reklamacji do kontrahentów w zakresie realizacji podpisanych umów będących w kompetencji Działu.

§ 100

Do zadań **Działu Żywienia** należy w szczególności:

1. Zapewnienie wszystkim żywionym pacjentom posiłków o optymalnej jakości zdrowotnej, poprzez prawidłową organizację procesów technologicznych od momentu dostawy surowców do ekspedycji produktu końcowego.
2. Opracowywanie planów rozwoju i modernizacji procesów żywienia.
3. Organizacja, nadzór i kontrola nad żywieniem pacjentów Szpitala:
 - 1) prowadzenie dokumentacji ewidencji żywionych pacjentów,
 - 2) ustalanie potrzeb żywienia pacjentów na podstawie zamówień składanych przez osoby upoważnione,
 - 3) kontrola nad higienicznym i jakościowym podawaniem posiłków na oddziałach Szpitala,
 - 4) udzielanie świadczeń konsultacyjnych w dietach indywidualnych dla pacjentów,
 - 5) prowadzenie działalności edukacyjnej promującej odpowiednie odżywianie,
 - 6) planowanie oraz modernizacja procesów produkcyjnych zgodnie z obowiązującymi zasadami żywienia ludzi chorych,
 - 7) planowanie produkcji, dystrybucji i pakowania posiłków na poszczególne obiekty.
4. Nadzór, organizacja i modernizacja procedur systemowych:
 - 1) nadzór nad prowadzeniem dokumentacji i wdrażaniem systemu kontrolowania bezpieczeństwa produkcji w obowiązującym systemie HACCP,
 - 2) kontrola prowadzonego systemu procedur na obiektach całego bloku żywienia,
 - 3) sprzątanie, mycie i dezynfekcje urządzeń, pomieszczeń zgodnie z obowiązującymi standardami i procedurami w obrębie komórek organizacyjnych działu/myjnia termoportów, zmywalnia naczyń, kuchnia, zaplecza socjalne, magazynowe,
 - 4) ścisła współpraca z organami Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego kontrolującymi blok żywienia,
 - 5) przeprowadzanie kontroli oddziałów na podstawie ustalonego planu oraz audytów wewnętrznych,

Regulamin Organizacyjny

- 6) przeprowadzanie doraźnych kontroli na oddziałach wymagających niezwłocznego sprawdzenia niepokojących zdarzeń.
5. Prowadzenie, planowanie i kontrola systemu magazynowego:
 - 1) prowadzenie na bieżąco ewidencji produktów spożywczych zamawianych, i magazynowanych,
 - 2) sporządzanie terminowo obowiązujących sprawozdań do Działu Księgowości;
 - 3) wprowadzanie i rozliczanie przyjmowanych faktur zgodnie z obowiązującymi umowami przetargowymi,
 - 4) rozpisywanie rozchodów magazynowych na poszczególne ośrodki kosztów,
 - 5) prowadzenie i rozliczanie z Działem Księgowości posiłków odpłatnych dla pracowników Szpitala,
 - 6) organizowanie dostaw do magazynu spożywczego,
 - 7) uczestnictwo w odbiorach ilościowych i jakościowych zakupionych towarów,
 - 8) składanie reklamacji zgodnie z obowiązującym systemem HACCP,
 - 9) zapewnienie płynności zapotrzebowania dla poszczególnych komórek organizacyjnych, zgodnie z ich potrzebami z uwzględnieniem budżetów, limitów i planu finansowego,
 - 10) kontrola stanu zapasów,
 - 11) sporządzanie zamówień dla kontrahentów,
 - 12) nadzorowanie terminowości dostaw,
 - 13) współpraca z dostawcami w zakresie kompetencji działu,
 - 14) opracowywanie rocznych planów zakupów na podstawie zapotrzebowania poszczególnych komórek organizacyjnych oraz analizy zużycia,
 - 15) opracowywanie danych dotyczących ilości żywionych chorych na poszczególne oddziały Szpitala z wyszczególnieniem diet w systemie punktowym,
 - 16) prowadzenie analiz dotyczących kosztów żywionych pacjentów,
 - 17) miesięczne i dekadowe analizy i kontrole wydatków na produkty spożywcze.
6. Opracowywanie dokumentacji, udział w pracach komisji przetargowych oraz realizacja zakupów/dostaw i usług będących w kompetencji Działu zgodnie z obowiązującymi przepisami.
7. Realizacja polityki zapobiegania zakażeniom szpitalnym i higieny szpitalnej.

§ 101

Do zadań **Działu Utrzymania Obiektu** należy w szczególności:

1. Utrzymywanie w ruchu i sprawności technicznej budynków Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego wraz z podstawową infrastrukturą techniczną poprzez przeprowadzanie przeglądów stanu technicznego, sprawności i przydatności do użytkowania budynków i zainstalowanych w nim urządzeń; zgodnie z przepisami zawartymi w ustawie Prawo Budowlane.
2. Bieżące prowadzenie eksploatacji infrastruktury budowlano-technicznej.
3. Prowadzenie racjonalnej gospodarki mediami w tym:
 - 1) zapewnienie dostaw (zakup, wytworzenie), przesyłu i dystrybucji mediów komunalnych oraz gazów medycznych,
 - 2) techniczne utrzymanie urządzeń zapewniających dostawę mediów,
 - 3) utrzymanie w należyтым stanie technicznym sieci i instalacji przesyłowych poszczególnych mediów,
 - 4) nadzór nad utrzymaniem w ciągłej sprawności wszystkich rodzajów dźwigów,
 - 5) nadzór nad utrzymaniem w ciągłej sprawności instalacji i urządzeń technicznych elektrycznych oraz energetycznych,
 - 6) zabezpieczenie sprawności instalacji, urządzeń wentylacji mechanicznej, klimatyzacji, instalacji zasilających urządzenia, aparaturę medyczną wraz z automatyką.
4. Zapewnienie ciągłych dostaw poszczególnych mediów oraz gazów medycznych z uwzględnieniem zapasowych źródeł zasilania.
5. Utrzymanie w ruchu i sprawności technicznej systemów kontroli dostępu, monitoringu wewnętrznego i zewnętrznego oraz domofonów i wideofonów.
6. Gospodarowanie nieruchomościami użytkowymi przez szpital oraz gospodarowanie pomieszczeniami, a także nadzorowanie ich wyposażenia w sprzęt biurowy.
7. Zapewnienie właściwego zabezpieczenia lądowiska (oświetlenie, droga dojazdowa itp.).
8. Utrzymywanie w ciągłej sprawności technicznej i bieżąca eksploatacja systemu poczty pneumatycznej.
9. Planowanie i realizacja inwestycji budowlanych i remontów pomieszczeń, obiektów, budowli szpitala w zakresie budowlanym oraz branżowym w oparciu o Plan

Regulamin Organizacyjny

Inwestycyjny.

10. Rozliczanie kosztów wykonanych usług zgodnie z kompetencjami Działu.
11. Ustanowienie systemu zarządzania wyposażeniem medycznym, obejmującego procesy zakupu, bezpiecznego stosowania oraz właściwego doboru wyposażenia medycznego.
12. Nadzór nad terminowym wykonaniem przeglądów okresowych, konserwacji, legalizacji przedłużających ważność dopuszczenia aparatury medycznej i sprzętu kontrolno-pomiarowego do używania na podstawie opracowanego planu zabezpieczenia usług serwisowych zgodnie z dokumentacją techniczną i zaleceniami producenta, okresowych przeglądów, konserwacji, remontów, modernizacji i legalizacji aparatury medycznej i sprzętu kontrolno-pomiarowego.
13. Prowadzenie ewidencji i systemu nadzoru nad aparaturą medyczną i sprzętem kontrolno-pomiarowym w celu utrzymania wyposażenia i aparatury medycznej, w stanie ciągłej zdolności do użycia.
14. Zapewnienie bezpieczeństwa stosowania aparatury medycznej w procesie usług medycznych.
15. Okresowa kontrola stanu aparatury medycznej, w tym: zgodności stanu fizycznego z ewidencją, aktualności dopuszczenia do użytku, warunków przechowywania zabezpieczania i używania aparatury na Oddziałach.
16. Sukcesywne szkolenie personelu na temat zasad bezpiecznego użytkowania aparatury medycznej.
17. Prowadzenie gospodarki magazynowej w zakresie zaopatrzenia w aparaturę medyczną oraz instrumentarium chirurgiczne oraz naprawami przez serwis wewnętrzny wraz z ewidencją i analizą potrzeb w zakresie zaopatrzenia w aparaturę medyczną oraz instrumentarium chirurgiczne komórek organizacyjnych szpitala przy współudziale Zastępców Dyrektora.
18. Zapewnienie płynności dostaw sprzętu i aparatury medycznej dla komórek organizacyjnych zgodnie z ich potrzebami z uwzględnieniem budżetów, oraz planu finansowego Szpitala.
19. Kompleksowa organizacja i koordynacja przedsięwzięć wchodzących w zakres zadań obronnych, obrony cywilnej, ochrony przeciwpożarowej, bezpośredniej. Ponadto, w rozumieniu interdyscyplinarnym, koordynuje realizacją zadań w obszarze zarządzania kryzysowego na terenie Szpitala.

Regulamin Organizacyjny

20. W zakresie ochrony przeciwpożarowej:
- 1) opracowanie i systematyczne uaktualnianie Instrukcji Przeciwpożarowej i Planu ewakuacji osób w przypadku powstania pożaru klęski żywiołowej lub innego miejscowego zagrożenia na terenie Szpitala,
 - 2) ocena skuteczności przyjętych rozwiązań w zakresie ewakuacji osób, poprzez organizację cyklicznych treningów i ćwiczeń w tym obszarze,
 - 3) analiza stanu i nadzór nad wyposażeniem obiektów w elementy zautomatyzowanego systemu ostrzegania alarmowego, podręczny sprzęt gaśniczy, instrukcje przeciwpożarowe, tablice ostrzegawcze i informacyjne,
 - 4) utrzymanie w ruchu i sprawności technicznej systemów przeciwpożarowych oraz bieżące reagowanie na ich uruchomienie.
21. W zakresie ochrony bezpośrednie poprzez opracowanie i systematyczne uaktualnianie Planu ochrony obiektów Szpitala, nadzór nad tokiem pełnienia służby personelu ochrony, w tym planowanie i przeprowadzanie kontroli wewnętrznych z zakresu ochrony obiektów Szpitala,
22. Egzekwowanie właściwej organizacji ruchu pojazdów na przyległych parkingach i wokół budynków (dostęp służb ratowniczo – ewakuacyjnych) zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa,
23. Monitorowanie poprzez służby dyżurne w Lokalnym Centrum Nadzoru, sprawności podstawowych systemów bezpieczeństwa i funkcjonowania szpitala, oraz odbieranie w systemie powiadamiania kryzysowego sygnałów o zaistniałych zagrożeniach dla Szpitala. Przekazywanie poprzez system raportów informacji o zaistniałych zdarzeniach do Dyrektora Szpitala i jego Zastępców – według kompetencji,
- 1) prowadzenie ciągłego monitoringu i kontroli sprawności podstawowych systemów zabezpieczających ciągle funkcjonowanie Szpitala, w szczególności w sytuacjach kryzysowych,
 - 2) monitorowanie funkcjonujących systemów powiadamiania i ostrzegania o zaistniałych awariach i sytuacjach kryzysowych oraz zgłaszanie tych zdarzeń Dyrektorowi Szpitala i innym osobom odpowiedzialnym za likwidację skutków ich powstania.
24. Realizacja napraw sprzętu na podstawie wniosków składanych przez użytkowników przez:
- 1) serwis wewnętrzny

Regulamin Organizacyjny

- 2) serwisy zewnętrzne
zgodnie z obowiązującym Regulaminem udzielenia zamówień publicznych.
25. Współpraca z serwisami specjalistycznymi w zakresie zawartych umów serwisowych i innych.
26. Opracowywanie dokumentacji, udział w pracach komisji przetargowych oraz realizacja zakupów/dostaw i usług będących w kompetencji Działu zgodnie z Regulaminem udzielenia zamówień publicznych.
27. Przyjmowanie zgłoszeń użytkownika/dysponenta o awariach lub przeglądu urządzeń.
28. Prowadzenie i aktualizowanie niezbędnej dokumentacji.
29. Kontrola pod względem ilościowym i jakościowym dostarczanych towarów oraz stanu zasobów.
30. Merytoryczne zatwierdzanie faktur.
31. Zgłaszanie reklamacji w ramach zawartych umów serwisowych oraz umów na dostawę sprzętu i dostaw.
32. Opracowanie kalendarzowych i tematycznych planów szkolenia pracowników Szpitala z zakresu wynikającego z obszaru działań Działu, organizowanie i prowadzenie szkoleń pracowników Szpitala z zakresu wynikającego z obszaru działań Działu,

§ 102

Do zadań **Ośrodka Kształcenia i Promocji** należy organizacja szkoleń i konferencji oraz budowanie pozytywnego wizerunku szpitala poprzez wdrożenie polityki promocyjnej we współpracy z Rzecznikiem Prasowym, w tym w szczególności:

1. Opracowanie, nadzór nad realizacją strategii w zakresie wizerunku Szpitala.
 - 1) tworzenie i aktualizacja baz mediów, sponsorów i firm współpracujących ze Szpitalem,
 - 2) organizowanie konferencji prasowych, przygotowanie materiałów prasowych i raportów na temat bieżącego funkcjonowania Szpitala,
 - 3) organizacja kampanii społecznych i promocyjnych, przygotowywania materiałów reklamowo-informacyjnych,
 - 4) przygotowanie i redagowanie narzędzi komunikowania i informowania pracowników poprzez stronę www, intranet, spoty, filmy,
 - 5) opracowanie materiałów informacyjnych i promocyjnych na potrzeby ogólno-

Regulamin Organizacyjny

- szpitalne,
- 6) opracowanie ogólnych prezentacji multimedialnych oraz tekstów informacyjnych o Szpitalu,
 - 7) przygotowywanie danych do rankingów,
 - 8) organizowanie imprez okolicznościowych dla pracowników Szpitala,
 - 9) sprawowanie nadzoru nad stronami internetowymi Szpitala – zewnętrzną, służącą opinii publicznej oraz tzw. intranetem, służącym pracownikom,
 - 10) ścisła współpraca z Dyrekcją i pracownikami Szpitala w zakresie polityki informacyjnej Szpitala,
 - 11) współpraca z partnerami Szpitala oraz innymi instytucjami w zakresie działań promocyjnych,
2. Zapewnienie kompleksowych usług szkoleniowych.
- 1) realizacja planu szkoleń,
 - 2) dbanie o wysoki poziom przekazywanych treści nauczania poprzez staranny dobór kadry trenerskiej, doradczej, posiadającej doświadczenie pedagogiczne i zawodowe,
 - 3) wdrażanie nowoczesnych metod kształcenia,
 - 4) opracowanie materiałów i zakresów merytorycznych w oparciu o bogatą wiedzę praktyczną i teoretyczną oraz dostosowanych do wymagań rynku,
 - 5) pozyskiwanie środków finansowych z prowadzonych szkoleń zewnętrznych,
 - 6) przygotowywanie zestawień oraz statystyk w zakresie prowadzonych szkoleń,
 - 7) prowadzenie strony internetowej Ośrodka Kształcenia,
3. Opracowywanie dokumentacji, udział w pracach komisji przetargowych oraz realizacja zakupów/dostaw i usług będących w kompetencji Działu zgodnie z obowiązującymi przepisami.

§103

Do zadań **Działu Teleinformatyki** należy w szczególności:

1. Opracowanie, wdrożenie i nadzór nad realizacją strategii z zakresu informatyzacji Szpitala.
2. Projektowanie, opiniowanie i wdrażanie nowych rozwiązań teleinformatycznych wynikających z bieżącej działalności Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego.
3. Tworzenie, konfiguracja, utrzymanie i nadzór zarządczo-techniczny nad

Regulamin Organizacyjny

- systemami teleinformatycznymi (DataCenter, przełącznikami sieciowymi, centralami telefonicznymi).
4. Instalacja, opieka i aktualizacja oraz nadzór użytkowo-techniczny nad sprzętem teleinformatycznym oraz oprogramowaniem, w tym prowadzenie gospodarki magazynowej w zakresie: materiałów eksploatacyjnych, sprzętu oraz urządzeń teleinformatycznych.
 5. Stały nadzór nad systemami IT realizującymi zadania wynikające z działalności statutowej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego: Zintegrowanego Systemu Informatycznego, Elektronicznego Obiegu Dokumentów, Systemu poczty elektronicznej oraz innych systemów dziedzinowych funkcjonujących w ramach Szpitala.
 6. Archiwizacja danych informatycznych.
 7. Wsparcie użytkowników aplikacji informatycznych w zakresie użytkowania, konfigurowania i użytkowania oprogramowania informatycznego.
 8. Prowadzenie polityki bezpieczeństwa w zakresie dostępu do zasobów teleinformatycznych Szpitala, ustalania poziomu szyfrowania i zabezpieczania danych, dostępu do pomieszczeń teleinformatycznych (punkty serwerowe, serwerownie).
 9. Prowadzenie polityki telekomunikacyjnej oraz bezpośrednie prowadzenie i nadzór systemów telekomunikacyjnych.

ROZDZIAŁ XIX

Wspólne uprawnienia, obowiązki i odpowiedzialność kierowników komórek organizacyjnych medycznych i niemedycznych

§ 104

1. **Kierownicy komórek organizacyjnych medycznych** zobowiązani są do planowania, organizowania, nadzorowania oraz kontroli funkcjonowania działalności komórki organizacyjnej medycznej, którą kierują.
2. Do obowiązków Kierowników komórek organizacyjnych zalicza się w szczególności:
 - 1) kierowanie pracą podległych komórek organizacyjnych oraz organizowanie pracy na poziomie nowoczesnej organizacji pracy,
 - 2) rozdział zadań i środków do ich wykonania, z uwzględnieniem ich rangi, priorytetu, kwalifikacji fachowych i obciążenia pracą bieżącą wykonawców,
 - 3) dbałość o zwiększanie efektywności i skuteczności działania podległych komórek organizacyjnych,
 - 4) nadzór służbowy nad wykonywanymi zadaniami, a także nad warunkami pracy pracowników,
 - 5) ocena pracowników oraz własnej działalności,
 - 6) adaptacja nowo przyjętych do pracy pracowników, w tym wprowadzenie w specyfikę przydzielonych zadań, udzielanie wyjaśnień dotyczących ich nowych obowiązków, uprawnień oraz zakresu ich odpowiedzialności,
 - 7) inspirowanie i wspieranie rozwoju zawodowego podległych pracowników,
 - 8) analizowanie i doskonalenie struktury zatrudnienia w podległych komórkach organizacyjnych,
 - 9) nadzór nad przestrzeganiem prawa, wewnętrznych aktów normatywnych tzn. obowiązujących instrukcji, procedur, zarządzeń i regulaminów.

§ 105

Kierownicy komórek organizacyjnych odpowiedzialni są za:

1. Realizację, efektywność i skuteczność działania, w tym szczególnie za realizację odpowiednio do rodzaju komórki organizacyjnej, kontraktów i umów stanowiących źródła finansowania działalności Szpitala.
2. Bieżący nadzór, kontrola i koordynacja pracy podległych pracowników a zwłaszcza

Regulamin Organizacyjny

nad prawidłowym i terminowym przebiegiem załatwianych spraw w podległej komórce organizacyjnej.

3. Przestrzeganie zasad pracy biurowej, zgodnie z instrukcją kancelaryjną, obiegu dokumentów oraz instrukcją o archiwizacji akt.
4. Znajomość i stosowanie w praktyce obowiązujących aktów prawnych zewnętrznych i wewnętrznych, jak również zaznajomienie podległych pracowników z dotyczącymi ich aktami prawnymi.
5. Efektywne wykorzystanie czasu pracy przez podległych pracowników oraz terminowe, zgodne z przepisami Kodeksu Pracy, udzielanie urlopów wypoczynkowych.
6. Racjonalne wykorzystanie przydzielonych zasobów.
7. Terminowe i rzetelne opracowywanie dokumentów sprawozdawczych, analitycznych i informacji.
8. Udzielanie informacji osobom upoważnionym do ich uzyskania.
9. Przestrzeganie praworządności i zasad współżycia społecznego.
10. Ustalanie zakresów czynności podległych pracowników.
11. Zapewnienie właściwej dyscypliny pracy.
12. Występowanie z wnioskami w sprawie nagradzania, karania, zmiany stanowiska, zwalniania podległych pracowników.
13. Efektywne współdziałanie z innymi komórkami organizacyjnymi.
14. Przestrzeganie Polityki Bezpieczeństwa Informacji obowiązującej w Szpitalu.

§ 106

1. Wszyscy pracownicy Szpitala zobowiązani są do wykonywania pracy sumiennie i starannie oraz stosowania się do poleceń przełożonych, które dotyczą pracy, jeżeli nie są one sprzeczne z przepisami prawa lub umową o pracę.
2. Pracownicy zobowiązani są w szczególności:
 - 1) przestrzegać czasu pracy ustalonego w Szpitalu,
 - 2) przestrzegać Regulaminu Pracy i ustalonego porządku,
 - 3) przestrzegać przepisów oraz zasad bezpieczeństwa i higieny pracy, a także przepisów przeciwpożarowych,
 - 4) zachowywać w tajemnicy informacje, których ujawnienie mogłoby narazić pracodawcę na szkodę,

Regulamin Organizacyjny

- 5) przestrzegać Politykę Bezpieczeństwa Informacji obowiązującą w Szpitalu,
 - 6) przestrzegać w Szpitalu zasad współżycia społecznego.
3. Pracownicy zobowiązani są dbać o dobro Szpitala oraz chronić jego mienie, tak aby nie narazić pracodawcę na szkodę:
- 1) pracownik Szpitala, który wskutek niewykonania lub nienależytego wykonania obowiązków pracowniczych ze swojej winy wyrządził szkodę w mieniu Szpitala ponosi z tego tytułu odpowiedzialność majątkową,
 - 2) w przypadku wyrządzenia szkody przez kilku pracowników, każdy z nich ponosi odpowiedzialność majątkową za część szkody, stosownie do przyczynienia się do jej powstania i stopnia winy, a jeżeli ustalenie stopnia przyczynienia się poszczególnych pracowników do szkody nie jest możliwe, wówczas odpowiadają oni w częściach równych.

ROZDZIAŁ XX

Postanowienia końcowe

§ 107

Spory kompetencyjne pomiędzy komórkami organizacyjnymi Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego rozstrzyga Dyrektor Szpitala.

§ 108

Sprawy nie ujęte szczegółowo w niniejszym regulaminie będą ustalone w formie odrębnych Zarządzeń Dyrektora.

§ 109

Integralną częścią Regulaminu Organizacyjnego jest schemat organizacyjny stanowiący załącznik nr 1 do niniejszego Regulaminu.

§ 110

1. Niniejszy Regulamin wchodzi w życie z dniem podpisania.
2. Wszelkie zmiany Regulaminu wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
3. Tracą moc wszystkie wcześniejsze zarządzenia Dyrektora Szpitala wprowadzające Regulamin Organizacyjny.

.....
(podpis Dyrektora)