

 <b>SPWSZ</b> w Szczecinie	Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespołowy w Szczecinie 71-455 Szczecin, ul. Arkońska 4	Strona 1 z 69 Data wydania 19.06.2024 r.
	<i><b>REGULAMIN ORGANIZACYJNY</b></i>	

# **REGULAMIN ORGANIZACYJNY SAMODZIELNEGO PUBLICZNEGO WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA ZESPOLONEGOW SZCZECINIE**

**TEKST JEDNOLITY**

## SPIS TREŚCI

<b>DZIAŁ I</b> POSTANOWIENIA OGÓLNE .....	3
<b>DZIAŁ II</b> CELE I ZADANIA SPWSZ .....	4
<b>DZIAŁ III</b> RODZAJE DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ ORAZ MIEJSCA I ZAKRESY UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH .....	6
<b>DZIAŁ IV</b> STRUKTURA ORGANIZACYJNA .....	8
<b>DZIAŁ V</b> OGÓLNE ZASADY ORGANIZACJI SZPITALA .....	14
<b>DZIAŁ VI</b> ZASADY UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH .....	16
<b>DZIAŁ VII</b> ZASADY WSPÓLDZIAŁANIA Z INNYMI PODMIOTAMI LECZNICZYM .....	21
<b>DZIAŁ VIII</b> SYSTEM ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ .....	22
<b>DZIAŁ IX</b> OGÓLNY ZAKRES OBOWIĄZKÓW, UPRAWNIEŃ I ODPOWIEDZIALNOŚCI DYREKTORA, ZASTĘPCÓW DYREKTORA, LEKARZA DYŻURNEGO SZPITALA, PIELĘGNIARKI NACZELNEJ, PRZEŁOŻONEJ PIELĘGNIAREK I GŁÓWNEGO KSIĘGOWEGO .....	23
<b>DZIAŁ X</b> OGÓLNY ZAKRES OBOWIĄZKÓW, UPRAWNIEŃ I ODPOWIEDZIALNOŚCI ORDYNATORÓW / LEKARZY KIERUJĄCYCH ODDZIAŁAMI ORAZ KIEROWNIKÓW I KOORDYNATORÓW KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH .....	28
<b>DZIAŁ XI</b> OGÓLNY ZAKRES OBOWIĄZKÓW, UPRAWNIEŃ I ODPOWIEDZIALNOŚCI PRACOWNIKÓW .....	30
<b>DZIAŁ XII</b> ZADANIA I ZAKRES DZIAŁANIA JEDNOSTEK I KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH SPWSZ ORAZ ZASADY WSPÓLDZIAŁANIA MIĘDZY NIMI .....	32
<b>DZIAŁ XIII</b> ZADANIA POZOSTAŁYCH, NIEMEDYCZNYCH KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH .....	41
<b>DZIAŁ XIV</b> PRAWA I OBOWIĄZKI PACJENTA .....	56
<b>DZIAŁ XV</b> ORGANIZACJA PRZYJMOWANIA I ROZPATRYWANIA SKARG I WNIOSEKÓW .....	58
<b>DZIAŁ XVI</b> ZASADY UDOSTĘPNIANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ .....	59
<b>DZIAŁ XVII</b> OBOWIĄZKI SZPITALA W PRZYPADKU ŚMIERCI PACJENTA .....	60
<b>DZIAŁ XVIII</b> ZASADY OPRACOWYWANIA I WYDAWANIA WEWNĘTRZNYCH AKTÓW NORMATYWNYCH .....	61
<b>DZIAŁ XIX</b> PRZEKAZYWANIE AKT I CZYNNOŚCI PRZY DOKONYWANIU ZMIAN PERSONALNYCH .....	63
<b>DZIAŁ XX</b> OGÓLNE ZASADY PODPISYWANIA PISM NIE STANOWIĄCYCH AKTÓW NORMATYWNYCH .....	64
<b>DZIAŁ XXI</b> PEŁNOMOCNICTWA I UPOWAŻNIENIA .....	65
<b>DZIAŁ XXII</b> UDZIELANIE INFORMACJI O SZPITALU .....	66
<b>DZIAŁ XXIII</b> OPŁATY POBIERANE PRZEZ SZPITAL .....	67
<b>DZIAŁ XXIV</b> MONITORING WIZYJNY W SAMODZIELNYM PUBLICZNYM WOJEWÓDZKIM SZPITALU ZESPOLONYM W SZCZECINIE .....	68
<b>DZIAŁ XXIV</b> POSTANOWIENIA KOŃCOWE .....	69
<b>ZAŁĄCZNIKI:</b>	
ZAŁĄCZNIK NR 1 - SCHEMAT RAMOWEJ STRUKTURY ORGANIZACYJNEJ	
ZAŁĄCZNIK NR 2 - CENNIK	
ZAŁĄCZNIK NR 3 - REGULAMIN MONITORINGU WIZYJNEGO W SAMODZIELNYM PUBLICZNYM WOJEWÓDZKIM SZPITALU ZESPOLONYM W SZCZECINIE	

**DZIAŁ I**  
**POSTANOWIENIA OGÓLNE**

**§ 1**

1. Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespołowy w Szczecinie jest samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej – podmiotem leczniczym nie będącym przedsiębiorcą, zwanym w dalszej części Szpitalem lub SPWSZ.
2. Podmiotem tworzącym SPWSZ jest Województwo Zachodniopomorskie.
3. Podstawy prawne działalności SPWSZ określają:
  - 1) powszechnie obowiązujące przepisy prawa, w szczególności:
    - ustawa z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. z 2016r., poz. 1638 ze zm.),
    - ustawa z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2016r., poz. 1793 ze zm.),
    - ustawa z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz. U. z 2016r., poz. 186 ze zm.),
  - 2) wpis do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą, prowadzonego przez Wojewodę Zachodniopomorskiego pod numerem 00000017656,
  - 3) Statut,
  - 4) Regulamin Organizacyjny.
4. SPWSZ jest odrębnym podmiotem praw majątkowych i uzyskał osobowość prawną z chwilą wpisu do rejestru prowadzonego przez Sąd Rejestrowy – XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego Sądu Rejonowego Szczecin-Centrum w Szczecinie – nr rej. KRS 0000003593.
5. Siedzibą SPWSZ jest miasto Szczecin.

**§ 2**

1. Regulamin Organizacyjny SPWSZ ustalany jest przez Dyrektora, po zasięgnięciu opinii Rady Społecznej Szpitala.
2. Regulamin Organizacyjny jest zbiorem zasad organizacji Szpitala, określających sposoby postępowania pracowników w ramach pełnienia obowiązków na zajmowanych stanowiskach oraz regulujących organizację i porządek udzielania świadczeń zdrowotnych, a w szczególności:
  - 1) ogólne zasady organizacji Szpitala,
  - 2) zakres oraz przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w medycznych komórkach organizacyjnych SPWSZ,
  - 3) strukturę organizacyjną oraz organizację i zadania poszczególnych komórek organizacyjnych, wraz z warunkami współdziałania tych komórek,
  - 4) warunki współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą,
  - 5) wysokość opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej,
  - 6) organizację procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat,
  - 7) wysokość opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny,
  - 8) wysokość opłat za udzielanie świadczeń zdrowotnych innych niż finansowane ze środków publicznych,
  - 9) sposób kierowania komórkami organizacyjnymi.

## DZIAŁ II

### CELE I ZADANIA SPWSZ

#### § 3

1. Celem działalności SPWSZ jest udzielanie świadczeń zdrowotnych, służących zachowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia ludności oraz promocja zdrowia.
2. Cele określone w ust. 1 Szpital realizuje w szczególności poprzez:
  - 1) udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju świadczenia szpitalne, stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne, świadczenia ambulatoryjne, z uwzględnieniem świadczeń wysokospecjalistycznych w ramach specjalności reprezentowanych przez komórki organizacyjne Szpitala;
  - 2) prowadzenie działalności diagnostycznej;
  - 3) prowadzenie działalności profilaktycznej, szerzenie oświaty zdrowotnej oraz działalności mającej na celu promocję zdrowia;
  - 4) prowadzenie rehabilitacji leczniczej;
  - 5) pełnienie funkcji konsultacyjnych dla innych podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych na podstawie zawartych umów;
  - 6) prowadzenie działalności w zakresie ratownictwa medycznego;
  - 7) prowadzenie działalności dydaktycznej i badawczej w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych;
  - 8) współpracę z ośrodkami naukowo - dydaktycznymi w organizowaniu oraz prowadzeniu szkolenia przed- i podyplomowego oraz doskonalenia zawodowego kadr;
  - 9) współpracę z placówkami naukowo - badawczymi w organizowaniu oraz prowadzeniu badań naukowych w dziedzinach będących przedmiotem działalności Szpitala;
  - 10) prowadzenie staży specjalizacyjnych, specjalizacji w oddziałach wpisanych na listę prowadzoną przez Ministra Zdrowia;
  - 11) podejmowanie działań uwzględniających misję i cele strategiczne Szpitala Zespołowego, ukierunkowanych na podnoszenie jakości realizowanych zadań, minimalizowanie negatywnego oddziaływania na środowisko;
  - 12) prowadzenie działalności związanej z bezpieczeństwem i higieną pracy, ochrony przeciwpożarowej, przestrzeganie zasad bezpieczeństwa informacji;
  - 13) realizację konstytucyjnego oraz ustawowego prawa do ochrony prywatności, ochrony danych osobowych oraz bezpieczeństwa informacji w działalności Szpitala Zespołowego;
  - 14) realizację dodatkowych zadań wskazanych przez podmiot tworzący.
3. Szpital realizuje zadania obronne wynikające z przepisów ustawy z dnia 21 listopada 1967r. o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej (t.j. Dz. U. z 2018r. poz. 1459 ze zm.) oraz wydanych na podstawie tej ustawy aktów wykonawczych.

#### § 4

Szpital może prowadzić, bez szkody dla jakości i dostępności świadczeń zdrowotnych udzielanych osobom uprawnionym na podstawie obowiązujących przepisów, odpłatną działalność w zakresie:

- 1) udzielania świadczeń zdrowotnych,
- 2) usług parkingowych,
- 3) usług transportowych,
- 4) usług sterylizacji,
- 5) usług hotelowych dla opiekunów osób hospitalizowanych,
- 6) organizacji szkoleń, kursów, konferencji,
- 7) badań klinicznych i innych programów,

- 8) dzierżawy, najmu aktywów trwałych, najmu lub dzierżawy innych wolnych powierzchni lokalitywnych i gruntowych, na zasadach określonych przez podmiot tworzący, zgodnie z art. 54 ust. 2 i art. 89 ust. 3 ustawy o działalności leczniczej,
- 9) sprzedaży, wynajmu, dzierżawy lub oddawania w użytkowanie wyposażenia, narzędzi, urządzeń, sprzętu, zbędnych lub nieprzydatnych dla realizacji podstawowych celów i zadań Szpitala Zespołonego określonych w Statucie, na zasadach określonych przez podmiot tworzący, zgodnie z art. 54 ust. 2 i art. 89 ust. 3 ustawy o działalności leczniczej,
- 10) sprzedaży posiłków.

### DZIAŁ III

## RODZAJE DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ ORAZ MIEJSCA I ZAKRESY UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

### § 5

1. Szpital udziela świadczeń zdrowotnych na zasadach określonych w ustawie o działalności leczniczej, ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, przepisach odrębnych lub w umowach cywilnoprawnych.
2. Szpital udziela świadczeń zdrowotnych w rodzaju:
  - 1) szpitalne stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne;
  - 2) ambulatoryjne świadczenia zdrowotne;
  - 3) stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne.
3. Szpital udziela świadczeń zdrowotnych w następujących dziedzinach medycyny:
  - 1) anestezjologia i intensywna terapia;
  - 2) chirurgia klatki piersiowej,
  - 3) chirurgia ogólna;
  - 4) choroby wewnętrzne;
  - 5) choroby zakaźne;
  - 6) dermatologia i wenerologia;
  - 7) diagnostyka laboratoryjna;
  - 8) medycyna nuklearna;
  - 9) medycyna ratunkowa;
  - 10) neurochirurgia;
  - 11) neurologia;
  - 12) okulistyka;
  - 13) onkologia kliniczna;
  - 14) ortopedia i traumatologia narządów ruchu;
  - 15) otolaryngologia;
  - 16) patomorfologia;
  - 17) pediatria;
  - 18) radiologia i diagnostyka obrazowa;
  - 19) rehabilitacja medyczna;
  - 20) urologia;
  - 21) alergologia;
  - 22) chirurgia naczyniowa;
  - 23) chirurgia onkologiczna;
  - 24) choroby płuc;
  - 25) diabetologia;
  - 26) endokrynologia;
  - 27) gastroenterologia;
  - 28) geriatria;
  - 29) hipertensjologia;
  - 30) kardiologia;
  - 31) nefrologia;
  - 32) otolaryngologia dziecięca;
  - 33) reumatologia;
  - 34) transplantologia kliniczna;
  - 35) fizjoterapia;
  - 36) hematologia.

§ 6

Szpital udziela świadczeń zdrowotnych w następujących miejscach:

- 1) 71-455 Szczecin, ul. Arkońska 4;
- 2) 71-460 Szczecin, ul. Broniewskiego 2;
- 3) 70-891 Szczecin, ul. Alfreda Sokołowskiego 11.

## DZIAŁ IV

### STRUKTURA ORGANIZACYJNA

#### § 7

1. Struktura organizacyjna Szpitala stanowi układ jednostek organizacyjnych oraz zespół występujących między nimi zależności.
2. Stosunki organizacyjno-formalne między wyodrębnionymi jednostkami organizacyjnymi Szpitala są regulowane poprzez zależności podporządkowania liniowego i funkcjonalnego, ustalone w niniejszym Regulaminie, jak również w wydawanych na jego podstawie innych dokumentach określających zadania, uprawnienia i odpowiedzialność pracowników, m.in. takich jak zarządzenia, polecenia służbowe, stanowiskowe karty pracy, procedury i instrukcje systemów zarządzania, itp.
3. Strukturę organizacyjną SPWSZ tworzą następujące działy, sekcje, zespoły stałe i samodzielne stanowiska:
  - 1) podlegające bezpośrednio Dyrektorowi:
    - a) Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa;
    - b) Zastępca Dyrektora ds. Ekonomicznych;
    - c) Zastępca Dyrektora ds. Administracyjnych;
    - d) Naczelną Pielęgniarką;
    - e) Rzecznik Prasowy;
    - f) Dział Kadr i Płac oraz Stanowisko ds. Socjalnych;
    - g) Dział Organizacyjno – Prawny oraz Kancelaria i Sekretariaty Dyrekcji;
    - h) Zespół ds. bhp;
    - i) Zespół ds. Ochrony Radiologicznej i Fizyki Medycznej;
    - j) Inspektor Ochrony Danych;
    - k) Pełnomocnik Dyrektora ds. Ochrony Informacji Niejawnych;
    - l) Pełnomocnik Dyrektora ds. Praw Pacjenta;
    - m) Pełnomocnik Dyrektora ds. Systemów Zarządzania Jakością oraz Sekcja ds. Systemów Zarządzania Jakością i Szkoleń;
    - n) Stanowisko ds. Obronnych;
    - o) Stanowisko ds. Kontroli;
  - 2) podlegające Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomicznych:
    - a) Główny Księgowy oraz:
      - Zastępca Głównego Księgowego;
      - Dział Finansowo - Księgowy;
      - Kasa;
      - Sekcja Inwentaryzacji;
    - b) Dział Statystyki Medycznej i Sprzedaży Usług;
    - c) Dział Zaopatrzenia oraz Zespół Magazynów;
    - d) Sekcja Zamówień Publicznych;
    - e) Sekcja Analiz Ekonomicznych;
    - f) Sekcja Informatyki.
  - 3) podlegające Zastępcy Dyrektora ds. Administracyjnych:
    - a) Dział Techniczny;
    - b) Główny Energetyk i Zastępca Głównego Energetyka;
    - g) Dział Gospodarczy oraz:
      - Magazyn Depozytowy Odzieży;
      - Magazyn Odpadów Medycznych;
      - Portiernie;
    - c) Sekcja Aparatury i Sprzętu Medycznego;



- d) Archiwum Zakładowe;
- e) Stanowisko ds. p./poż.;
- f) Kapelan;
- 4) podlegające Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa:
  - a) Naczelny Lekarz;
  - b) Naczelny Lekarz ds. Lecznictwa Otwartego;
  - c) Naczelny Lekarz ds. chorób zakaźnych;
  - d) Lekarz zakładowy;
  - e) Szpitalni Koordynatorzy Transplantacyjni;
  - f) Zespół psychologów;
  - g) Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych;
  - h) Zespół ds. pakietu onkologicznego;
  - i) Zakład leczniczy „Szpital Wojewódzki w Szczecinie”;
  - j) Zakład leczniczy „Zespół Specjalistycznej Opieki Ambulatoryjnej Szpitala Wojewódzkiego w Szczecinie”;
  - k) Zakład leczniczy „Opieka Długoterminowa Szpitala Wojewódzkiego w Szczecinie”;
- 5) podlegające Naczelnaj Pielęgniarce:
  - a) Zastępcy Naczelnaj Pielęgniarki;
  - b) Zespół ds. Społecznych;
  - c) Centralna Sterylizatornia ze Stacją Przygotowania Łóżek i Punktem Dystrybucji Sprzętu Medycznego;
  - d) Dział Żywienia oraz Kuchnia Centralna;
  - e) Zespół Transportu Medycznego;
  - f) Zakład leczniczy „Szpital Wojewódzki w Szczecinie” (w zakresie personelu pielęgniarskiego i pomocniczego);
  - g) Zakład leczniczy „Zespół Specjalistycznej Opieki Ambulatoryjnej Szpitala Wojewódzkiego w Szczecinie” (w zakresie personelu pielęgniarskiego i pomocniczego);
  - h) Zakład leczniczy „Opieka Długoterminowa Szpitala Wojewódzkiego w Szczecinie” (w zakresie personelu pielęgniarskiego i pomocniczego).

## § 8

1. Świadczenia zdrowotne realizowane są przez następujące zakłady lecznicze SPWSZ:
  - 1) Zakład leczniczy pod nazwą „Szpital Wojewódzki w Szczecinie”;
  - 2) Zakład leczniczy pod nazwą „Zespół Specjalistycznej Opieki Ambulatoryjnej Szpitala Wojewódzkiego w Szczecinie”;
  - 3) Zakład leczniczy pod nazwą „Opieka Długoterminowa Szpitala Wojewódzkiego w Szczecinie”.
2. W ramach zakładów leczniczych, o których mowa w ust. 1, funkcjonują następujące jednostki organizacyjne:
  - 1) „Szpital Wojewódzki w Szczecinie”, w skład którego wchodzi:
    - a) Oddziały:
      - Oddział Chorób Wewnętrznych i Diabetologii (4020) z Pododdziałem Endokrynologii (4030);
      - Oddział Gastroenterologii i Chorób Wewnętrznych (4050);
      - Oddział Geriatrii i Przewlekłe Chorych (4060);
      - Oddział Hematologii (4070);
      - Oddział Kardiologii i Kardiologii Inwazyjnej (4100);
      - Oddział Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego (4106);
      - Oddział Nefrologii i Transplantacji Nerek (4130);
      - Oddział Dermatologii i Alergologii (4200);
      - Oddział Neurologii (4220);

- Oddział Udarowy (4222);
  - Oddział Chorób Wewnętrznych i Onkologii (4240);
  - Oddział Anestezjologii, Intensywnej Terapii i Zatruc (4260) z Pododdziałem Anestezjologii i Intensywnej Terapii dla Dzieci (4261);
  - Oddział Reumatologii (4280);
  - Oddział Rehabilitacji (4300);
  - Oddział Rehabilitacji Neurologicznej (4306);
  - Oddział Obserwacyjno – Zakaźny, Chorób Tropikalnych i Nabytych Niedoborów Immunologicznych (4340);
  - Oddział Chorób Zakaźnych, Hepatologii i Transplantacji Wątroby (4340);
  - Oddział Dziecięcy Obserwacyjno – Zakaźny (4349);
  - Oddział Dziecięcy (4401);
  - Oddział Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej (4500) z Pododdziałem Chirurgii Onkologicznej (4540);
  - Oddział Chirurgii Naczyniowej(4530);
  - Oddział Neurochirurgii i Neurotraumatologii(4570);
  - Oddział Okulistyki (4600);
  - Oddział Otolaryngologii (4610) z Pododdziałem Otolaryngologii dla Dzieci (4611);
  - Oddział Urologii Ogólnej i Onkologicznej (4640);
  - Szpitalny Oddział Ratunkowy (4902);
  - Oddział Świadczeń Komercyjnych i Badań Klinicznych (9000);
- b) Zintegrowany Blok Operacyjny (4910);
- c) Punkt Przyjęć Planowych
- d) Apteka Szpitalna (4920), w skład której wchodzi:
- Pracownia Żywienia Pozajelitowego (4920);
  - Pracownia Leku Cytotoksycznego (4920);
  - Pracownia Leku Recepturowego (4920);
  - Pracownia Leku Recepturowego Jalowego (4920);
- e) Pracownie:
- Pracownia Hemodynamiki i Angiokardiografii (7232);
  - Pracownia Elektrofizjologii (7234);
  - Pracownia Elektroterapii (7998);
  - Pracownia Chirurgii Endoskopowej (7910);
  - Pracownia Elektroencefalografii (7998);
  - Pracownia Elektromiografii i Potencjałów Wywołanych (7998).
- 2) „Zespół Specjalistycznej Opieki Ambulatoryjnej Szpitala Wojewódzkiego w Szczecinie”, w skład którego wchodzi:
- a) Poradnie:
- Poradnia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej (0016);
  - Poradnia Chorób Metabolicznych i Leczenia Otyłości (1008);
  - Poradnia Diabetologiczna (1020);
  - Poradnia Endokrynologiczna (1030);
  - Poradnia Gastroenterologiczna (1050);
  - Poradnia Hepatologiczna (1056);
  - Poradnia Geriatryczna (1060);
  - Poradnia Hematologiczna (1070);
  - Poradnia Kardiologiczna, Zaburzeń Rytmu i Kontroli Stymulatorów Serca (1100);

- Poradnia Nadciśnienia Tętniczego (1104);
- Poradnia Nefrologiczna (1130);
- Poradnia Dermatologiczna z Pracownią Dermatochirurgii (1200);
- Poradnia Neurologiczna (1220);
- Poradnia Parkinsonizmu i Chorób Układu Pozapiramidowego (1220);
- Poradnia Reumatologiczna (1280);
- Poradnia Onkologiczna z Punktem Podawania Cytostatyków (1240);
- Poradnia Chorób Zakaźnych i Chorób Tropikalnych (1340);
- Poradnia Chorób Zakaźnych dla Dzieci (1341);
- Poradnia Nabytych Niedoborów Immunologicznych (1342);
- Poradnia Chorób Odzwierzęcych, Pasożytniczych i Profilaktyki Wścieklizny (1348);
- Poradnia Chirurgiczna (1500);
- Poradnia Chirurgii Wątroby, Trzustki i Dróg Żółciowych (1500);
- Poradnia Chirurgii Naczyniowej (1530);
- Poradnia Neurochirurgiczna (1570);
- Poradnia Okulistyczna (1600);
- Poradnia Otolaryngologiczna (1610);
- Poradnia Logopedyczna (1616);
- Poradnia Urologiczna (1640);
- Poradnia Transplantologiczna (1650);
- Poradnia Prehabilitacji (9000);
- b) Gabinety zabiegowo – diagnostyczne (9450).
- c) Zakłady i Pracownie:
  - Pracownia Echokardiografii i Elektrokardiografii (7998);
  - Pracownie Endoskopii (7910);
  - Pracownia Laserowa (7998);
  - Pracownia Diagnostyczno-Zabiegowa Urologii i Urologii Onkologicznej (7912);
- d) Ośrodek Rehabilitacji Diennej (2300)
- e) Ośrodek Rehabilitacji Kardiologicznej (2302);
- f) Stacja Dializ (4132);
- g) Zespół Domowej Dializoterapii Otrzewnowej (2130).
- 3) Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej (7100), w skład którego wchodzi:
  - Laboratorium Centralne I (7100);
  - Laboratorium Centralne II (7100);
  - Pracownia Mikrobiologii (7120);
  - Pracownia Diagnostyki Prątki (7120);
  - Pracownia Serologii Transfuzjologicznej (7130);
  - Pracownia Immunologii Transfuzjologicznej II (7130);
- 4) Zakład Patomorfologii (7300), w skład którego wchodzi:
  - Prosektura I;
  - Prosektura II;
  - Pracownia Immunohistochemiczna I (7150);
  - Pracownia Immunohistochemiczna II (7150);
  - Pracownia Cytologiczna I (7140);
  - Pracownia Cytologiczna II (7140);
  - Pracownia Histopatologii I (7150);
  - Pracownia Histopatologii II (7150);

- Pracownia Badań Śródoperacyjnych I (7150);
- Pracownia Badań Śródoperacyjnych II (7150);
- 5) Zakład Radiologii i Diagnostyki Obrazowej, w skład którego wchodzi:
  - Pracownia Ultrasonografii (7210);
  - Pracownia Fibroscan (7210)
  - Pracownia Tomografii Komputerowej (7220);
  - Pracownia Diagnostyki Naczyniowej i Radiologii Zabiegowej (7230);
  - Pracownia Rentgenodiagnostyki Zabiegowej (7230);
  - Pracownia Rentgenodiagnostyki Ogólnej (7240);
  - Pracownia Rezonansu Magnetycznego (7250);
- 6) Bank Krwi (8500);
- 7) „Szpital Wojewódzki w Szczecinie Zdunowie”, w skład którego wchodzi:
  - a) Oddziały:
    - Oddział Chorób Wewnętrznych – IV (4000) z Pododdziałem Kardiologii (4100);
    - Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii (4260) wraz z Działem Anestezjologii (4950);
    - Oddział Gruźlicy i Chorób Płuc – I (4270);
    - Oddział Gruźlicy, Chorób Płuc i Alergologii – III (4270);
    - Oddział Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej – VIII (4500);
    - Oddział Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej – V (4580);
    - Oddział Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej – VI (4580);
    - Klinika Chirurgii Klatki Piersiowej i Transplantacji – VII (4520) z Pododdziałem Transplantacji Płuc (4662);
    - Szpitalny Oddział Ratunkowy (4902);
  - b) Bloki Operacyjne (4910);
  - c) Punkt Przyjęć Planowych;
  - d) Dział Fizjoterapii (1310);
  - e) Apteka Szpitalna (4920).
- 8) „Zespół Specjalistycznej Opieki Ambulatoryjnej Szpitala Wojewódzkiego w Szczecinie Zdunowie”, w skład którego wchodzi:
  - a) Poradnie:
    - Poradnia Alergologiczna (1010);
    - Poradnia Gastroenterologiczna (1050);
    - Poradnia Kardiologiczna (1100);
    - Poradnia Chorób Naczyń (1120);
    - Poradnia Gruźlicy i Chorób Płuc (1270);
    - Poradnia Chirurgii Ogólnej (1500);
    - Poradnia Chirurgii Klatki Piersiowej (1520);
    - Poradnia Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej (1580);
    - Poradnia Transplantologiczna (1650);
  - b) Centralna Rejestracja Poradni Przychodni;
  - c) Gabinety zabiegowo – diagnostyczne (9450);
  - d) Pracownie diagnostyczne:
    - Pracownia Angiokardiografii (7232);
    - Pracownia Badań Endoskopowych Układu Oddechowego (7910);
    - Pracownia Endoskopii (7910);
    - Pracownia Badań Czynnościowych Układu Oddechowego (7998);
    - Pracownia Echokardiografii (7998);
    - Pracownia Prób Wysilkowych (7998);

- Pracownia Holtera i EKG (7998);
  - Pracownia Densytometrii (7244).
- 9) „Zakłady Opiekuńcze”, w skład których wchodzi:
- Zakład Opiekuńczo-Leczniczy (5170).
3. Schemat Ramowej Struktury Organizacyjnej SPWSZ stanowi Załącznik Nr 1 do niniejszego Regulaminu Organizacyjnego.
4. Dyrektor może, w drodze Zarządzenia lub Polecenia Służbowego, powoływać zespoły zadaniowe, komisje i komitety do realizacji określonych celów.

## DZIAŁ V

### OGÓLNE ZASADY ORGANIZACJI SZPITALA

#### § 9

1. Szpitalem kieruje i reprezentuje go na zewnątrz Dyrektor.
2. Dyrektor wykonuje swoje zadania przy pomocy:
  - Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa,
  - Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomicznych,
  - Zastępcy Dyrektora ds. Administracyjnych,
  - Naczelnej Pielęgniarki,
  - Głównego Księgowego.
3. Poza godzinami pracy Dyrektora w dni powszednie oraz w niedziele i święta, kompetencje w zakresie kontroli udzielania świadczeń i koordynacji pracy personelu przejmuje wyznaczony Lekarz Dyżurny Szpitala, według comiesięcznego harmonogramu.
4. Oddziałami Szpitala kierują Ordynatorzy lub Lekarze Kierujący Oddziałami, a pozostałymi komórkami organizacyjnymi kierują kierownicy lub koordynatorzy tych komórek, a w razie ich nieobecności zastępcy lub inne wyznaczone osoby.
5. Organizacją i realizacją kompleksowych świadczeń pielęgniarskich we wszystkich komórkach organizacyjnych Szpitala zajmuje się pielęgniarka oddziałowa lub pielęgniarka koordynująca, a w przypadku ich nieobecności zastępcy lub inne wyznaczone osoby.
6. Nadzór nad pracą personelu pielęgniarskiego oraz koordynację pracy pielęgniarek sprawują Pielęgniarka Naczelna i Przełożona Pielęgniarek.
7. Regulacje niniejszego Regulaminu dotyczące pielęgniarek dotyczą również położnych.

#### § 10

W operacyjnym zarządzaniu Szpitalem obowiązują następujące zasady:

- 1) jednolitość metod – co oznacza, że zarządzanie działalnością Szpitala prowadzone jest wg jednolitych wewnętrznych wytycznych, wynikających z zadań planowych i przyjętych do realizacji celów;
- 2) jednoosobowe kierownictwo i centralizacja decyzji – co oznacza, że na każdym szczeblu decyzje podejmowane są jednoosobowo. Każdy kierownik od najniższego do najwyższego szczebla posiada określony zakres zadań, uprawnień i odpowiedzialności, w ramach których podejmuje decyzje i wydaje polecenia podległym pracownikom;
- 3) ciągłość kierownictwa – co oznacza, że ciągłość sprawowania funkcji kierowniczych – w razie nieobecności kierowników – powinna być zapewniona poprzez przekazywanie osobom zastępującym prawa podejmowania decyzji wraz z odpowiedzialnością i zgodnie z linią działania przyjętą przez kierownika;
- 4) hierarchia szczeblowa – co oznacza, że pracownik każdego szczebla organizacyjnego podlega wyłącznie swemu przełożonemu;
- 5) kompetencje funkcjonalne – co oznacza, że określone obszary decyzyjne w Szpitalu są sterowane i kontrolowane wg powiązań funkcjonalnych.

**§ 11**

Postępowanie kancelaryjne w SPWSZ, obieg dokumentów, rejestrację, znakowanie pism, używanie pieczęci, określa Instrukcja Kancelaryjna z załącznikiem w postaci Jednolitego Rzeczowego Wykazu Akt, ustalona przez Dyrektora i zatwierdzona przez Archiwum Państwowe.

**§ 12**

Wewnętrzny porządek oraz czas pracy poszczególnych grup zawodowych określa Regulamin Pracy ustalony przez Dyrektora, po uzgodnieniu z organizacjami związków zawodowych, działającymi w Szpitalu.

## DZIAŁ VI

### ZASADY UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

#### § 13

1. Warunki udzielania i zakres świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych reguluje Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
2. SPWSZ udziela świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych osobom ubezpieczonym oraz innym osobom uprawnionym do tych świadczeń na podstawie odrębnych przepisów, a także za całkowitą odpłatnością.
3. SPWSZ nie może odmówić udzielania świadczenia zdrowotnego, jeżeli osoba zgłaszająca się do Szpitala potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia.
4. Szpital prowadzi dokumentację medyczną dotyczącą osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych z zapewnieniem ochrony danych osobowych zawartych w dokumentacji oraz udostępnia dokumentację zgodnie z obowiązującymi przepisami.
5. Pomiędzy poszczególnymi komórkami organizacyjnymi Szpitala utrzymywana jest ścisła współpraca, poprzez wzajemne konsultacje, badania diagnostyczne oraz zabiegi.
6. Komórki organizacyjne wykonujące świadczenia zdrowotne w zakresie leczenia stacjonarnego działają w systemie całodobowym i ostro-dyżurowym.
7. Komórki organizacyjne wykonujące świadczenia zdrowotne w zakresie specjalistycznego leczenia ambulatoryjnego działają zgodnie z harmonogramami pracy poszczególnych poradni, podanymi do wiadomości przy danej poradni.
8. Świadczenia opieki zdrowotnej w Szpitalu udzielane są według kolejności zgłoszeń oraz zgodnie z kryteriami medycznymi.
9. Oddziały i poradnie szpitalne prowadzą listy oczekujących na udzielenie świadczenia zgodnie z obowiązującymi przepisami.
10. W Szpitalu działa Zespół ds. Oceny Przyjęć, do zadań którego należy przeprowadzanie okresowej oceny list oczekujących na udzielenie świadczenia medycznego pod względem:
  - prawidłowości prowadzenia dokumentacji,
  - czasu oczekiwania,
  - zasadności i przyczyn zmian terminów udzielenia świadczeń.

#### § 14

#### **Zasady organizacji procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia stacjonarnego**

1. Do korzystania ze świadczeń stacjonarnej opieki zdrowotnej udzielanych bezpłatnie w Szpitalu uprawnione są osoby zgodnie z ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
2. Bezpłatne świadczenia stacjonarnej opieki zdrowotnej udzielane są także osobom nie posiadającym uprawnień z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego, na podstawie odrębnych przepisów, określających źródło finansowania tych świadczeń.



3. Pacjenci zgłaszający się do Szpitala winni okazać:
  - skierowanie od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego – w przypadku gdy świadczenie ma być udzielone w ramach umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia (nie dotyczy przypadków stanowiących zagrożenie życia i przypadków nagłych w sytuacji, gdy ze względu na stan zdrowia nie jest możliwe przedstawienie ww. skierowania),
  - dowód osobisty/paszport/prawo jazdy (pesel), na podstawie których w systemie e-WUŚ zostanie potwierdzone uprawnienie do bezpłatnych świadczeń – w każdym przypadku świadczenia, którego skutkiem jest hospitalizacja w ramach umowy z NFZ lub wystawienie recepty/zlecenia na refundowane leki lub środki pomocnicze ( przy czym nie dotyczy to przypadków stanowiących zagrożenie życia i przypadków nagłych w sytuacji, gdy ze względu na stan zdrowia nie jest możliwe przedstawienie ww. dokumentu potwierdzającego tożsamość).
4. W przypadku nie potwierdzenia uprawnień pacjenta do świadczeń przez system e-WUŚ, w sytuacji gdy pacjent oświadcza, że ma do nich prawo, może to potwierdzić poprzez:
  - przedstawienie dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń,
  - złożenie pisemnego oświadczenia o przysługującym pacjentowi prawie do świadczeń (nie dotyczy przypadków stanowiących zagrożenie życia i przypadków nagłych w sytuacji, gdy ze względu na stan zdrowia nie jest możliwe złożenie ww. oświadczenia).
5. Szczegółowe uregulowania dotyczące dokumentów potwierdzających prawo do świadczeń opieki zdrowotnej zawarte są w Rozdziale 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
6. Oddział szpitalny funkcjonuje całą dobę.
7. Pacjenci przyjmowani są całodobowo.
8. W przypadku świadczeń udzielanych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym (SOR):
  - 1) osobie wobec której spełniły się łącznie następujące przesłanki:
    - a) przydzielono jej kategorię pilności oznaczoną kolorem zielonym lub niebieskim,
    - b) lekarz dyżurny SOR podjął decyzję o odmowie przyjęcia tej osoby do oddziału,
    - c) osoba ta wymaga świadczenia zdrowotnego z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, wydaje się dokument potwierdzający odmowę hospitalizacji. Dokument odmowy zawiera m.in. zalecenie udania się do podmiotu leczniczego udzielającego świadczeń zdrowotnych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej;
  - 2) określa się następujący maksymalny czas na podjęcie przez:
    - a) lekarza dyżurnego SOR decyzji o skierowaniu pacjenta na leczenie do odpowiedniego oddziału Szpitala albo odmowie przyjęcia do oddziału osoby niebędącej w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego na 12 godzin licząc od zakończenia czynności wskazanych w §12 ust. 3 pkt 1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. z 2019r. poz. 1213) wobec odpowiednio tego pacjenta lub tej osoby;
    - b) lekarza oddziału decyzji o przyjęciu pacjenta na oddział na 6 godzin licząc od chwili otrzymania przez tego lekarza informacji o skierowaniu danego pacjenta na oddział zgodnie z lit a).
9. W stanach nagłych nie jest wymagane skierowanie.
10. Pacjenci przyjmowani do hospitalizacji w oddziałach zaopatrywani są w znaki identyfikacyjne, pozwalające w szczególności na ustalenie imienia i nazwiska oraz daty urodzenia pacjenta, zapisane w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta przez osoby nieuprawnione.
11. Przy przyjęciu do Szpitala pacjentowi zakłada się niezwłocznie dokumentację medyczną, spełniającą obowiązujące wymogi prawa powszechnie obowiązującego oraz wewnętrzne wymogi Szpitala.

12. W historii choroby leczenia szpitalnego, przy przyjęciu należy uzyskać pisemne wskazanie przez pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego:
  - osoby /osób, upoważnionej przez pacjenta do uzyskiwania informacji o jego stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej oraz danych umożliwiających kontakt z tą osobą lub pisemne oświadczenie o braku takiego upoważnienia,
  - osoby / osób upoważnionej przez pacjenta do uzyskiwania dokumentacji medycznej, a w przypadku śmierci do wglądu do dokumentacji medycznej, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej lub pisemne oświadczenie o braku takiego upoważnienia.
13. W sytuacji, gdy stan zdrowia pacjenta uniemożliwia uzyskanie w/w oświadczeń przy przyjęciu, w historii choroby należy odnotować przyczynę nieodebrania od pacjenta powyższych oświadczeń i - jeżeli będzie to możliwe - uzyskać je od pacjenta w trakcie pobytu w Szpitalu, z chwilą gdy stan zdrowia pacjenta na to pozwoli.
14. Pacjent przyjęty do hospitalizacji w SPWSZ ma prawo do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie. Szczegółowe zasady postępowania z rzeczami wartościowymi pacjenta określa „Procedura zabezpieczania wartościowych przedmiotów należących do pacjenta”.
15. Rozkład czasu pracy personelu lekarskiego ustala ordynator oddziału / lekarz kierujący oddziałem.
16. Rozkład czasu pracy pozostałego personelu oddziału ustala Pielęgniarka Oddziałowa w uzgodnieniu z Naczelną Pielęgniarką.
17. Pacjenta skierowanego na oddział prowadzi lekarz wyznaczony przez ordynatora / lekarza kierującego oddziałem.
18. Po godzinach normalnej ordynacji Szpitala opiekę lekarską na oddziale sprawuje lekarz dyżurny.
19. Pacjenci kierowani na badania i zabiegi lecznicze powinni być, w zależności od stanu zdrowia, przeprowadzani, przewożeni na wózkach w asyście personelu.
20. W razie pogorszenia się stanu zdrowia chorego, powodującego zagrożenie życia lub w razie jego śmierci, Szpital jest zobowiązany niezwłocznie zawiadomić wskazaną przez pacjenta osobę lub instytucję, przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego.
21. Realizacja określonych świadczeń zdrowotnych może nastąpić wyłącznie po uzyskaniu zgody pacjenta, a w przypadku zabiegu operacyjnego albo zastosowania metody leczenia lub diagnostyki o podwyższonym ryzyku, po uzyskaniu zgody pacjenta na piśmie.
22. Szpital zapewnia przyjętemu pacjentowi:
  - realizację świadczeń zdrowotnych,
  - środki farmaceutyczne i materiały medyczne konieczne do wykonania świadczenia,
  - pomieszczenie i wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia.
25. W trakcie hospitalizacji przepustki nie są udzielane.
26. Wypisanie z oddziału szpitalnego następuje:
  - gdy stan zdrowia nie wymaga dalszej hospitalizacji,
  - w przypadku przekazania pacjenta do innego podmiotu leczniczego celem kontynuacji leczenia,
  - na żądanie osoby przebywającej w Szpitalu lub jej przedstawiciela ustawowego,
  - gdy osoba przebywająca w Szpitalu w sposób rażąco narusza Regulamin Organizacyjny i porządek, a nie zachodzi obawa, że odmowa lub zaprzestanie udzielania świadczeń może spowodować bezpośrednio niebezpieczeństwo dla jej życia lub zdrowia albo życia lub zdrowia innych osób.

27. Osoba występująca o wypisanie ze Szpitala na własne żądanie powinna być poinformowana przez lekarza leczącego o możliwych następstwach zaprzestania leczenia w Szpitalu. Osoba ta składa piśmienne oświadczenie o wypisaniu ze Szpitala na własne żądanie.

## § 15

### **Zasady organizacji procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie lecznictwa ambulatoryjnego**

1. Do korzystania ze świadczeń w zakresie specjalistycznego lecznictwa ambulatoryjnego udzielanych bezpłatnie w Szpitalu uprawnione są osoby zgodnie z ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
2. Bezpłatne świadczenia w zakresie specjalistycznego lecznictwa ambulatoryjnego udzielane są także osobom nie posiadającym uprawnień z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego, na podstawie odrębnych przepisów określających źródło finansowania tych świadczeń.
3. Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne finansowane ze środków publicznych udzielane są na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Wyjątki określone są w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
4. Pacjenci zgłaszający się do Szpitala winni okazać:
  - skierowanie od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego – w przypadku gdy świadczenie ma być udzielone w ramach umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia,
  - dowód osobisty/paszport/prawo jazdy (pesel), na podstawie których w systemie e-WUŚ zostanie potwierdzone uprawnienie do bezpłatnych świadczeń – w każdym przypadku świadczenia, którego skutkiem jest porada w ramach umowy z NFZ lub wystawienie recepty/zlecenia na refundowane leki lub środki pomocnicze.
5. W przypadku nie potwierdzenia uprawnień pacjenta do świadczeń przez system e-WUŚ, w sytuacji gdy pacjent oświadcza, że ma do nich prawo, może to potwierdzić poprzez:
  - przedstawienie dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń,
  - złożenie pisemnego oświadczenia o przysługującym mu prawie do świadczeń.
8. Szczegółowe uregulowania dotyczące dokumentów potwierdzających prawo do świadczeń opieki zdrowotnej zawarte są w Rozdziale 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
9. Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne udzielane są według kolejności zgłoszenia oraz zgodnie z kryteriami medycznymi.
10. Ustalanie terminów wizyt odbywa się w drodze zgłoszenia osobistego, telefonicznego lub za pośrednictwem osób trzecich.

## § 16

### **Organizacja procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w laboratoriach i pracowniach diagnostycznych**

1. W laboratoriach lub pracowniach diagnostycznych wykonywane są zabiegi i badania diagnostyczne na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.
2. Pacjenci, którzy posiadają skierowanie od lekarzy Szpitala, zobowiązani są wykonać badania w odpowiednich komórkach organizacyjnych Szpitala lub we wskazanych przez nich placówkach.
3. W laboratoriach lub pracowniach diagnostycznych Szpitala wykonywane są również badania odpłatne, zgodnie z obowiązującym cennikiem lub na warunkach określonych w zawartych umowach.

4. Wykonanie świadczenia zdrowotnego w pracowni diagnostycznej następuje po uprzedniej rejestracji osobistej, telefonicznej lub za pośrednictwem osób trzecich.

## § 17

### **Organizacja procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat**

1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych odpłatnych organizowane jest w taki sposób, aby nie ograniczać dostępności do świadczeń finansowanych ze środków publicznych, w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz zgodnie z kryteriami medycznymi.
2. Udzielanie świadczeń zdrowotnych odpłatnych pozostaje bez wpływu na kolejność pozycji na prowadzonych przez SPWSZ listach oczekujących na udzielenie świadczenia finansowanego ze środków publicznych.
3. Pacjent ma prawo do pełnej informacji dotyczącej jego prawa do uzyskania świadczenia finansowanego ze środków publicznych oraz warunków uzyskania tego świadczenia.
4. W przypadku świadczenia zdrowotnego odpłatnego, pacjent przed rozpoczęciem udzielania tego świadczenia ma prawo poznać jego cenę. Powyższe nie dotyczy szpitalnych świadczeń zdrowotnych, w przypadku których ostateczna cena ustalana jest po zakończeniu hospitalizacji.
5. Świadczenia zdrowotne odpłatne są realizowane na podstawie:
  - umowy z innym podmiotem – w tym przypadku rozliczenie następuje w okresach ustalonych każdorazowo w umowie, a pacjent korzystający ze świadczenia zdrowotnego nie jest obciążany kosztami usługi,
  - indywidualnego rozliczenia z pacjentem.
6. W przypadku świadczeń odpłatnych finansowanych indywidualnie, pacjent reguluje należności za usługę:
  - po jej zakończeniu w przypadku szpitalnych świadczeń zdrowotnych: w dniu zakończenia hospitalizacji lub w terminie określonym na fakturze,
  - przed jej rozpoczęciem w odniesieniu do pozostałych rodzajów świadczeń, których cena zawarta jest w Cenniku SPWSZ.
4. Zapłata za wykonane odpłatne świadczenia zdrowotne może być dokonana wpłatą gotówkową za pokwitowaniem lub przelewem na wskazany rachunek bankowy.
5. Sprzedaż usług dokumentowana jest paragonami lub fakturami VAT. Na życzenie pacjenta, każdorazowo za zrealizowanie odpłatnego świadczenia zdrowotnego, wystawiana jest faktura VAT.

## **DZIAŁ VII**

### **ZASADY WSPÓLDZIAŁANIA Z INNYMI PODMIOTAMI LECZNICZYMI**

#### **§ 18**

1. W celu zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji pacjentów oraz zapewnienia ciągłości procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, Szpital współpracuje z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą.
2. Współpraca z innymi podmiotami leczniczymi odbywa się, co do zasady, na podstawie zawartych umów, regulujących warunki kierowania pacjentów, finansowania świadczeń i nadzoru nad jakością wykonanego świadczenia zdrowotnego.
3. Nadzór nad prawidłowością procesu udzielania świadczeń zdrowotnych realizowanych przez inne podmioty wykonujące działalność leczniczą sprawuje Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa.

## DZIAŁ VIII

### SYSTEM ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ

#### § 19

1. Szpital posiada i utrzymuje System Zarządzania Jakością (SZJ) wg normy PN-EN ISO 9001:2015-10 oraz spełnia wymogi standardów akredytacyjnych.
2. System Zarządzania Jakością jest opisany w Księdze Jakości, procedurach, procesach, instrukcjach oraz innych dokumentach obowiązujących w Szpitalu.
3. System Zarządzania Jakością dostosowuje swoje funkcjonowanie do wymogów akredytacyjnych, mających wpływ na zapobieganie zdarzeniom niepożądanym i zmniejszanie częstości ich występowania, a tym samym na poprawę bezpieczeństwa udzielania świadczeń zdrowotnych.
4. W ramach struktury organizacyjnej Szpitala, w stosunku do SZJ wiodącą rolę pełni Pełnomocnik Dyrektora ds. Systemu Zarządzania Jakością, odpowiedzialny w szczególności za:
  - organizację i nadzorowanie wdrażania, utrzymania i doskonalenia systemu zarządzania jakością, poprzez współpracę i nadzór nad działalnością Koordynatorów ds. Zarządzania Jakością w poszczególnych obszarach,
  - nadzór nad dokumentacją systemu zarządzania jakością (Księga Jakości, Księga Procesów, Procedury Systemowe, Procedury Akredytacji i Instrukcje) pod względem ich zgodności z wymogami i przepisami prawa, prawidłową dystrybucję, zachowanie aktualności i prawidłowy sposób identyfikacji i przechowywania,
  - planowanie, organizację i sterowanie programami auditów wewnętrznych,
  - archiwizację i nadzór nad dokumentacją i zapisami z auditów wewnętrznych,
  - zatwierdzanie zdefiniowanych działań korygujących i zapobiegawczych,
  - nadzór nad wyrażaniem zdefiniowanych działań korygujących i zapobiegawczych oraz przechowywanie zapisów świadczących o powyższym,
  - analizowanie wyników monitorowania procesów oraz proponowanie ulepszeń w systemie zarządzania jakością,
  - planowanie środków potrzebnych na utrzymanie i doskonalenie systemu zarządzania jakością i przekładanie w/w materiału wg kompetencji,
  - nadzorowanie monitorowania zadowolenia klientów i proponowanie na tej podstawie ulepszeń w działaniu,
  - nadzór i zapewnienie, aby procesy systemu zarządzania jakością były ustanowione, wdrożone i utrzymywane,
  - przedstawianie Kierownictwu Szpitala problemów związanych z funkcjonowaniem Szpitala w ramach przyjętego systemu zarządzania oraz jego potrzeb związanych z utrzymywaniem i doskonaleniem systemu,
  - monitorowanie bieżącej realizacji celów zdefiniowanych w Polityce Jakości,
  - współpraca z zewnętrznymi jednostkami certyfikującymi, akredytującymi i konsultacyjnymi (ustalenie zasad organizacji, współpracy przy wdrażaniu i organizacji auditów zewnętrznych itp.).
5. Kompletowanie, utrzymywanie i udostępnianie do wewnętrznego użytku służbowego procedur/instrukcji, procesów, zapisów i innych dokumentów dotyczących Systemu Zarządzania Jakością oraz standardów akredytacyjnych obowiązujących i znajdujących się w danej komórce organizacyjnej, należy do obowiązków kierowników komórek organizacyjnych lub wyznaczonych przez nich pracowników.

## DZIAŁ IX

### **OGÓLNY ZAKRES OBOWIĄZKÓW, UPRAWNIENI I ODPOWIEDZIALNOŚCI DYREKTORA, ZASTĘPCÓW DYREKTORA, LEKARZA DYŻURNEGO SZPITALA, PIEŁĘGNIARKI NACZELNEJ, PRZEŁOŻONEJ PIEŁĘGNIAREK I GŁÓWNEGO KSIĘGOWEGO**

#### § 20

1. Dyrektor kieruje całokształtem działalności operacyjnej Szpitala i podejmuje decyzje w ramach zadań i kompetencji w sprawach niezastrzeżonych do decyzji innych organów Szpitala.
2. Do podstawowych zadań Dyrektora należy w szczególności:
  - wytyczanie kierunków i realizacja strategii rozwoju Szpitala,
  - operacyjne zarządzanie Szpitalem,
  - reprezentowanie Szpitala na zewnątrz,
  - nadzór nad przestrzeganiem obowiązujących przepisów prawa, odnoszących się do działalności Szpitala,
  - nadzór nad przestrzeganiem w Szpitalu zasad gospodarności,
  - ustalanie Regulaminu Organizacyjnego i określanie schematu ramowej struktury organizacyjnej Szpitala,
  - realizacja zatwierdzonych planów gospodarczych,
  - racjonalny rozdział zadań oraz środków,
  - wykonywanie praw i obowiązków pracodawcy w stosunku do pracowników Szpitala,
  - wnioskowanie do Rady Społecznej w zakresie wynikającym z ustawy o działalności leczniczej,
  - wydawanie wewnętrznych aktów normatywnych,
  - reprezentowanie jednostki przed organami kontroli zewnętrznej,
  - zawieranie umów,
  - współpraca z działającymi w SPWSZ organizacjami związkowymi.

#### § 21

1. Zastępcy Dyrektora w zakresie działalności operacyjnej podlegają bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala i są przed nim odpowiedzialni za powierzony im zakres działania oraz za nadzór nad podporządkowanymi im komórkami organizacyjnymi.
2. W czasie nieobecności Dyrektora wyznaczony przez niego Zastępca Dyrektora zastępuje go w pełnionych obowiązkach i ponosi pełną odpowiedzialność za prawidłową działalność Szpitala.
3. Zastępcom Dyrektora podlegają komórki organizacyjne i samodzielne stanowiska pracy, zgodnie ze Schematem Organizacyjnym, stanowiącym Załącznik Nr 1 do niniejszego Regulaminu.
4. Do podstawowych obowiązków Zastępców Dyrektora należy w szczególności:
  - organizowanie pracy w wyznaczonym obszarze działania,
  - organizowanie współpracy z innymi pionami,
  - stały nadzór nad komórkami organizacyjnymi podległymi zgodnie ze Schematem Ramowej Struktury Organizacyjnej,
  - znajomość i przestrzeganie przepisów prawa oraz wewnętrznych aktów normatywnych dotyczących podległej sfery działania,
  - merytoryczna znajomość zagadnień obejmujących podległą sferę działania oraz obowiązujących metod pracy,
  - nadzór nad przestrzeganiem zasad prawidłowości, legalności, celowości i gospodarności realizowanych zadań,

- ochrona i należyte wykorzystanie składników majątku przypisanego podległemu pionowi,
  - należyte wywiązywanie się z obowiązków wynikających z otrzymywanych poleceń oraz umów zawieranych przez Szpital,
  - nadzór nad przestrzeganiem zasad określonych w przepisach o ochronie danych osobowych,
  - przeciwdziałanie mobbingowi,
  - prowadzenie polityki kadrowej stwarzającej warunki stałego wzrostu wydajności pracy i podnoszenia kwalifikacji,
  - współdziałanie w osiąganiu wyznaczonych celów.
5. Do podstawowych uprawnień Zastępców Dyrektora należy w szczególności:
- jednoosobowe kierowanie podległą sferą działania,
  - przekazywanie określonej części swoich uprawnień podległym pracownikom,
  - reprezentowanie na zewnątrz stanowiska Szpitala w ramach posiadanego umocowania.
6. Do podstawowych zadań Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa należy w szczególności:
- organizowanie świadczeń zdrowotnych udzielanych w Szpitalu na optymalnym poziomie ilościowym i jakościowym zgodnie z obowiązującymi standardami medycznymi i etycznymi,
  - nadzór nad działalnością diagnostyczno - leczniczą Szpitala i wchodzących w jego skład poszczególnych oddziałów, zakładów, poradni i pracowni,
  - nadzór nad prowadzoną w jednostkach Szpitala obowiązującą dokumentacją medyczną,
  - nadzór nad właściwą współpracą jednostek diagnostyczno - leczniczych SPWSZ,
  - nadzór nad zapewnieniem chorym należytej jakości opieki medycznej udzielanych w jednostkach SPWSZ,
  - nadzór nad właściwym i zgodnym z obowiązującymi przepisami zaopatrzeniem Szpitala w leki i wyroby medyczne, w niezbędny sprzęt medyczny, materiały sanitarne oraz aparaturę medyczną,
  - kontrola właściwej gospodarki lekami oraz sprzętem i aparaturą medyczną,
  - przyjmowanie skarg, zażaleń i uwag chorych, dotyczących procedur diagnostyczno - leczniczych w jednostkach Szpitala i podejmowanie w tym zakresie interwencji u ordynatorów / lekarzy kierujących oddziałami i kierowników zakładów,
  - nadzór nad i odpowiedzialność za stan sanitarno - higieniczny jednostek medycznych SPWSZ,
  - współpraca z Naczelną Pielęgniarką w zakresie szkoleń personelu medycznego,
  - nadzór nad organizacją oraz jakością szkolenia przed- i podyplomowego lekarzy SPWSZ,
  - udział w tworzeniu ofert i umów z płatnikami i innymi podmiotami medycznymi,
  - monitorowanie realizacji umów na świadczenia medyczne.
7. Do podstawowych zadań Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomicznych należy w szczególności:
- realizacja zadań zleconych przez Dyrektora Naczelnego SPWSZ w zakresie sprawowania nadzoru nad finansami szpitala i ekonomiczną stroną prowadzonej działalności medycznej,
  - kreowanie i wdrażanie polityki finansowej oraz instrumentów kontroli finansowej,
  - nadzór nad całokształtem pracy z zakresu finansów, wykonywanych przez poszczególne komórki organizacyjne Szpitala,
  - współdziałanie z Dyrektorem oraz Zastępcami Dyrektora w celu usprawnienia funkcjonowania Szpitala, poprawy efektywności wykorzystania posiadanych zasobów, osiągnięcia optymalnej rentowności prowadzonej działalności, racjonalizacji i optymalizacji ponoszonych kosztów i wydatków,
  - nadzorowanie terminowego sporządzania planów finansowych i rzeczowych, planów strategicznych, prognoz krótko- i długoterminowych,
  - kontrola kosztów i przychodów działalności wszystkich struktur,
  - prowadzenie analiz efektywności planowanych i realizowanych inwestycji,



- nadzór w zakresie prowadzenia i rozpowszechniania informacji o wynikach finansowo-ekonomicznych uzyskiwanych przez poszczególne komórki organizacyjne,
  - bieżące informowanie Dyrektora o aktualnej sytuacji ekonomiczno-finansowej Szpitala, sygnalizowanie możliwości pojawienia się zagrożeń,
  - prowadzenie działań na rzecz systematycznego rozwoju w zakresie stosowanych narzędzi zarządzania finansami Szpitala.
8. Do podstawowych zadań Zastępcy Dyrektora ds. Administracyjnych należy w szczególności:
- zabezpieczenie obsługi technicznej Szpitala,
  - zabezpieczenie SPWSZ w podstawowe media niezbędne do jego funkcjonowania,
  - nadzór nad prowadzeniem bieżącej konserwacji obiektów,
  - nadzór nad sprzętem i aparaturą medyczną,
  - zapewnienie przekazywania danych do opracowywania planów inwestycyjnych i remontowych,
  - zapewnienie odpowiedniej jakości usług technicznych,
  - nadzorowanie przebiegu prac remontowych i inwestycyjnych,
  - sprawowanie nadzoru nad prowadzeniem dokumentacji formalno - prawnej i technicznej zgodnie z obowiązującymi przepisami i instrukcjami obowiązującymi w SPWSZ,
  - sprawowanie nadzoru nad działalnością komórek odpowiedzialnych za prawidłową eksploatację nieruchomości, w tym budynków, budowli, urządzeń, instalacji technicznych i energetycznych oraz sprzętu i aparatury medycznej,
  - nadzór nad realizowanymi zadaniami inwestycyjnymi i remontowymi,
  - nadzór w zakresie przestrzegania przepisów przeciwpożarowych dotyczących obiektów i infrastruktury SPWSZ.
9. Zastępcy Dyrektora ponoszą odpowiedzialność za organizację pracy, wykonanie zadań przez podległe komórki organizacyjne oraz realizację powierzonych obowiązków.

## § 22

1. Lekarz Dyżurny Szpitala podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.
2. Lekarz Dyżurny Szpitala pełni dyżur w każdy dzień tygodnia poza godzinami pracy Dyrektora i Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.
3. Obowiązki Lekarza Dyżurnego Szpitala pełnią lekarze specjaliści wyznaczeni z oddziałów SPWSZ.
4. Grafik dyżurów Lekarza Dyżurnego Szpitala ustala Ordynator Szpitalnego Oddziału Ratunkowego (SOR) i przedkłada do akceptacji Dyrektorowi lub Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.
5. Grafiki dyżurów Lekarza Dyżurnego Szpitala dostępne są w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym i wszystkich Punktach Przyjęć SOR.
6. W razie podjęcia decyzji oraz przyjęcia informacji w zakresie zastrzeżonym do kompetencji Dyrektora lub Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa, Lekarz Dyżurny Szpitala zobowiązany jest po zakończeniu dyżuru złożyć raport Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.
7. W czasie pełnienia dyżuru Lekarz Dyżurny Szpitala przejmuje następujące kompetencje Dyrektora i Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa:
  - sprawuje ogólne kierownictwo Szpitala w okresie poza normalną ordynacją Dyrekcji, zapewniając jego sprawne funkcjonowanie,
  - nadzoruje sprawne funkcjonowanie poszczególnych komórek organizacyjnych Szpitala, a w przypadkach tego wymagających podejmuje działania interwencyjne;
8. Stanowisku Lekarza Dyżurnego Szpitala podporządkowane są wszystkie jednostki organizacyjne SPWSZ czynne poza godzinami normalnej ordynacji Dyrekcji.

9. Lekarz Dyżurny Szpitala zobowiązany jest znać zasady i przepisy bezpieczeństwa dotyczące funkcjonowania Szpitala, a zwłaszcza instrukcję awaryjną, przeciwpożarową, zasady postępowania z pracownikiem lub pacjentem znajdującym się pod wpływem alkoholu lub innego środka odurzającego oraz zasady technicznego zabezpieczenia Szpitala;
10. Lekarz Dyżurny Szpitala współpracuje z jednostkami nadrzędnymi i służbami ratowniczymi w sytuacjach kryzysowych;
11. w przypadku zaistnienia konieczności wdrożenia „Planu działania Szpitala na wypadek zdarzeń mnogich, masowych i katastrof” (wprowadzonego w życie Zarządzeniem Dyrektora), Lekarz Dyżurny Szpitala jest zobowiązany do kierowania akcją ratowniczą;
12. w przypadkach zagrożenia pożarowego, dywersji i innych zdarzeń zagrażających życiu pacjentów oraz gdy zachodzi konieczność ich ewakuowania, Lekarz Dyżurny Szpitala kieruje akcją zgodnie z obowiązującymi w SPWSZ instrukcjami/procedurami, do chwili przybycia osób odpowiedzialnych za dalszą realizację wdrożonych działań.
13. Lekarz Dyżurny Szpitala może:
  - dokonywać w razie potrzeby przesunięć kadrowych stosownie do zaistniałej sytuacji,
  - w uzasadnionych przypadkach zarządzić pełną gotowość personelu do podjęcia dodatkowych działań,
  - dokonać niezbędnych przesunięć materiałowych i aparaturowych.

### **§ 23**

1. Do zadań Pielęgniarki Naczelnej należy w szczególności:
  - zapewnienie właściwej organizacji i sprawnego funkcjonowania opieki pielęgniarskiej oraz zwierzchnictwo fachowe nad pracą pielęgniarek oraz personelu pomocniczego,
  - organizowanie pracy w wyznaczonym obszarze działania,
  - organizowanie współpracy z innymi pionami,
  - stały nadzór nad podległymi komórkami organizacyjnymi i całego personelu pielęgniarskiego i pomocniczego w Szpitalu,
  - znajomość i przestrzeganie przepisów prawa oraz wewnętrznych aktów normatywnych dotyczących podległej sfery działania,
  - merytoryczna znajomość zagadnień objętych podległą sferą działania oraz obowiązujących metod pracy,
  - nadzór nad przestrzeganiem zasad prawidłowości, legalności, celowości i gospodarności realizowanych zadań,
  - należyte wywiązywanie się z obowiązków wynikających z otrzymywanych poleceń oraz umów zawieranych przez Szpital,
  - nadzór nad przestrzeganiem zasad określonych w przepisach o ochronie danych osobowych,
  - przeciwdziałanie mobbingowi,
  - prowadzenie polityki kadrowej stwarzającej warunki stałego wzrostu wydajności pracy i podnoszenia kwalifikacji,
  - współdziałanie w osiągnięciu wyznaczonych celów.

### **§ 24**

1. Do podstawowych obowiązków Głównego Księgowego należy rzetelne prowadzenie rachunkowości, zgodnie z przepisami prawa, w szczególności:
  - prowadzenie rachunkowości Szpitala zgodnie z określonymi ustawą zasadami rachunkowości, polegające na organizacji i nadzorze sporządzania, przyjmowania, obiegu, archiwizowania i kontroli dokumentów, w sposób zapewniający:
    - a) właściwy przebieg operacji gospodarczych i finansowych,
    - b) nadzorowanie prac związanych z rachunkowością, wykonywanych przez pracowników,

- c) bieżące i rzetelne prowadzenie księgowości oraz terminowe sporządzanie okresowych sprawozdań,
  - d) sporządzenie sprawozdania rocznego, a w szczególności wycenę aktywów i pasywów oraz rzetelne ustalenie wyniku finansowego z zachowaniem przepisów i współpraca z biegłym rewidentem w zakresie kontroli sprawozdania,
  - e) terminowe i prawidłowe rozliczanie osób materialnie odpowiedzialnych za powierzone w jednostkach mienie,
  - f) rzetelne uzgadnianie sald, ściąganie należności i dochodzenie roszczeń spornych oraz spłaty zobowiązań,
- dokonywanie kontroli kompletności i rzetelności dokumentów dotyczących operacji gospodarczych i finansowych,
  - analiza gospodarki finansowej Szpitala wraz z prawidłowym dysponowaniem zgromadzonymi na rachunkach środkami,
  - przeciwdziałanie przypadkom naruszania przepisów o dyscyplinie finansów publicznych,
  - opracowywanie projektów przepisów wewnętrznych wydawanych przez kierownika jednostki, dotyczących prowadzenia rachunkowości, zakładowego planu kont, zasad przeprowadzania i rozliczania inwentaryzacji, rozliczenia osób materialnie odpowiedzialnych i innych procedur wynikających z konieczności właściwego funkcjonowania jednostki,
  - organizacja i nadzór nad prowadzeniem ewidencji księgowej techniką komputerową,
  - wykonywanie innych czynności zleconych przez Dyrektora w obszarze spraw należących do działu finansowo - księgowego,
  - współdziałanie z innymi członkami Zarządu SPWSZ w celu usprawnienia funkcjonowania Szpitala oraz w celu poprawy efektywności, rentowności działania,
  - dbałość o efektywne wykorzystanie majątku pozostającego w dyspozycji Szpitala.
2. Do podstawowych uprawnień Głównego Księgowego, poza określonymi w odpowiednich przepisach, należy:
- określanie wymogów wobec innych komórek organizacyjnych, niezbędnych do zapewnienia prawidłowego prowadzenia rachunkowości i właściwego przebiegu operacji gospodarczych i finansowych,
  - żądanie od wszystkich komórek organizacyjnych informacji i wyjaśnień oraz udostępnianie do wglądu dokumentów i wycieczek będących źródłem tych informacji i wyjaśnień,
  - egzekwowanie od odpowiednich komórek organizacyjnych usunięcia w wyznaczonym terminie nieprawidłowości w zakresie przyjmowania, wystawiania, obiegu i kontroli dokumentów i właściwego przebiegu operacji gospodarczych i finansowych,
  - zlecenie przeprowadzania, w niezbędnym zakresie, kontroli działalności gospodarczej Szpitala,
  - reprezentowanie na zewnątrz stanowiska Szpitala w ramach posiadanego umocowania.
3. Główny Księgowy ponosi odpowiedzialność za organizację pracy, wykonanie zadań przez podległe komórki oraz realizację obowiązków określonych w ustępie 1.

## DZIAŁ X

### **OGÓLNY ZAKRES OBOWIĄZKÓW, UPRAWNIENI I ODPOWIEDZIALNOŚCI ORDYNATORÓW / LEKARZY KIERUJĄCYCH ODDZIAŁAMI ORAZ KIEROWNIKÓW I KOORDYNATORÓW KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH**

#### § 25

1. Do zakresu obowiązków ordynatorów / lekarzy kierujących oddziałami oraz kierowników i koordynatorów komórek organizacyjnych należy w szczególności:
  - planowanie, organizowanie, nadzorowanie oraz kontrola działalności komórki, którą kieruje,
  - kierowanie pracą podległych komórek,
  - ustalanie szczegółowych obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności dla podległych pracowników (stanowiskowe karty pracy),
  - rozdział zadań i środków do ich wykonania, z uwzględnieniem ich rangi, priorytetu, kwalifikacji fachowych i obciążenia pracą bieżącą bezpośrednich wykonawców,
  - proponowanie wewnętrznej organizacji komórki oraz rozdziału stałych zadań poszczególnym pracownikom,
  - nadzór nad efektywnością i skutecznością działania podległych komórek,
  - nadzór służbowy nad wykonywanymi przez podległych pracowników zadaniami oraz udzielanie im w miarę potrzeb wyjaśnień, wskazówek i instruktażu zawodowego,
  - przestrzeganie przy realizacji zadań dyscypliny ekonomicznej i finansowej,
  - zapewnianie pełnego wykorzystania czasu pracy przez podległych pracowników,
  - zapewnianie obsady personalnej stanowisk pracy komórki, gwarantującej terminowe wykonanie planowanych zadań i osiągnięcie obowiązującej jakości wykonania,
  - instruowanie pracowników i zapewnianie im niezbędnych informacji potrzebnych do należytego wykonania powierzonych obowiązków,
  - zapewnianie zgodnej z przepisami ochrony informacji niejawnych i nadzór nad ich przestrzeganiem przez podległych pracowników,
  - przestrzeganie zasad określonych w przepisach o ochronie danych osobowych,
  - zapewnianie należytego stanu bezpieczeństwa i higieny pracy, ochrony przeciwpożarowej, ochrony środowiska naturalnego zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami szczególnymi oraz nadzór nad ich przestrzeganiem przez podległych pracowników,
  - nadzór nad właściwym gospodarowaniem składnikami majątkowymi w podległej komórce,
  - współpraca z innymi komórkami organizacyjnymi,
  - wprowadzanie nowoprzyjętych pracowników w zakres realizowanych zadań i nadzór nad przebiegiem ich adaptacji w zespole,
  - inspirowanie i wspieranie rozwoju zawodowego podległych pracowników,
  - analizowanie i doskonalenie struktury zatrudnienia w podległych komórkach organizacyjnych,
  - przestrzeganie oraz nadzorowanie przestrzegania przez podległych pracowników przepisów prawa, wewnętrznych aktów normatywnych i obowiązujących norm etycznych,
  - przeciwdziałanie mobbingowi,
  - ocenianie pracowników.
2. Zakres uprawnień ordynatorów / lekarzy kierujących oddziałami oraz kierowników / koordynatorów komórek organizacyjnych obejmuje:
  - 1) w stosunku do bezpośredniego przełożonego:
    - żądanie jednoznacznego określania zadań w terminach pozwalających na ich przygotowanie i wykonanie,

- żądanie zapewnienia we właściwym czasie środków niezbędnych do wykonania zleconych zadań,
  - żądanie zapewnienia informacji w zakresie niezbędnym do podejmowania decyzji.
- 2) w stosunku do podwładnych:
- okresowe i stałe przekazywanie uprawnień na rzecz podwładnych,
  - wydawanie wszelkich poleceń uznanych za niezbędne dla realizacji ustalonych zadań oraz dla ratowania życia lub mienia,
  - dobieranie współpracowników z zachowaniem obowiązujących w Szpitalu zasad,
  - wnioskowanie o przeniesienie na inne stanowisko pracy,
  - wnioskowanie o rozwiązanie umowy o pracę zgodnie z przepisami zawartymi w kodeksie pracy,
  - wnioskowanie o nagradzanie lub karanie pracowników, zgodnie z obowiązującym Regulaminem Pracy Szpitala,
  - udzielanie urlopów wypoczynkowych i okolicznościowych,
  - zwalnianie z części dnia roboczego,
  - ocena pracowników.
- 3) do zakresu odpowiedzialności ordynatorów / lekarzy kierujących oddziałami oraz kierowników i koordynatorów komórek organizacyjnych należy w szczególności:
- legalność i celowość wydawanych poleceń oraz podejmowanych decyzji,
  - realizowanie zadań nałożonych na kierowaną przez niego komórkę w sposób zapewniający terminowe, właściwe ich wykonywanie pod względem jakości, zasad gospodarności i optymalizacji kosztów, w tym szczególnie w odniesieniu do kontraktów i umów stanowiących źródło finansowania działalności Szpitala,
  - przestrzeganie dyscypliny organizacyjnej i finansowej w podejmowanych decyzjach,
  - celowe z punktu widzenia technicznego i ekonomicznego wykorzystywanie posiadanych w dyspozycji środków oraz ich zabezpieczanie przed kradzieżą i zniszczeniem,
  - utrzymywanie dyscypliny pracy,
  - dbanie o podnoszenie kwalifikacji przez podległy personel,
  - rzetelność przekazywanych informacji,
  - ochrona informacji niejawnych,
  - zapewnianie odpowiednich warunków bhp i p.-poż.
- 4) Odpowiedzialność karną i majątkową za niedopełnienie w/w obowiązków określają przepisy obowiązującego prawa.

## DZIAŁ XI

### OGÓLNY ZAKRES OBOWIĄZKÓW, UPRAWNIEŃ I ODPOWIEDZIALNOŚCI PRACOWNIKÓW

#### § 26

1. Zakres ogólnych obowiązków pracowników Szpitala obejmuje w szczególności:
  - kompletne, rzetelne i terminowe wywiązywanie się z przyjętych obowiązków, w sposób zgodny z obowiązującymi przepisami i interesami Szpitala,
  - znajomość i przestrzeganie obowiązujących przepisów prawa, zarządzeń, procedur, instrukcji i regulaminów dotyczących w szczególności powierzonego zakresu pracy oraz zasad organizacji pracy w Szpitalu,
  - przestrzeganie drogi służbowej w załatwianiu spraw,
  - wykonywanie poleceń służbowych wydanych przez bezpośredniego przełożonego lub przełożonego wyższego szczebla; w przypadku otrzymania polecenia bezpośrednio od przełożonego wyższego szczebla na pracowniku ciąży obowiązek powiadomienia bezpośredniego przełożonego o wykonywaniu tego polecenia,
  - informowanie przełożonego o przebiegu i wynikach realizacji zadań oraz o napotkanych trudnościach,
  - przestrzeganie przepisów o ochronie informacji niejawnych zgodnie z obowiązującymi w Szpitalu zasadami,
  - przestrzeganie przepisów bhp, ppoż., ochrony środowiska i innych obowiązujących w Szpitalu,
  - przestrzeganie zasad określonych w przepisach o ochronie danych osobowych,
  - zgodne z przepisami i przeznaczeniem wykorzystywanie powierzonego majątku Szpitala, zabezpieczenie dostępnymi środkami przed zniszczeniem, kradzieżą lub nieuzasadnionym obniżeniem wartości,
  - troska o dobre imię Szpitala,
  - stałe podnoszenie kwalifikacji zawodowych,
  - dbałość o estetykę miejsca pracy, zachowanie kulturalnego i taktownego stosunku do współpracowników i interesantów,
  - przeciwdziałanie mobbingowi.
2. Pracownikowi przysługują następujące uprawnienia:
  - domaganie się od bezpośredniego przełożonego jednoznacznego określenia zadań oraz zapewnienia niezbędnych środków potrzebnych do należytego ich wykonywania,
  - odwoływanie się od decyzji bezpośredniego przełożonego do przełożonego wyższego szczebla,
  - odwoływanie się do właściwych organów orzecznictwa o rozstrzygnięcie sporów ze stosunku pracy,
  - inne wynikające z obowiązujących przepisów.
2. Każdy pracownik Szpitala ponosi odpowiedzialność za:
  - terminowość i rzetelność wykonywanych prac,
  - merytoryczną prawidłowość wszelkich opracowań stanowiących podstawę do podejmowania decyzji,
  - efektywne wykorzystywanie czasu pracy i zachowanie obowiązującej dyscypliny pracy,

- bieżącą znajomość aktów normatywnych dotyczących zakresu prac wykonywanych na danym stanowisku,
  - należyte przechowywanie i zabezpieczanie dokumentów bieżących i archiwizowanych,
  - przestrzeganie obowiązujących przepisów prawa, norm etycznych oraz zasad i procedur obowiązujących w Szpitalu.
3. W stosunku do pracowników Szpitala, którzy świadomie lub wskutek niedbalstwa, bądź lekko-myślności nie wykonują swoich obowiązków, mogą być stosowane sankcje służbowe, niezależnie od dochodzenia w drodze cywilnej wyrównania strat majątkowych lub odpowiedzialności karnej.

## **DZIAŁ XII**

### **ZADANIA I ZAKRES DZIAŁANIA JEDNOSTEK I KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH SPWSZ ORAZ ZASADY WSPÓLDZIAŁANIA MIĘDZY NIMI**

#### **§ 27**

1. Jednostki i komórki organizacyjne Szpitala współpracują ze sobą w obszarze leczniczym i administracyjnym, w szczególności w zakresie:
  - diagnostyki pacjenta,
  - badań laboratoryjnych,
  - konsultacji specjalistycznych,
  - przekazywania pacjentów między oddziałami, zgodnie ze wskazaniami medycznymi co do dalszego leczenia,
  - zgłaszania zachorowań w oddziałach, dotyczących chorób zakaźnych, zakażeń szpitalnych, zachorowań nowotworowych (złośliwych),
  - przygotowywania sprawozdań dotyczących wykonywanych procedur medycznych i wykonywanych badań diagnostycznych,
  - zapewnienia zgodności zapisów medycznych z kartą statystyczną (kompletność).
2. Celem współdziałania komórek organizacyjnych jest:
  - usprawnianie procesów informacyjno - decyzyjnych,
  - prawidłowa realizacja zadań statutowych,
  - integracja działań jednostek i komórek organizacyjnych.

#### **§ 28**

1. Zadania Oddziałów SPWSZ:
  - 1) Oddziały szpitalne zapewniają całodobową opiekę stacjonarną w zakresie odpowiedniej specjalności.
  - 2) Oddziały wykonują świadczenia medyczne w trybie planowym i ze wskazań nagłych, zapewniając pacjentom całodobową opiekę medyczną.
  - 3) Do zadań oddziałów należy realizowanie usług w formie hospitalizacji, działań ambulatoryjnych i specjalistycznych konsultacji udzielanych na terenie całego Szpitala, w tym:
    - udzielanie kwalifikowanej pomocy medycznej,
    - udzielanie świadczeń konsultacyjnych pacjentom z innych oddziałów szpitalnych oraz pacjentom kierowanym na konsultacje specjalistyczne przez poradnie specjalistyczne Szpitala i podmioty, z którymi zostały zawarte umowy w tym zakresie,
    - zabezpieczenie rehabilitacji, w tym wczesnej rehabilitacji przyłóżkowej, pacjentom wymagającym usprawnienia,
    - wykonywanie badań diagnostycznych na rzecz pacjentów hospitalizowanych i ambulatoryjnych, w oparciu o odpowiednie pracownie diagnostyczne,
    - zapewnienie profesjonalnej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej na optymalnym poziomie ilościowym i jakościowym,
    - zapewnienie przyjętemu pacjentowi leków i artykułów sanitarnych niezbędnych do udzielenia świadczenia zdrowotnego,
    - zapewnienie pomieszczenia i wyżywienia odpowiedniego do stanu zdrowia pacjenta,
    - utrzymywanie kontaktu z rodzinami pacjentów lub ich opiekunami prawnymi,
    - prowadzenie specjalizacji, szkoleń oraz doksztalcenia pracowników medycznych,



- prowadzenie spraw związanych z dokumentacją medyczną i statystyką medyczną, gromadzenie informacji medycznych z realizacji kontraktu z NFZ oraz innymi podmiotami w zakresie udzielanych przez oddział świadczeń zdrowotnych,
  - współpraca ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Szpitala.
2. Przyjęcia do oddziałów odbywają się poprzez Punkt Przyjęć Planowych / właściwe Punkty Przyjęć / Szpitalny Oddział Ratunkowy.
  3. Opiekę anesteziologiczną nad pacjentami wszystkich oddziałów SPWSZ zapewnia:
    - 1) w lokalizacji przy ul. Arkońskiej Oddział Anestezjologii, Intensywnej Terapii i Zatruciu,
    - 2) w lokalizacji przy ul. A. Sokołowskiego Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii z Działem Anestezjologii..
  4. Celem oddziału zabiegowego jest:
    - przyjęcie chorego,
    - wstępne zdiagnozowanie, ewentualnie uzupełnienie czynności diagnostycznych, udzielenie doraźnej pomocy, kwalifikacji do zabiegu,
    - przeprowadzenie zabiegu operacyjnego (w odniesieniu do każdego operowanego pacjenta prowadzona jest Okołooperacyjna Karta Kontrolna (OKK), której koordynatorem jest lekarz odpowiedzialny za znieczulenie pacjenta; Kartę podpisują: lekarz anesteziolog (koordynator OKK), pielęgniarka anesteziologiczna, operator, pielęgniarka operacyjna – każdy w zakresie swoich kompetencji i odpowiedzialności),
    - opieka pooperacyjna,
    - leczenie zachowawcze w wymagających tego przypadkach, aż do uzyskania wyleczenia lub poprawy stanu chorego, umożliwiającego wypisanie do domu lub przekazanie - o ile jest to wskazane - do innego oddziału lub innego podmiotu leczniczego, celem dalszego leczenia / opieki długoterminowej.
  5. Oddziały zachowawcze prowadzą całodobowe leczenie pacjentów metodami nieoperacyjnymi lub małoinwazyjnymi, z wykorzystaniem wybranych technik zabiegowych w celach diagnostyczno – leczniczych.
  6. Do zadań oddziałów zachowawczych należy:
    - wstępna diagnostyka pacjenta lub weryfikacja rozpoznania lekarza kierującego,
    - wdrożenie postępowania leczniczego i ocena jego efektów,
    - doprowadzenie chorego do stanu zdrowia, umożliwiającego skierowanie go do domu, kontynuację leczenia w warunkach ambulatoryjnych, przekazanie do innego oddziału SPWSZ lub innego podmiotu leczniczego, celem dalszego leczenia szpitalnego / opieki długoterminowej.
  7. Do realizacji swoich zadań oddziały wykorzystują zaplecze diagnostyczne Szpitala oraz korzystają, o ile jest to konieczne, z pomocy lekarzy innych oddziałów zabiegowych i niezabiegowych oraz – w uzasadnionych przypadkach – ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez inne podmioty lecznicze.
  8. Lekarz dyżurny oddziału jest obowiązany, w czasie pełnienia dyżuru medycznego (w godzinach popołudniowych, nocnych i w dni wolne od pracy), zapewnić opiekę medyczną pacjentom przebywającym w Oddziale, a w szczególności:
    - rozpocząć dyżur o ustalonej godzinie - zgodnie z harmonogramem,
    - kończyć dyżur w momencie rozpoczęcia normalnej ordynacji lekarskiej Oddziału,
    - składać raport z odbytego dyżuru Ordynatorowi / Lekarzowi Kierującemu Oddziałem i Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa,
    - kończyć dyżur w dni wolne od pracy oraz dni świąteczne po zgłoszeniu się następcy, któremu powinien przekazać informacje z odbytego dyżuru i zapoznać ze stanem pacjentów przebywa-

- jących na Oddziale, przebywać na Oddziale przez cały czas trwania dyżuru, a w razie uzasadnionej konieczności wyjścia do innego Oddziału, poinformować personel pielęgniarski o miejscu pobytu,
- dokładnie zbadać każdego pacjenta skierowanego na leczenie szpitalne i po ustaleniu, przy pomocy wszystkich dostępnych środków, rozpoznania - wytyczyć linię postępowania i rozpocząć leczenie,
  - na prośbę lekarza dyżurnego innego Oddziału, przeprowadzić badanie konsultacyjne lub uczestniczyć w naradzie lekarskiej powołanej w celu ustalenia rozpoznania lub uzgodnienia dalszego postępowania, przy czym konsultacje specjalistyczne winny być udzielane jeżeli brak takiej konsultacji mógłby spowodować zagrożenie życia lub w nagłych przypadkach pogorszenia stanu zdrowia,
  - w przypadku konieczności opuszczenia Oddziału w związku z wykonaniem pilnych konsultacji w innych Oddziałach, lekarz dyżurny powinien poprosić o czasowy nadzór nad podległymi mu pacjentami lekarza dyżurnego z najbliższego Oddziału,
  - wykonywać obchody lekarskie w godzinach co najmniej popołudniowych i wieczornych, a w dni wolne od pracy oraz dni świąteczne - także rano.
9. Pielęgniarka Oddziałowa jest odpowiedzialna za zapewnienie pod względem merytorycznym, administracyjnym i organizacyjnym właściwego poziomu opieki pielęgniarskiej w oddziale.
  10. Pielęgniarka Oddziałowa podlega służbowo Naczelnej Pielęgniarce i ponosi przed nią odpowiedzialność z tytułu nałożonych obowiązków, zaś funkcjonalnie podlega Ordynatorowi Oddziału.
  11. W czasie nieobecności Pielęgniarki Oddziałowej, za prawidłową pracę pielęgniarek danego Oddziału odpowiada wyznaczona przez nią pielęgniarka, która przejmuje jej zakres zadań.
  12. Pielęgniarki odcinkowe, zatrudnione w Oddziale oraz pozostały personel medyczny podlegają służbowo Pielęgniarce Oddziałowej i ponoszą przed nią odpowiedzialność z tytułu nałożonych obowiązków.
  13. W godzinach popołudniowych, nocnych i w dni wolne od pracy za prawidłową pracę pielęgniarek odpowiada, wyznaczona w rozkładzie pracy oddziału pielęgniarka.

## § 29

1. Poradnie Specjalistyczne są komórkami organizacyjnymi działalności podstawowej - medycznej Szpitala, udzielającymi ambulatoryjnych specjalistycznych świadczeń diagnostycznych, leczniczych i profilaktycznych w ramach odpowiednich specjalności.
2. Do zadań Poradni specjalistycznych należy w szczególności:
  - udzielanie indywidualnych porad specjalistycznych z zakresu danej specjalności poradni,
  - przeprowadzanie ambulatoryjnych zabiegów specjalistycznych,
  - prowadzenie spraw z zakresu orzecznictwa lekarskiego,
  - prowadzenie spraw związanych z dokumentacją i statystyką medyczną,
  - wnioskowanie w sprawach zaopatrzenia w środki pomocnicze,
  - współpraca ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Szpitala w oparciu o niniejszy Regulamin, inne wewnętrzne akty normatywne oraz o obowiązujące regulacje prawne.
3. Usługi medyczne realizowane są bezpłatnie dla pacjentów ubezpieczonych w Narodowym Funduszu Zdrowia.
4. Poradnie, w zależności od swojej specyfiki, mają różne dni i godziny przyjęć, zgodnie z informacjami umieszczonymi w poszczególnych poradniach.
5. Świadczenia zdrowotne we wszystkich poradniach wykonywane są w oparciu o zaplecze diagnostyczno-terapeutyczne Szpitala.

6. Poradnie ściśle współpracują z oddziałami specjalistycznymi Szpitala, zapewniając kompleksowość udzielanych świadczeń.

### § 30

Struktura i zadania Zakładu Radiologii i Diagnostyki Obrazowej.

1. W skład Zakładu Radiologii i Diagnostyki Obrazowej wchodzi:
  - 1) Pracownie Ultrasonografii;
  - 2) Pracownie Tomografii Komputerowej;
  - 3) Pracownia Rezonansu Magnetycznego;
  - 4) Pracownia Diagnostyki Naczyniowej i Radiologii Zabiegowej;
  - 5) Pracownie Rentgenodiagnostyki Ogólnej;
  - 6) Pracownia Fibroscan.
2. Do zadań Zakładu Radiologii i Diagnostyki Obrazowej należy w szczególności wykonywanie badań specjalistycznych i ogólnodiagnostycznych na potrzeby pacjentów oddziałów i poradni specjalistycznych SPWSZ oraz badania na potrzeby podmiotów zewnętrznych oraz pacjentów ambulatoryjnych.

### § 31

Struktura i zadania Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej.

1. W skład Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej wchodzi:
  - Laboratorium Centralne I;
  - Laboratorium Centralne II;
  - Pracownia Mikrobiologii;
  - Pracownia Diagnostyki Prątka;
  - Pracownia Serologii Transfuzjologicznej;
  - Pracownia Immunologii Transfuzjologicznej II.
2. Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej wykonuje badania laboratoryjne na potrzeby pacjentów oddziałów i poradni specjalistycznych SPWSZ oraz badania na potrzeby podmiotów zewnętrznych oraz pacjentów ambulatoryjnych.
3. Do zadań Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej należy w szczególności:
  - 1) wykonywanie pilnych i rutynowych badań z zakresu:
    - hematologii,
    - koagulologii,
    - analityki płynów ustrojowych i parazytologii,
    - biochemii – w tym badań podstawowych i wysokospecjalistycznych,
    - parametrów krytycznych – m.in. gazometria krwi, karboksyhemoglobina, methemoglobina,
    - immunochemii – m.in. markery nowotworowe, hormony tarczycy, hormony płciowe, hormony kory nadnerczy, przysadki, itp.,
    - autoimmunologii,
    - białek specyficznych w różnych materiałach biologicznych – m.in. rozdzielanie elektroforetyczne białek surowicy, immunofiksacja białek surowicy, prążki oligoklonalne w płynie mózgowo-rdzeniowym i surowicy, diagnostyka neuroinfekcji oraz ilościowe oznaczenie innych białek specyficznych,
    - monitorowania poziomu leków we krwi i diagnostyki ostrych zatruc,
    - wirusologii - monitorowania poziomu markerów,

- biologii molekularnej ( metodą Real Time PCR ) – m.in. monitorowanie zakażeń wirusami hepatotropowymi, wirusem HIV, diagnostyka mutacji, diagnostyka mikrobiologiczna, diagnostyka grypy (A,B, H1N1)
  - serologii grupy krwi i prób zgodności serologicznej biorcy i dawcy przed przetoczeniem krwi,
  - diagnostyki mikrobiologicznej, w tym hodowli i identyfikacji szczepów bakteryjnych, oznaczanie lekowrażliwości na antybiotyki i inne leki przeciwbakteryjne,
- 2) udział w krajowej i międzynarodowej kontroli międzylaboratoryjnej,
  - 3) prowadzenie nadzoru nad badaniami w miejscu opieki nad pacjentem (POCT),
  - 4) prowadzenie szkoleń oraz monitorowanie błędów dotyczących fazy przedanalizacyjnej, analitycznej i pozanalizacyjnej,
  - 5) praca na rzecz Zespołu Kontroli Zakażeń i Zespołu ds. Jakości,
  - 6) całodobowe wykonywanie badań na potrzeby pacjentów SPWSZ.

### § 32

Struktura i zadania Zakładu Patomorfologii.

1. W skład Zakładu Patomorfologii wchodzi:
  - Prosektura I;
  - Prosektura II;
  - Pracownia Immunohistochemiczna I;
  - Pracownia Immunohistochemiczna II;
  - Pracownia Cytologiczna I;
  - Pracownia Cytologiczna II;
  - Pracownia Histopatologii I;
  - Pracownia Histopatologii II;
  - Pracownia Badań Śródoperacyjnych I;
  - Pracownia Badań Śródoperacyjnych II.
2. Do zadań Zakładu Patomorfologii należy w szczególności:
  - przechowywanie zwłok,
  - badania mikroskopowe materiału sekcijnego,
  - badania biopsyjne materiału sekcijnego,
  - badania pooperacyjne,
  - badania cytologiczne,
  - badania histopatologiczne,
  - badania śródoperacyjne,
  - prowadzenie dokumentacji medycznej i sekcyjnej.

### § 33

Struktura i zadania Apteki Szpitalnej.

3. W skład Apteki Szpitalnej wchodzi:
  - 1) Pracownia Żywienia Pozajelitowego,
  - 2) Pracownia Leku Cytotoksycznego;
  - 3) Pracownia Leku Recepturowego;
  - 4) Pracownia Leku Recepturowego Jałowego.
4. Do zadań Apteki Szpitalnej należy w szczególności:
  - zaopatrywanie Szpitala w leki, materiały opatrunkowe, środki dezynfekcyjne, rękawice chirurgiczne i diagnostyczne, płyny infuzyjne, materiały szewne,

- właściwe przechowywanie leków,
- zaopatrywanie Szpitala w produkty do żywienia pozajelitowego i dojelitowego,
- zaopatrywanie Stacji Dializ oraz Oddziału Anestezjologii, Intensywnej Terapii i Zatruc w koncentraty i płyny do dializ,
- przyjmowanie i wydawanie leków z Krajowego Centrum ds. AIDS,
- przyjmowanie i wydawanie leków z programów lekowych,
- przyjmowanie i wydawanie leków z darów,
- sprowadzanie leków w ramach importu docelowego, a także na ratunek życia,
- przygotowywanie i wydawanie leków cytotoksycznych,
- przygotowywanie i wydawanie leków recepturowych,
- okresowa kontrola gospodarki lekami w oddziałach, ze szczególnym uwzględnieniem środków psychotropowych i narkotycznych,
- kontrola komunikatów o wstrzymaniu i wycofaniu produktów leczniczych oraz powiadomienie wszystkich jednostek Szpitala,
- prowadzenie zwrotów i dokumentacji leków przeterminowanych ze wszystkich jednostek Szpitala,
- udział w monitorowaniu działań niepożądanych,
- udział w racjonalnej farmakoterapii (Receptariusz Szpitala),
- prowadzenie dokumentacji rozliczeniowej i sprawozdawczej,
- prowadzenie dokumentacji leków na wniosek (np. antybiotyki zastrzeżone, leki bez umowy przetargowej),
- obliczanie dawek ddd - dobową dawką definiowaną,
- zamawianie, rozcieńczanie i ewidencja spirytusu,
- sporządzanie zestawień ze zużycia środków dezynfekcyjnych na potrzeby zespołu epidemiologicznego,
- przygotowywanie postępowań przetargowych na cały asortyment apteczny.

### § 34

#### Zadania Banku Krwi:

- składanie zamówień na krew i preparaty krwiopochodne w najbliższym oddziale terenowym Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa,
- odbiór otrzymanych preparatów krwiopochodnych,
- przechowywanie krwi i preparatów krwiopochodnych do czasu ich wydania na oddziały Szpitala,
- przechowywanie w odpowiednich warunkach zapasów krwi i preparatów na własne potrzeby Szpitala,
- wydawanie preparatów krwiopochodnych na oddziały szpitalne,
- prowadzenie dokumentacji przychodów i rozchodów preparatów krwiopochodnych,
- nadzór nad sprawnością sprzętu do przechowywania krwi i preparatów krwiopochodnych oraz sprzętu do rozmrażania osocza,
- prowadzenie kontroli pomiaru temperatur lodówek i zamrażarek niezbędnych do przechowywania krwi i preparatów krwiopochodnych.

### § 35

Zadania Inspektora Ochrony Radiologicznej:

- nadzór nad przestrzeganiem przez szpital warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego w zakresie prowadzonej działalności zgodnie z obowiązującymi przepisami radiologicznymi,
- nadzór podczas wykonywania eksploatacyjnych testów podstawowych parametrów ekspozycji aparatury RTG dostępnym sprzętem kontrolno-pomiarowym zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz ocena wyników wykonanych testów,
- odpowiedzialność za sprzęt kontrolno-pomiarowy,
- udział w kontrolach PWIS w zakresie przepisów radiologicznych,
- współuczestnictwo w procesie adaptacji zawodowej nowo przyjętych pracowników,
- udział w audytach wewnętrznych w Zakładzie Radiologii i Diagnostyki Obrazowej,
- udział w tworzeniu dokumentacji Systemu Zarządzania Jakością w Zakładzie Radiologii i Diagnostyki Obrazowej,
- nadzór nad prawidłowym działaniem oprogramowania radiologicznego od strony użytkownika,
- współpraca z fizykiem medycznym w zakresie wykonywania badań spektroskopowych w Pracowni Rezonansu Magnetycznego oraz kwalifikowania pacjentów do badań rezonansowych w przypadku obecności czynników mogących reagować z polem magnetycznym.

### § 36

Zadania Szpitalnych Koordynatorów Transplantacyjnych:

- analiza leczonych chorych pod kątem wystąpienia arefleksji pniowej i wstępna ocena trybu postępowania w tej grupie chorych (koordynator transplantacyjny pobierania narządów),
- przeprowadzenie serii badań klinicznych przewidzianych protokołem postępowania diagnostycznego śmierci mózgowej oraz podpisywanie wspólnie z innym uprawnionym w przepisach lekarzem specjalistą protokołu śmierci mózgu w przypadku stwierdzenia śmierci mózgu (koordynator transplantacyjny pobierania narządów),
- dokonanie uzgodnienia postępowania medycznego po stwierdzeniu śmierci mózgu (koordynator transplantacyjny pobierania narządów),
- identyfikacja i wstępna kwalifikacja medyczna potencjalnych zmarłych dawców tkanek,
- autoryzacja pobrania tkanek (rozmowa z rodziną zmarłego dawcy, pozyskiwanie opinii / zgody prokuratora/sądu rodzinnego, w sytuacjach, w których jest to konieczne, sprawdzenie Centralnego Rejestru Sprzeciwów),
- koordynacja pobrania wielonarządowego z wykorzystaniem ustawowych rejestrów transplantacyjnych,
- organizacja pozyskania i zabezpieczenia materiału do typowania tkankowego,
- organizacja transportu biorców do szpitala,
- dokumentowanie rozliczeń pobrania narządów z Poltransplantem,
- rzetelne opisywanie faktur związanych z działalnością transplantacyjną,
- organizowanie transportu Zespołu Transplantacyjnego do pobrania narządów,
- przeprowadzanie comiesięcznej statystyki z kwalifikacji biorców oraz przeszczepień narządów,
- organizacja pobrania narządów i/lub tkanek we własnym szpitalu,
- współpraca z koordynatorem regionalnym, wojewódzkim i centralnym,
- dokumentacja pobrania narządów i/lub tkanek,
- udział w procedowaniu istotnych zdarzeń i reakcji niepożądanych w obszarze przeszczepiania narządów, tkanek i komórek,

- przestrzeganie zasad i procedur dotyczących pobierania, przechowywania oraz dystrybucji tkanek, komórek i narządów do momentu wykonania przeszczepu u biorcy,
- prowadzenie odpowiedniej dokumentacji oraz uzupełnianie informacji w narzędziu sieciowym [www.rejstrytx.gov.pl/tx](http://www.rejstrytx.gov.pl/tx) (Krajowa Lista Oczekujących, Rejestr Przeszczepień),
- koordynacja synchronizowanej pracy osób wchodzących w skład zespołu transplantacyjnego,
- koordynacja pobrania, przechowywania i przeszczepiania narządów,
- wsparcie merytoryczne i logistyczne koordynatorów donacyjnych w regionie (pomoc w rozwiązywaniu bieżących problemów, pomoc na każdym etapie koordynacji, pomoc w organizacji badań i uzupełnianiu rejestrów transplantacyjnych),
- utrzymanie stałej współpracy i komunikacji z koordynatorami szpitalnymi ośrodków donacyjnych oraz specjalistami z kluczowych obszarów dla dawstwa narządów (anestezjologami, neurologami, neurochirurgami itp.),
- organizacja i dokumentacja pobrania i przeszczepienia narządów i/lub tkanek (dokumentowanie i przesyłanie do „Poltransplantu” Karty biorcy narządu oraz Protokołu wyboru biorcy),
- udział w tworzeniu procedur i budowaniu systemów jakości w zakresie dawstwa i transplantacji,
- monitorowanie procesu kwalifikacji biorców narządów,
- nadzór nad listą oczekujących na przeszczepienie narządów,
- nadzór nad rejestrem przeszczepień w rejestrach transplantacyjnych, w bezpośrednim okresie po przeszczepieniu (w czasie 30 dni od przeszczepienia lub w przypadku hospitalizacji >30 dni, do czasu jej zakończenia),
- stała współpraca z ośrodkami dawców, „Poltransplantem”, Krajową Listą Oczekujących na przeszczepienie (KLO),
- weryfikowanie i sprawdzanie prawidłowości kryteriów doboru dawcy tkanek oraz badań laboratoryjnych wymaganych w odniesieniu do dawców,
- przekazywanie danych do rejestru banków tkanek,
- organizacja i prowadzenie szkoleń w zakresie pobierania i przeszczepiania narządów od osób zmarłych dla personelu szpitala, szkół, uczelni lub innych grup odbiorców, nie rzadziej niż raz w roku,
- promowanie medycyny transplantacyjnej i dawstwa w środowisku medycznym i społeczeństwie.

### § 37

Zadania zespołów stałych:

1) Zadania Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych:

- bieżące monitorowanie i rejestracja zakażeń szpitalnych,
- aktywne zwalczanie ognisk epidemiologicznych zakażeń szpitalnych,
- opracowywanie rocznych programów kontroli zakażeń szpitalnych,
- realizowanie programu kontroli zakażeń szpitalnych,
- formułowanie raportów kwartalnych oraz rocznych dla Komitetu ds. Zakażeń Szpitalnych oraz Dyrekcji SPWSZ,
- identyfikowanie i kontrolowanie endemicznych i epidemicznych przypadków zakażeń szpitalnych,
- planowanie i realizacja doraźnych działań w przypadku wystąpienia zakażenia szpitalnego,
- udział w pracach Zespołu ds. Antybiotykoterapii,
- planowanie i realizacja edukacji personelu Szpitala w zakresie kontroli zakażeń szpitalnych,
- opracowywanie, wprowadzanie i kontrola procedur oraz standardów kontroli szpitalnej,
- aktywna współpraca z Laboratorium Bakteriologicznym, oddziałami oraz innymi jednostkami szpitala w zakresie kontroli zakażeń szpitalnych,
- uaktualnianie zaleceń, standardów i rekomendacji.

2) Zadania Zespołu ds. Społecznych:

- udzielanie informacji, wskazówek i pomocy w zakresie rozwiązywania spraw dotyczących zapewnienia opieki nad pacjentami, wymagającymi tej pomocy po wypisie ze Szpitala,
- współpraca z właściwymi instytucjami rządowymi, samorządowymi i organizacjami pozarządowymi, biorącymi udział w organizowaniu pomocy pacjentom wymagającym opieki poszpitalnej, szczególnie w sprawach dotyczących nieletnich, osób starszych, niepełnosprawnych, samotnych oraz z zaburzeniami psychicznymi,
- występowanie w interesie pacjentów i / lub ich rodzin do właściwych instytucji, biorących udział w organizowaniu pomocy pacjentom wymagającym opieki poszpitalnej,
- opracowywanie planów pomocy oraz kwalifikowanie do uzyskiwania świadczeń, w tym przekazywanie przewlekle chorych do oddziałów opieki długoterminowej, do zakładów opiekuńczo - leczniczych,
- sprawdzanie prawa pacjentów do ubezpieczenia w przypadku braku dokumentów uprawniających do ubezpieczenia, ubezpieczanie osób bezdomnych i samotnych,
- występowanie do sądu rodzinnego z wnioskami o umieszczenie pacjenta małoletniego pozbawionego opieki w odpowiedniej instytucji, np. pogotowiu opiekuńczym czy pogotowiu rodzinnym,
- informowanie pacjentów i/lub ich rodzin, kierowników komórek organizacyjnych Szpitala, w których pacjenci przebywają, oraz instytucji społecznych o postępach podejmowanych działań w zakresie niezbędnym do realizacji celów opieki.



## **DZIAŁ XIII**

### **ZADANIA POZOSTAŁYCH, NIEMEDYCZNYCH KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH**

#### **§ 38**

1. Zadania Działu Statystyki Medycznej i Sprzedaży Usług:
  - sporządzanie sprawozdań do Urzędu Statystycznego z lecznictwa zamkniętego i otwartego,
  - sporządzanie sprawozdań do Urzędu Marszałkowskiego i Ministerstwa Zdrowia (MZ),
  - sporządzanie miesięcznych zestawień z udzielanych świadczeń dla pacjentów ubezpieczonych z oddziałów Szpitala oraz poradni przyszpitalnych,
  - kontrola merytoryczna sprawozdań sporządzanych przez inne komórki organizacyjne SPWSZ dla Narodowego Funduszu Zdrowia,
  - obsługa portalu pn. „System Zarządzania Obiegiem Informacji”,
  - przekazywanie do Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) informacji o kolejkach oczekujących na świadczenia medyczne w SPWSZ,
  - przygotowywanie ofert celem ich przedkładania w NFZ i MZ,
  - opracowywanie i analiza przychodów z tytułu świadczonych przez SPWSZ usług medycznych i pozamedycznych,
  - wystawianie faktur za wykonane usługi medyczne i pozamedyczne,
  - udzielanie informacji o świadczonych usługach medycznych i obowiązującym cenniku za świadczone usługi,
  - przygotowywanie dokumentacji stanowiącej podstawę do sporządzania aneksów do umów zawieranych z NFZ i MZ,
  - weryfikacja ilości sprzedanych usług i potwierdzanie danych stanowiących podstawę naliczenia dodatkowego wynagrodzenia dla personelu medycznego,
  - udzielanie informacji o miejscu pobytu pacjentów w Szpitalu,
  - weryfikacja danych na Karcie statystycznej w przypadku zgonu pacjenta w Szpitalu,
  - przekazywanie do Zachodniopomorskiego Centrum Onkologii informacji dotyczących przypadków pacjentów z chorobami nowotworowymi,
  - eksport kart statystycznych szpitalnych do Państwowego Zakładu Higieny,
  - sporządzanie okresowych sprawozdań (miesięcznych, kwartalnych, rocznych) z wykonanych badań diagnostycznych w poszczególnych komórkach Szpitala,
  - sporządzanie okresowych zestawień statystycznych (miesięcznych, kwartalnych, rocznych) z działalności oddziałów i poradni SPWSZ,
  - rozliczanie umów z NFZ,
  - sporządzanie kwartalnych sprawozdań dla oddziałów szpitalnych związanych z akredytacją,
  - przeprowadzanie konkursów na świadczenia zdrowotne (za wyjątkiem dotyczących indywidualnych (specjalistycznych) praktyk lekarskich i pielęgniarских) wykonywanych na rzecz Szpitala.
  
2. Zadania Działu Finansowo-Księgowego:
  - prowadzenie rachunkowości zgodnie z obowiązującymi zasadami i przepisami prawa, w celu uzyskania rzetelnego i jasnego obrazu stanu i sytuacji finansowej Szpitala,
  - prowadzenie ksiąg rachunkowych w systemie informatycznym,
  - ujmowanie wszystkich zdarzeń gospodarczych podlegających ewidencji zgodnie z zasadami określonymi w ustawie o rachunkowości i wewnętrznych uregulowaniach, (Zakładowy Plan Kont SPWSZ),
  - obsługa obrotu gotówkowego i bezgotówkowego,

- monitorowanie stanu rozrachunków z odbiorcami i dostawcami,
  - monitorowanie stanu rozrachunków z pracownikami,
  - monitorowanie stanu należności i zobowiązań z tytułu podatków i opłat,
  - prowadzenie windykacji należności (wezwania do zapłaty, noty odsetkowe, umorzenia, odpisy aktualizujące wartość),
  - ewidencjonowanie kosztów wg rodzajów oraz typów działalności oraz ich rozliczenie na miejsce powstania,
  - ewidencjonowanie przychodów i kosztów działalności podstawowej, finansowej i pozostałej operacyjnej,
  - ewidencjonowanie funduszy i rezerw,
  - sporządzanie deklaracji, sprawozdań, analiz finansowych,
  - kontrola prawidłowości dowodów księgowych pod względem formalno-rachunkowym,
  - kontrola prawidłowości stosowania instrukcji obiegu dokumentów w zakresie spraw związanych z zadaniami działu.
3. Zadania Sekcji Inwentaryzacji:
- sporządzanie rocznego planu inwentaryzacji ciągłej i jego bieżąca aktualizacja,
  - przeprowadzanie inwentaryzacji planowych i nieplanowych (zdawczo-odbiorczych, wrywkowych, itp.),
  - sporządzanie rocznych sprawozdań z inwentaryzacji,
  - sporządzanie rocznego planu amortyzacji i jego bieżąca aktualizacja,
  - prowadzenie ewidencji majątku SPWSZ,
  - gromadzenie dokumentacji dotyczącej majątku Szpitala,
  - ewidencjonowanie zmian w stanie majątku (przyjęcia, przesunięcia, sprzedaż, rozbudowa, przebudowa, itp.),
  - sporządzanie wymaganej sprawozdawczości z zakresu pracy sekcji,
  - proponowanie zmian w gospodarowaniu majątkiem w celu poprawy efektywności i racjonalności jego wykorzystania,
  - zgłaszanie i przedstawianie wniosków w celu poprawy zarządzania majątkiem Szpitala.
4. Zadania Działu Kadr i Płac:
- prowadzenie spraw osobowych w stosunku do wszystkich komórek organizacyjnych SPWSZ oraz umów cywilno-prawnych (kontrakty, umowy - zlecenia, umowy o dzieło),
  - określenie potrzeb dotyczących zatrudnienia i programowanie w tym zakresie,
  - przygotowywanie materiałów związanych z zawieraniem i rozwiązywaniem umów o pracę, uposażenia, zmianami stanowisk pracy i awansowania oraz przestrzeganie wymogów w tym zakresie określonych w Kodeksie Pracy, przepisach wykonawczych oraz resortowych,
  - prowadzenie ewidencji i akt osobowych pracowników zwalnianych oraz przygotowywanie do archiwizacji akt osobowych,
  - nadzór nad przestrzeganiem dyscypliny pracy oraz prowadzenie okresowej i bieżącej analizy w tym zakresie,
  - przygotowywanie wniosków dotyczących nagród, odznaczeń i kar,
  - opracowywanie zbiorczego planu urlopów oraz nadzór nad jego prawidłową realizacją,
  - współpraca z komórkami organizacyjnymi szpitala z zakresu dokształcania pracowników,
  - współpraca ze związkami zawodowymi, rozwiązywanie konfliktów zbiorowych,
  - organizacja i przeprowadzanie okresowych ocen pracowników i przedkładanie Dyrektorowi wniosków wynikających z tych ocen,

- prowadzenie obowiązującej sprawozdawczości,
- przygotowywanie kompletnej dokumentacji pracowników związanej z przejściem na emeryturę lub rentę,
- kompletowanie i przekazywanie do ZUS dokumentacji ubezpieczonych do ustalania kapitału początkowego,
- archiwizowanie akt osobowych,
- prowadzenie spraw związanych z gospodarowaniem środkami funduszu socjalnego,
- prowadzenie spraw związanych z realizacją pracy na zasadzie wolontariatu (np. specjalizacje w trybie pozarezydenckim),
- sporządzanie list płac, deklaracji podatkowych i innych wymaganych przepisami prawa, w tym w szczególności deklaracji w zakresie ubezpieczeń społecznych,
- rozliczanie rachunków do umów zleceń i o dzieło,
- przygotowywanie przelewów z tytułu poborów oraz podatków, składek na ubezpieczenie społeczne oraz z tytułu potrąceń z listy płac,
- sporządzanie sprawozdań statystycznych i innych w zakresie zatrudnienia i wynagrodzeń,
- potrącanie z wynagrodzeń zajęć komorniczych oraz innych kwot zadeklarowanych przez pracowników,
- prowadzenie na bieżąco zestawień i rozliczeń z ZUS,
- wydawanie i potwierdzanie zaświadczeń o zatrudnieniu i zarobkach,
- uzupełnianie i aktualizowanie zasobu Systemu Zarządzania Obiegiem Informacji NFZ,,
- współpraca z dyrekcją szpitala i jednostkami zewnętrznymi (Izby) w zakresie przeprowadzania konkursów na niektóre stanowiska kierownicze,
- współpraca z organami kontroli zewnętrznej (Urząd Skarbowy, Izba Skarbowa, ZUS, PIP, NFZ, Urząd Marszałkowski, Urząd Wojewódzki, Ministerstwo Zdrowia, NIK, itd...),
- współpraca z Ministerstwem Zdrowia oraz Centrum Monitorowania Kształcenia Podyplomowego w zakresie specjalizacji lekarskich oraz rozliczanie umów rezydenckich,
- współpraca z Urzędem Marszałkowskim oraz Izbą Lekarską w zakresie staży podyplomowych lekarzy i rozliczanie umów stażowych.

5. Zadania Działu Zaopatrzenia:

- zaopatrywanie Szpitala w: sprzęt medyczny i aparaturę medyczną, materiały gospodarcze, materiały techniczne, środki utrzymania czystości, bieliznę, odzież roboczą i inne tego typu artykuły, artykuły papiernicze i materiały biurowe, odczynniki i inne niewyszczególnione materiały niezbędne do prawidłowego funkcjonowania jednostki,
- opracowywanie rocznego planu zakupów,
- sporządzanie i przekazywanie do Sekcji Zamówień Publicznych wniosków o wszczęcie postępowań przetargowych,
- przestrzeganie zasad racjonalności działania i ekonomiki gospodarowania, w szczególności wyszukiwanie najkorzystniejszych cenowo i jakościowo artykułów oraz wylaniania rzetelnych dostawców i producentów,
- zagospodarowanie urządzeń i sprzętu będącego na stanie Magazynu Przejściowego,
- ścisła współpraca na odcinku zaopatrzenia z oddziałami i innymi komórkami organizacyjnymi oraz Zespołem Magazynów,
- czuwanie nad realizacją potrzeb materiałowych doraźnych i awaryjnych dla oddziałów i pozostałych komórek organizacyjnych,
- ewidencjonowanie otrzymanych darowizn (na podstawie otrzymanych dokumentów),
- nadzór oraz organizowanie pracy magazynów w tym: medycznego, głównego, technicznego i przejściowego,

- zapewnienie prawidłowej gospodarki magazynowej,
  - sporządzanie zamówień na podstawie zapotrzebowań otrzymanych z oddziałów i innych komórek organizacyjnych, ich terminowe lokowanie oraz nadzór nad realizacją zamówienia,
  - prowadzenie w sposób właściwy i zgodny z aktualnymi przepisami spraw reklamacyjnych w zakresie jakości, ilości i ujawnionych tzw. wad ukrytych zakupionych materiałów,
  - prowadzenie w sposób właściwy i zgodny z aktualnymi przepisami spraw związanych z incydentami medycznymi.
6. Zadania Działu Gospodarczego:
- zawieranie umów na udostępnianie pomieszczeń lub terenu SPWSZ oraz nadzór nad ich realizacją i rozliczanie, w tym wystawianie faktur VAT,
  - sporządzanie i przekazywanie do Sekcji Zamówień Publicznych wniosków o wszczęcie postępowań przetargowych,
  - sporządzanie opisów przedmiotu zamówienia oraz późniejszy merytoryczny nadzór nad wykonawcami wyłonionymi w ramach postępowań przetargowych, dotyczących kontraktowania usług dla SPWSZ w przedmiocie:
    - a) utrzymania terenu zewnętrznego Szpitala, w tym organizacji ruchu,
    - b) transportu wewnętrznego,
    - c) sprzątnięcia pomieszczeń administracyjnych, strychów i piwnic SPWSZ,
    - d) gospodarki odpadami, w tym gospodarki odpadami medycznymi,
    - e) usług ochrony i monitoringu,
    - f) transportu własnego,
    - g) transportu osób dializowanych w Stacji Dializ SPWSZ,
    - h) transportu pacjentów z zespołem:
      - podstawowym,
      - specjalistycznym,
      - transplantacyjnym,
    - i) usług pralniczych, w tym dzierżawy bielizny szpitalnej i jej transportu,
    - j) dostarczania usług telekomunikacyjnych komórkowych i stacjonarnych wraz z obsługą centrali telefonicznej,
    - k) dezynsekcji i deratyzacji,
    - l) zakupu pieczętek,
  - nadzór nad realizacją umów z firmami zajmującymi się usługami merytorycznie związanymi z zakresem kompetencji Działu Administracyjno-Gospodarczego,
  - sporządzanie deklaracji na podatek od nieruchomości na podstawie informacji z komórek organizacyjnych merytorycznie odpowiedzialnych za ich gromadzenie,
  - dokonywanie czynności związanych z dokonywaniem opłat RTV,
  - sporządzanie protokołów szkód zgodnie z obowiązującymi instrukcjami wprowadzonymi Zarządzeniem Dyrektora - w przypadku szkód mających miejsce na terenie SPWSZ - związanych z uzyskaniem odszkodowania z polisy OC,
  - sporządzanie planów zamówień publicznych związanych z zakresem kompetencji Działu Administracyjno-Gospodarczego,
  - nadzór nad logistyką w przypadku zmian lokalizacji jednostek,
  - prowadzenie procedury kasacyjnej, wywóz sprzętów i urządzeń przeznaczonych do utylizacji, recyklingu oraz złomowania, zgodnie z bieżącymi potrzebami SPWSZ,
  - nadzór nad transportem własnym SPWSZ,
  - obsługa i nadzór nad Magazynem Depozytowym Odzieży,
  - obsługa i nadzór nad Magazynem Odpadów Medycznych,

- prowadzenie spraw związanych z prawidłowym, czytelnym dla personelu, pacjentów i osób odwiedzających oraz zgodnym z obowiązującym stanem formalno – prawnym, oznakowaniem poszczególnych komórek organizacyjnych Szpitala na zewnątrz i wewnątrz budynków (tablice informacyjne, szyldy, tabliczki, itp.), w sposób umożliwiający swobodne poruszanie się po terenie Szpitala.
7. Zadania Działu Technicznego:
- sprawowanie nadzoru nad prawidłową eksploatacją nieruchomości w zakresie spraw technicznych poprzez okresową inspekcję, kontrole lub przeglądy,
  - nadzór nad bieżącą konserwacją, obsługą i utrzymaniem sprawności technicznej obiektów budowlanych i ich instalacji w zakresie ogólnobudowlanym, instalacji sanitarnych z wyłączeniem wentylacji mechanicznej i klimatyzacji,
  - przygotowanie zleceń i umów na opracowanie dokumentacji techniczno-kosztorysowej na przeprowadzane roboty budowlane i bieżącej konserwacji wykonawstwa zewnętrznego,
  - udział w opracowaniu rocznych i wieloletnich planów rzeczowo-finansowych dla zadań inwestycyjnych i remontowych,
  - udział w opracowaniu programów i zakresów remontów bieżących,
  - zlecenie opracowania dokumentacji technicznej, ekspertyz, opinii, itp. i uzgodnienie z użytkownikami, współpraca z Biurem Projektów,
  - odbiór dokumentacji technicznej, posiadającej wymagane uzgodnienia i opinie, sprawdzanie faktur za prace dokumentacyjne,
  - prowadzenie rejestru dokumentacji, przekazywanie jej wykonawcom oraz inspektorom nadzoru,
  - zlecenie do wykonania zadań inwestycyjnych i remontowych, przygotowanie opisu przedmiotu zamówienia i udział w postępowaniach przetargowych dotyczących Działu technicznego,
  - uzgadnianie zamierzeń remontowych i modernizacyjnych w zakresie wymogów przepisów bhp, p.poż., PIP, itp.,
  - nadzór nad jednostką działającą w imieniu SPWSZ w sprawie uzyskania decyzji o pozwoleniu na budowę lub rozbiórkę,
  - zlecenie pełnienia obowiązków nadzoru inwestorskiego i autorskiego, ewentualnie powiernictwa inwestorskiego, lub pełnienie obowiązków inspektora nadzoru inwestorskiego we własnym zakresie zgodnie z posiadanymi uprawnieniami,
  - składanie zamówień na materiały, urządzenia i maszyny w terminach umożliwiających planową realizację zadań, kontrola stanu realizacji dostaw,
  - występowanie o dotacje z tytułu realizacji inwestycji w zakresie ochrony środowiska, rozliczanie otrzymanych dotacji,
  - prowadzenie spraw związanych z nakazami, decyzjami Sanepidu, PIP, Inspektora BHP oraz p.poż. w zakresie uwag dotyczących Działu Technicznego; terminowe wykonywanie decyzji i nakazów, występowanie w przypadkach uzasadnionych o zmianę terminów,
  - współpraca z działem Administracyjno-Gospodarczym i innymi służbami SPWSZ w zakresie eksploatacji i remontów budynków,
  - prowadzenie ksiąg obiektów budowlanych,
  - wykonywanie innych czynności zleconych przez bezpośredniego przełożonego i Dyrekcję SPWSZ, wchodzących w zakres kompetencji Sekcji Technicznej,
  - prowadzenie nadzoru nad prowadzonymi w Szpitalu remontami,
  - analizowanie dokumentacji projektowej, wnioskowanie w sprawie ewentualnych zmian i poprawek,
  - dopilnowanie wyznaczenia przez służbę geodezyjną obiektów budowlanych oraz sporządzania geodezyjnej inwentaryzacji wykonawczej,

- kontrola jakości wykonywanych robót, budowlanych elementów i stosowanych materiałów, zgodności robót z warunkami pozwolenia na budowę, przepisami techniczno-budowlanymi, normami państwowymi, zasadami bezpieczeństwa obiektu w toku budowy oraz z zasadami współczesnej wiedzy technicznej,
  - kontrola zgodności wykonywanych robót z dokumentacją techniczną i umową oraz terminowości ich wykonania,
  - kontrola prawidłowości kosztorysowania wykonanych robót, z uwzględnieniem materiałów zleciodawcy,
  - sporządzanie, z udziałem wykonawcy oraz użytkownika, protokołów konieczności na roboty dodatkowe,
  - sprawdzanie sporządzonych przez wykonawców kalkulacji w trakcie realizacji robót,
  - w przypadkach uzasadnionych zatrzymanie kaucji gwarancyjnych, terminowe jej rozliczenie,
  - wystawianie zleceń upoważniających wykonawców robót do pobierania materiałów z magazynu SPWSZ w zakresie objętym zleceniem lub umową,
  - uzyskiwanie z księgowości materiałowej wykazów pobranych materiałów w układzie ilościowo-wartościowym i przekazanie ich wykonawcom robót, rozliczanie wykonawców robót remontowo-budowlanych z materiałów powierzonych, pobranych od inwestora; sporządzanie z udziałem wykonawcy protokołu odzysku materiału z rozbiórki, ich wycena i zwrot do magazynu SPWSZ,
  - uczestniczenie w przeprowadzanych przez wykonawców próbach i odbiorach technicznych instalacji i urządzeń,
  - udział w odbiorze obiektu lub robót i przekazywanie ich do użytku,
  - kontrola usunięcia przez wykonawców wad i usterek stwierdzonych w protokole odbioru w czasie rękojmi,
  - udział w opracowywaniu programów i zakresów remontów bieżących i kapitalnych, wnioskowanie w zakresie potrzeb remontowych,
  - wykonywanie drobnych obliczeń i rysunków roboczych.
8. Zadania Głównego Energetyka:
- inicjowanie, opracowywanie i wdrażanie przedsięwzięć zmniejszających zużycie mediów energetycznych,
  - opracowywanie programów pracy urządzeń, ze szczególnym uwzględnieniem pracy tych urządzeń w godzinach największego obciążenia energetycznego oraz kontrola ich realizacji,
  - bieżące prowadzenie inwentaryzacji sieci wysokiego i niskiego napięcia, urządzeń i obiektów elektroenergetycznych,
  - opracowywanie harmonogramów pomiarów ochronnych, oględzin, przeglądów i remontów urządzeń, instalacji i sieci elektroenergetycznych oraz nadzór nad terminową ich realizacją,
  - prowadzenie ewidencji, kompletowanie i aktualizowanie dokumentacji techniczno-ruchowej,
  - opracowywanie i aktualizowanie wytycznych dotyczących zasad instrukcji eksploatacji i obsługi urządzeń elektroenergetycznych oraz przekazywanie ich za pokwitowaniem służbom eksploatacyjnym,
  - przyjmowanie i oddawanie do eksploatacji sieci i urządzeń elektroenergetycznych, analizowanie ilości, okoliczności i przyczyn powstawania awarii, branie udziału w oględzinach i usuwaniu awarii,
  - branie udziału w dokonywaniu jakościowo-ilościowego odbioru nowo instalowanych i po remontach urządzeń i sieci elektroenergetycznych, kompletowanie dokumentacji odbiorowej,
  - udzielanie instruktażu, szkolenia wstępne pracowników w zakresie obsługi urządzeń nowo zakupionych lub oddanych po kapitalnym remoncie,
  - rozliczanie faktur za media energetyczne i prace elektroenergetyczne,

- sprawowanie nadzoru nad przestrzeganiem przepisów BHP przy pracach elektroenergetycznych, w szczególności w warunkach zagrożenia zdrowia i życia ludzkiego oraz wystawianie poleceń na wykonanie prac,
- współpraca z pracownikami ds. bhp i p.poż. w sprawie kwalifikowania obiektów do odpowiedniej kategorii zagrożeń,
- prowadzenie spraw dotyczących likwidacji urządzeń i aparatury związanych z zakresem działania,
- prowadzenie spraw związanych z uzyskaniem dodatkowych wymagań kwalifikacyjnych dla osób zajmujących się obsługą i eksploatacją urządzeń i instalacji elektroenergetycznych,
- dokonywanie oceny stanu technicznego urządzeń, instalacji i sieci elektroenergetycznych,
- opracowywanie zapotrzebowań na materiały i części zamienne niezbędne do prawidłowej eksploatacji i realizacji remontów, modernizacji oraz zamierzeń inwestycyjnych w zakresie urządzeń, instalacji i sieci elektroenergetycznych oraz nadzór nad ich gospodarką,
- ustalanie zakresu prac elektroenergetycznych do wykonania przez firmy obce, przygotowywanie umów i zleceń,
- zapewnienie sprawnego, bezawaryjnego działania urządzeń, instalacji i sieci elektroenergetycznych,
- nadzór nad przeglądami okresowymi i serwisem urządzeń objętych dozorem technicznym,
- nadzór nad obsługą i serwisem systemu ciepłego szpitala, instalacji klimatyzacji i wentylacji oraz instalacji p.poż – sygnalizacji alarmu pożaru, oddymiających i tryskaczowych,
- kontrola pod względem technicznym zgodności z przepisami, robót wykonywanych przez warsztat elektryczny,
- dokonywanie okresowych kontroli obiektów budowlanych zgodnie z przepisami ustawy Prawo budowlane,
- prowadzenie spraw związanych z ochroną środowiska, w tym gospodarki wodno-ściekowej, ochrony powietrza.
- prowadzenie terminowo okresowej sprawozdawczości do instytucji zewnętrznych,
- prowadzenie całokształtu spraw związanych z dostawcami mediów energetycznych, prowadzenie prac związanych z Urzędem Dozoru Technicznego.

9. Zadania Sekcji Aparatury i Sprzętu Medycznego:

- nadzór nad aparaturą medyczną Szpitala,
- prowadzenie bazy danych urządzeń medycznych Szpitala,
- sporządzanie opisów stanu technicznego urządzeń medycznych,
- sporządzanie rocznych planów zakupu aparatury i sprzętu medycznego,
- utrzymywanie specjalistycznej aparatury medycznej w ruchu,
- przeprowadzanie planowych przeglądów i konserwacji,
- naprawa aparatury medycznej, względnie kwalifikowanie jej do napraw w specjalistycznych serwisach technicznych,
- opiniowanie pod względem technicznym wniosku na zamawianą aparaturę medyczną,
- prowadzenie poradnictwa technicznego oraz instruktaży prawidłowej eksploatacji aparatury medycznej,
- udział w komisyjnym i protokolarnym przyjmowaniu nowej aparatury (środki trwale),
- uruchamianie, względnie przyjmowanie specjalistycznej aparatury po naprawach w serwisach technicznych,
- występowanie z wnioskami o nieprzydatność lub wycofanie aparatury z eksploatacji,
- zamawianie aparatury pomiarowo - kontrolnej narzędzi, części zamiennych i materiałów do napraw aparatury,

- zakładanie paszportów technicznych aparatury medycznej podlegającej paszportyzacji,
- współpraca z autoryzowanymi serwisami producentów aparatury,
- udział w pracach komisji przetargowych powołanych przez Dyrektora Szpitala i zgodnie z Regulaminem Udzielania Zamówień Publicznych; sporządzanie opisu przedmiotu zamówienia na sprzęt medyczny i aparaturę,
- nadzór nad realizacją zawartych umów serwisowych na aparaturę i sprzęt medyczny.

10. Zadania Archiwum Zakładowego:

- przyjmowanie dokumentacji z poszczególnych komórek organizacyjnych,
- przechowywanie i zabezpieczenie przyjętej dokumentacji oraz prowadzenie jej ewidencji,
- udostępnianie dokumentacji upoważnionym osobom, organom, instytucjom,
- przekazywanie materiałów archiwalnych do właściwego archiwum państwowego,
- inicjowanie brakowania dokumentacji niearchiwalnej, udział w jej komisyjnym brakowaniu oraz przekazanie wybrakowanej dokumentacji do zniszczenia, po uprzednim uzyskaniu zgody na brakowanie dokumentacji niearchiwalnej z Archiwum Państwowego w Szczecinie lub z właściwego terytorialnie Archiwum Państwowego.

11. Zadania Sekcji Zamówień Publicznych:

- przeprowadzanie postępowań przetargowych dla zamówień powyżej kwoty określonej w art. 4 pkt 8) ustawy Prawo zamówień publicznych, zgodnie z planem zamówień i zarządzeniem Dyrektora Szpitala powołującego komisje przetargowe do przeprowadzenia postępowania na udzielenie zamówienia, w terminie określonym w Regulaminie udzielenia zamówień publicznych w SPWSZ,
- organizowanie posiedzeń komisji przetargowych i uczestniczenie w ich pracach,
- opracowywanie dokumentacji związanej z przeprowadzanymi procedurami przetargowymi,
- przygotowywanie projektów specyfikacji istotnych warunków zamówienia wraz z projektami umów, zgodnie z ustaleniami Komisji oraz uzyskiwanie akceptacji projektów umów przez radcę prawnego,
- dokumentowanie czynności podejmowanych przez komisję, opracowywanie projektów dokumentów przygotowywanych przez komisję, badanie i ocena złożonych ofert pod względem formalnym,
- sporządzanie protokołów postępowania i ich przechowywanie wraz z ofertami przetargowymi oraz wszelkimi innymi dokumentami związanymi z postępowaniem o udzielenie zamówienia publicznego, w trakcie jego trwania i po zakończeniu postępowania w sposób gwarantujący jego nienaruszalność przez okres 4 lat zgodnie z art.97 ustawy Prawo zamówień publicznych,
- zamieszczanie ogłoszeń o zamówieniu i udzieleniu zamówienia w Biuletynie Zamówień Publicznych udostępnionym na stronach portalu internetowego Urzędu Zamówień Publicznych oraz przekazywanie do opublikowania ogłoszenia o zamówieniu i udzieleniu zamówienia w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej udostępnionym na stronach portalu internetowego Urzędu Oficjalnych Publikacji Wspólnot Europejskiej oraz stronie internetowej Szpitala,
- prowadzenie rejestru wszystkich postępowań o udzielenie zamówienia publicznego, umów z kontrahentami dotyczących zakupu towarów, usług i robót budowlanych,
- terminowe przekazywanie informacji i rocznych sprawozdań do Urzędu Zamówień Publicznych,
- sporządzanie i przedkładanie Dyrektorowi Szpitala do zatwierdzenia projektów dokumentów, protokołów, umów oraz kwartalnych sprawozdań z przeprowadzonych i toczących się postępowań w SPWSZ.



12. Zadania Działu Organizacyjno – Prawnego:

- opracowywanie koncepcji projektów zmian organizacyjnych, dokonywanie odpowiednich uzgodnień zapewniających zachowanie prawidłowości wzajemnych powiązań między komórkami Szpitala,
- projektowanie, w porozumieniu z przełożonym, struktury organizacyjnej Szpitala,
- emisja aktów normatywnych Szpitala,
- nadzór i kontrola funkcjonalna w zakresie ustalania struktur i powiązań organizacyjnych Szpitala.
- przygotowywanie zmian i aktualizacji dokumentów formalno-prawnych, związanych z działalnością Szpitala, w tym dokumentów rejestrowych,
- przygotowywanie (we współpracy z innymi jednostkami organizacyjnymi) zmian i aktualizacji dokumentów i regulaminów wewnętrznych SPWSZ, w szczególności Statutu i Regulaminu Organizacyjnego Szpitala.
- przygotowywanie (na podstawie otrzymanych dokumentów źródłowych) projektów wniosków i uchwał przedkładanych pod obrady Rady Społecznej SPWSZ oraz wniosków o ich zatwierdzenie przez Zarząd Województwa Zachodniopomorskiego, zgodnie z obowiązującymi uregulowaniami w tym zakresie,
- organizacja i obsługa posiedzeń Rady Społecznej Szpitala.
- przygotowywanie (na podstawie otrzymanych dokumentów źródłowych) projektów zarządzeń i decyzji Dyrektora,
- przygotowywanie, we współpracy z radcą prawnym / adwokatem, projektów umów i dokumentów, wynikających z bieżącej działalności Szpitala.
- wykonywanie czynności kancelaryjnych, zgodnie z zasadami określonymi w Instrukcji Kancelaryjnej,
- prowadzenie obsługi sekretariatów Dyrektora i Zastępców Dyrektora,
- bieżąca obsługa interesantów wewnętrznych i zewnętrznych,
- prowadzenie rejestru umów zawieranych w imieniu Szpitala oraz ich gromadzenie, przechowywanie i udostępnianie do użytku służbowego,
- gromadzenie, utrzymywanie i udostępnianie do użytku służbowego dokumentów regulujących status prawny i system organizacyjny Szpitala,
- przygotowywanie do wydania, rozprawianie do właściwych komórek organizacyjnych nowych wewnętrznych aktów normatywnych oraz zmian i uzupełnień do aktów obowiązujących,
- kompletowanie, przechowywanie i udostępnianie do użytku służbowego wewnętrznych aktów normatywnych,
- kompletowanie i przechowywanie protokołów z posiedzeń Rady Społecznej Szpitala, wraz z dokumentacją towarzyszącą,
- kompletowanie i przechowywanie dokumentacji, związanej z wpływającymi do Szpitala wnioskami o odszkodowanie,
- udzielanie odpowiedzi na wnioski o udostępnienie dokumentacji medycznej,
- prowadzenie rejestrów kancelaryjnych, w tym: rejestru Zarządzeń Dyrektora, rejestru pism rozsyłanych wg rozdzielnika, rejestru udostępnionej dokumentacji medycznej,
- czuwanie nad prawidłowym obiegiem dokumentów,
- ewidencja i rozliczanie kosztów korespondencji na poszczególne komórki organizacyjne,
- współpraca z sekretarkami i rejestratorkami medycznymi z poszczególnych komórek organizacyjnych Szpitala w zakresie prawidłowego rozdziału dokumentów i przepływu informacji,
- monitoring dostępnych środków z funduszy strukturalnych Unii Europejskiej (UE) oraz innych dostępnych środków możliwych do pozyskania na finansowanie działań Szpitala;
- wstępna weryfikacja możliwości pozyskania funduszy strukturalnych Unii Europejskiej (UE)/innych dostępnych środków możliwych do pozyskania na finansowanie działań Szpitala,

- koordynacja działań związanych z przygotowaniem dokumentacji aplikacyjnej,
- współpraca z komórkami organizacyjnymi Szpitala w zakresie pozyskiwania funduszy zewnętrznych,
- gromadzenie danych niezbędnych do właściwego opracowywania dokumentacji aplikacyjnej,
- pomoc w koordynacji/koordynacja projektów inwestycyjnych i miękkich realizowanych w Szpitalu, współfinansowanych ze środków funduszy strukturalnych UE i innych środków zewnętrznych,
- współpraca z komórkami organizacyjnymi Szpitala w realizacji projektów współfinansowanych ze źródeł zewnętrznych,
- utrzymywanie bieżących kontaktów z instytucją zarządzającą/instytucją wdrażającą,
- udział w kontrolach prowadzonych przez uprawnione jednostki zewnętrzne w zakresie realizacji projektów,
- opracowywanie projektów pism kierowanych do instytucji zarządzających/ wdrażających/kontrolujących - w zakresie opracowywanych, realizowanych i zrealizowanych projektów,
- przekazywanie zaleceń pokontrolnych i monitoring ich wdrożenia.

### 13. Zadania Sekcji Analiz Ekonomicznych:

- wdrażanie pojęć, metod ewidencji, procedur planowania i analizy kosztów z uwzględnieniem wymogów budżetowania i kontrolingu,
- organizacja procesu planowania (a następnie budżetowania), oraz nadzór nad jego prawidłowością,
- bieżące monitorowanie przebiegu procesu budżetowania oraz informowanie o zaistniałych lub przewidywanych zagrożeniach,
- raportowanie z procesu budżetowania, obejmujące:
  - a) realizację wykonania budżetów w poszczególnych ośrodkach kosztowych i centrach zysku,
  - b) przedstawianie wyników uzyskanych przez poszczególne jednostki w oparciu o ustalone wskaźniki,
  - c) ustalenie wyników finansowych dla poszczególnych rodzajów działalności jednostki oraz dla całego Szpitala,
- prowadzenie oceny efektywności ekonomicznej poszczególnych ośrodków odpowiedzialności na podstawie analizy realizacji budżetów, wskaźników i analizy ekonomicznej,
- sporządzanie Planu Finansowo-Rzeczowego w oparciu o prowadzone planowanie budżetowe,
- sporządzanie długoterminowych planów (na potrzeby wewnętrzne i zewnętrzne), w tym Planu Strategicznego,
- prowadzenie wielowymiarowej i wieloprzekrojowej analizy kosztowej zgodnie z bieżącym zapotrzebowaniem Dyrekcji,
- sporządzanie wycen świadczeń medycznych,
- sporządzanie wycen procedur medycznych, w tym:
  - a) wycena kosztów normatywnych realizowanych procedur medycznych,
  - b) aktualizacja cennika,
  - c) indywidualna wycena kosztów leczenia pacjenta,
  - d) kalkulacja kosztu osobodnia opieki,
- sporządzanie analiz ekonomicznych, finansowych, efektywności wykorzystania zasobów i efektywności inwestycji dla całego Szpitala – okresowe raporty i analizy zarządcze,
- sporządzanie wniosków inwestycyjnych (do Ministerstwa Zdrowia, Urzędu Marszałkowskiego i innych),
- opracowywanie rozwiązań dla alokacji kosztów prawidłowo odzwierciedlających rzeczywiste koszty określonych zadań,

- wprowadzanie, modyfikacja i aktualizacja spójnej kodyfikacji baz danych w ramach zintegrowanego systemu informatycznego i informacyjno-kontrolnego,
- uzgadnianie z komórkami finansowo-księgowymi oraz informatycznymi jednolitej struktury umożliwiającej gromadzenie, a następnie analizowanie dostępnych w systemach informatycznych danych,
- wnioskowanie zmian do wewnętrznych aktów normatywnych, usprawniających proces budżetowania.

14. Zadania Sekcji Informatyki:

- administrowanie siecią komputerową i bazami danych Szpitala,
- nadzór nad firmą zewnętrzną sprawującą serwis w zakresie obsługi sieci, serwerów oraz oprogramowania HIS,
- nadzór nad firmą zewnętrzną dostarczającą rozwiązania do obsługi RIS\PACS,
- instalacja oprogramowania oraz aktualizacje programów już działających,
- wsparcie użytkowników, pomoc techniczna,
- konfiguracja sprzętu komputerowego,
- zachowanie ciągłości pracy sieci logicznych SPWSZ,
- prowadzenie rejestru sprzętu komputerowego,
- administracja strony www Szpitala,
- administracja kont pocztowych,
- serwis techniczny oraz modernizacje sprzętu komputerowego oraz urządzeń pokrewnych,
- dokonywanie oceny skuteczności działania i aktualizacja programów antywirusowych w obszarze działania sieci SPWSZ,
- wydawanie uprawnień dla użytkowników do dostępu po zasobów sieciowych SPWSZ, programów i baz danych,
- administrowanie funkcjami Active Directory
- wdrażanie oraz przestrzeganie zagadnień polityki bezpieczeństwa,
- przestrzeganie ustawy o ochronie danych osobowych.

15. Zadania Sekcji Systemów Zarządzania Jakością i Szkoleń:

- wdrażanie i utrzymywanie wszelkich procesów mających wpływ na zarządzanie jakością,
- opracowywanie i dokumentowanie procedur, instrukcji, standardów akredytacyjnych,
- zarządzanie programem auditów wewnętrznych,
- stała współpraca z Dyrektorem i kierownikami komórek organizacyjnych Szpitala w zakresie skuteczności systemu zarządzania jakością i wszelkich, zidentyfikowanych przez pracowników potrzebach jego doskonalenia,
- inicjowanie działań zapobiegających występowaniu niezgodności w ramach systemów zarządzania jakością,
- nadzór nad realizacją działań korygujących i zapobiegawczych,
- identyfikowanie, dokumentowanie i raportowanie problemów oraz sposobu ich rozwiązania w celu doskonalenia celów jakościowych,
- wyznaczanie i nadzorowanie realizacji celów jakościowych,
- koordynowanie przedsięwzięć sprzyjających zapewnieniu pożądanej jakości w usługach medycznych,
- koordynowanie prac komitetów i zespołów powołanych w celu realizacji zadań w ramach jakości,
- monitorowanie, dokumentowanie i analizowanie zdarzeń niepożądanych,

- przygotowywanie przeglądów zarządzania,
  - prowadzenie bieżącej analizy potrzeb szkoleniowych,
  - organizowanie szkoleń wewnętrznych i zewnętrznych,
  - opracowywanie budżetów szkoleń w podziale na poszczególne komórki organizacyjne,
  - prowadzenie spraw, związanych z zawieraniem przez Szpital umowami w zakresie praktyk i staży studenckich.
16. Zadania Rzecznika Prasowego:
- informowanie mediów o działalności, programach i pracy jednostek szpitala poprzez przygotowywanie i przysyłanie komunikatów prasowych i informacji (aktywna komunikacja),
  - zapewnienie dziennikarzom dostępu do informacji,
  - przedstawianie w mediach stanowisk i poglądów Szpitala,
  - udzielanie odpowiedzi mediom na zapytania – komunikacja reaktywna,
  - koordynowanie spotkań mediów z dyrekcją i pracownikami Szpitala,
  - monitoring mediów w kontekście pracy działalności szpitala oraz przekazywanie informacji o publikacji wewnątrz jednostki,
  - organizowanie i prowadzenie konferencji prasowych,
  - zapewnienie obsługi medialnej spotkań i uroczystości organizowanych przez Szpital,
  - wsparcie promocyjne projektów realizowanych przez Szpital,
  - obsługa treści strony internetowej Szpitala,
  - administrowanie i bieżąca aktualizacja strony BIP Szpitala.
17. Zadania osoby zatrudnionej na stanowisku ds. Kontroli:
- przeprowadzanie planowych i doraźnych kontroli, w tym:
    - a) sporządzanie protokołów kontroli,
    - b) opracowywanie wniosków pokontrolnych,
    - c) sprawdzanie wykonywania zarządzeń pokontrolnych.
  - nadzór nad dokumentacją systemu kontroli zarządczej, w tym prowadzenie i aktualizowanie rejestru procedur kontroli zarządczej,
  - przygotowywanie planu celów i zadań Szpitala oraz sprawozdania z jego wykonania,
  - koordynowanie i dokumentowanie procesu zarządzania ryzykiem w Szpitalu, w tym identyfikowanie i analizowanie ryzyka związanego z realizowanymi zadaniami oraz prowadzenie rejestru ryzyka,
  - współpraca z kontrolerami zewnętrznymi prowadzącymi kontrole w SPWSZ oraz koordynacja współpracy kontrolerów z komórkami organizacyjnymi podlegającymi kontroli,
  - przekazywanie zaleceń pokontrolnych poszczególnym komórkom organizacyjnym oraz monitoring ich wdrożenia.
18. Zadania Inspektora Ochrony Danych Osobowych:
- informowanie administratora, podmiotu przetwarzającego oraz pracowników, którzy przetwarzają dane osobowe, o obowiązkach spoczywających na nich na mocy RODO oraz innych przepisów dot. ochrony danych osobowych, a także doradzanie ww. podmiotom w sprawie ochrony danych osobowych,
  - monitorowanie przestrzegania RODO oraz innych przepisów dot. ochrony danych osobowych oraz polityk administratora lub podmiotu przetwarzającego w dziedzinie ochrony danych osobowych, w tym podział obowiązków, działania zwiększające świadomość,

szkolenia personelu uczestniczącego w operacjach przetwarzania oraz powiązane z tym audyty,

- na żądanie - udzielanie zleceń co do oceny skutków dla ochrony danych osobowych oraz monitorowanie jej wykonania zgodnie z RODO,
- współpraca z organem nadzorczym (Prezesem Urzędu Ochrony Danych Osobowych),
- pełnienie funkcji punktu kontaktowego dla organu nadzorczego w kwestiach związanych z przetwarzaniem danych osobowych, w tym z uprzednimi konsultacjami, o których mowa w RODO oraz w stosownych przypadkach prowadzenie konsultacji we wszelkich innych sprawach;
- pełnienie funkcji punktu kontaktowego dla osób, których dane dotyczą, we wszystkich sprawach związanych z przetwarzaniem ich danych osobowych oraz wykonywaniem praw przysługujących im na mocy RODO oraz innych przepisów,
- nadzór nad funkcjonowaniem systemu zabezpieczeń, w tym także nad prowadzeniem ewidencji osób upoważnionych do przetwarzania danych osobowych,
- współuczestniczenie w podejmowaniu odpowiednich działań w przypadku naruszenia lub podejrzenia naruszenia ochrony danych osobowych,
- prowadzenie szkoleń z zakresu ochrony danych osobowych dla osób upoważnianych do przetwarzania danych osobowych,
- rejestracja wniosków o nadanie/odebranie/zmianę uprawnień w zakresie dostępu do systemów informatycznych SPWSZ.

19. Zadania osoby zatrudnionej na stanowisku ds. bhp:

- systematyczna kontrola warunków pracy oraz przestrzegania przez pracowników zasad i przepisów z zakresu BHP,
- dokonywanie i dokumentowanie okresowych ocen stanu BHP,
- przedkładanie Dyrektorowi informacji o stanie BHP wraz z wnioskami zmierzającymi do usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości i zagrożeń,
- współpraca przy opracowywaniu instrukcji dotyczących BHP na poszczególnych stanowiskach pracy,
- zgłaszanie wniosków dotyczących BHP przy opracowywaniu dokumentacji inwestycyjnych, modernizacyjnych,
- przewodniczenie komisji ustalającej okoliczności i przyczyny wypadków przy pracy oraz zachorowań na choroby zawodowe, opracowywanie stosownych wniosków oraz nadzór nad ich realizacją,
- prowadzenie dokumentacji związanej z wypadkami przy pracy oraz chorobami zawodowymi poprzez prowadzenie rejestrów, kompletowanie i przechowywanie dokumentów dotyczących wypadków przy pracy, stwierdzonych chorób zawodowych, podejrzeń o takie choroby,
- współpraca z instytucjami uprawnionymi do dokonywania pomiarów i badań czynników szkodliwych dla zdrowia, występujących w środowisku pracy warunków uciążliwych, w zakresie przeprowadzania przedmiotowych badań i pomiarów,
- współpraca z lekarzem zakładowym,
- prowadzenie szkoleń BHP w ramach instruktażu wstępnego,
- organizowanie szkoleń okresowych z zakresu BHP w oparciu o uprawnione podmioty,

- opracowywanie kart ryzyka zawodowego we współpracy z właściwymi kierownikami.

20. Zadania Inspektora ds. obronnych:

- realizacja zadań wynikających z Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 27 czerwca 2012r. w sprawie warunków i sposobu przygotowania oraz wykorzystania podmiotów leczniczych na potrzeby obronne państwa oraz właściwości w tych sprawach (Dz. U. z 2012r., poz. 741),
- opracowanie i aktualizacja Planu przygotowań SPWSZ na potrzeby obronne państwa,
- sporządzanie, aktualizacja i przechowywanie dokumentacji dotyczącej przygotowania Szpitala do realizacji zadań obronnych,
- realizowanie zadań określonych w wydawanych corocznie przez Marszałka Województwa Zachodniopomorskiego wytycznych dotyczących zadań obronnych,
- sporządzanie okresowych analiz oraz sprawozdań i przekazywanie ich do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Zachodniopomorskiego oraz Wydziału Zarządzania Kryzysowego Urzędu Wojewódzkiego,
- planowanie oraz prowadzenie szkoleń obronnych pracowników Szpitala,
- opracowywanie dokumentacji Stałego Dyżuru (SD) oraz prowadzenie szkoleń obsady SD,
- uczestniczenie w okresowych odprawach i szkoleniach organizowanych przez Wydział Bezpieczeństwa i Zarządzania Kryzysowego Zachodniopomorskiego Urzędu Wojewódzkiego,
- zapewnienie - w oparciu o obowiązujące przepisy prawne - realizacji świadczeń osobistych i rzeczowych niezbędnych do sprawnego rozwinięcia dodatkowej bazy łóżkowej w czasie „W”,
- wykonywanie innych poleceń przełożonego z zakresu spraw obronnych.

21. Zadania Pełnomocnika Dyrektora ds. Praw Pacjentów:

- monitorowanie skarg i wniosków: przyjmowanie skarg, wniosków oraz pochwał od pacjentów i ich przedstawicieli ustawowych,
- wskazywanie trybu skargowego w przypadku naruszenia praw pacjenta,
- udzielenie pomocy w sporządzaniu i złożeniu skargi do Dyrektora Szpitala,
- ewidencjonowanie skarg i wniosków (prowadzenie rejestru skarg i wniosków),
- prowadzenie postępowania wyjaśniającego,
- rozpatrywanie oraz udzielanie odpowiedzi na wpływające pytania i skargi,
- rozwiązywanie bieżących problemów zgłaszanych przez pacjentów i ich przedstawicieli ustawowych,
- podejmowanie działań interwencyjnych w sytuacji tego wymagających, związanych z realizacją praw pacjenta,
- zapewnienie pacjentom i ich przedstawicielom ustawowym dostępu do informacji prawnej i wskazanie trybu interwencji w przypadku naruszenia praw pacjenta,
- monitorowanie przestrzegania wytycznych i zaleceń Rzecznika Praw Pacjenta,
- nadzór nad realizacją zapisów Karty Praw i Obowiązków Pacjenta SPWSZ,
- aktualizacja zapisów Karty Praw i Obowiązków Pacjenta oraz procedur i instrukcji w zakresie przestrzegania praw pacjenta,
- realizacja szkoleń wewnętrznych dotyczących przestrzegania praw pacjenta; upowszechnianie wśród personelu oraz pacjentów postanowień zawartych w Karcie Praw i Obowiązków Pacjenta,
- monitorowanie opinii dotyczących przestrzegania praw pacjenta: prowadzenie badań ankietowych nt. przestrzegania praw pacjenta w SPWSZ wśród pacjentów hospitalizowanych w szpitalu i korzystających z usług zdrowotnych ambulatoryjnie oraz opiekunów pacjentów

nieletnich, prowadzenie analiz i dystrybucji wyników badań, doskonalenie narzędzi badawczych,

- współpraca z personelem medycznym i niemedycznym Szpitala w zakresie przestrzegania praw pacjenta.

22. Zadania Pełnomocnika Dyrektora ds. Ochrony Informacji Niejawnych:

- zapewnienie ochrony informacji niejawnych, w tym stosowanie środków bezpieczeństwa fizycznego,
- zapewnienie ochrony systemów teleinformatycznych, w których są przetwarzane informacje niejawne,
- zarządzanie ryzykiem bezpieczeństwa informacji niejawnych, w szczególności szacowanie ryzyka,
- kontrola ochrony informacji niejawnych oraz przestrzegania przepisów o ochronie tych informacji, w szczególności okresowa (co najmniej raz na trzy lata) kontrola ewidencji, materiałów i obiegu dokumentów,
- opracowywanie i aktualizowanie, wymagającego akceptacji kierownika jednostki organizacyjnej, planu ochrony informacji niejawnych w jednostce organizacyjnej, w tym w razie wprowadzenia stanu nadzwyczajnego, i nadzorowanie jego realizacji,
- prowadzenie szkoleń w zakresie ochrony informacji niejawnych,
- prowadzenie zwykłych postępowań sprawdzających oraz kontrolnych postępowań sprawdzających,
- prowadzenie aktualnego wykazu osób zatrudnionych lub pełniących służbę w jednostce organizacyjnej albo wykonujących czynności zlecone, które posiadają uprawnienia do dostępu do informacji niejawnych, oraz osób, którym odmówiono wydania poświadczenia bezpieczeństwa lub je cofnięto,
- przekazywanie odpowiednio Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego lub Służbie Kontrwywiadu Wojskowego do ewidencji, o których mowa w art. 73 ustawy o ochronie informacji niejawnych, danych, o których mowa w art. 73 ust. 2 w/w ustawy, osób uprawnionych do dostępu do informacji niejawnych, a także osób, którym odmówiono wydania poświadczenia bezpieczeństwa lub wobec których podjęto decyzję o cofnięciu poświadczenia bezpieczeństwa.

23. Zadania Zespołu Transportu Medycznego:

- przyjmowanie zgłoszeń, planowanie i koordynowanie przewozów środkami transportu SPWSZ pacjentów, materiałów biologicznych i innych ładunków zgodnie z zapotrzebowaniem;
- realizacja transportów sanitarnych wynikających z realizacji Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz uregulowań wewnętrznych (w tym m.in. transport pacjentów dializowanych, transport pacjentów do domu po zakończonej hospitalizacji, transport pacjentów pomiędzy medycznymi komórkami organizacyjnymi Szpitala, transport pacjentów do innych podmiotów leczniczych, transport do przy szpitalnych poradni specjalistycznych, transporty na badania i konsultacje, obsługa Banku Krwi w dwóch lokalizacjach);
- nadzorowanie i koordynowanie czynności i działań niezbędnych do należytego utrzymania sprawności technicznej taboru samochodowego SPWSZ,
- zapewnienie terminowego dokonywania napraw, przeglądów, serwisów w okresie gwarancyjnym i pogwarancyjnym, objęcia pojazdów ubezpieczeniem komunikacyjnym oraz zapewnienie bieżących dostaw paliw i innych płynów eksploatacyjnych, wymiany ogumienia i innych materiałów eksploatacyjnych w sposób gwarantujący utrzymanie należytej sprawności i stanu pojazdów samochodowych wchodzących w skład bazy transportu SPWSZ.

## DZIAŁ XIV

### PRAWA I OBOWIĄZKI PACJENTA

#### § 39

1. Prawa pacjenta dotyczą osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych w ramach ubezpieczenia zdrowotnego, korzystających z prywatnego sektora usług medycznych oraz innych niż ubezpieczeni.
2. Prawa pacjenta zostały określone w ustawie z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. W ustawie zawarte zostały postanowienia dotyczące prawa pacjenta (w tym pacjenta nieletniego) do:
  - świadczeń zdrowotnych,
  - informacji,
  - zgłaszania działań niepożądanych produktów leczniczych,
  - tajemnicy informacji z nim związanych,
  - wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych,
  - poszanowania intymności i godności,
  - dokumentacji medycznej,
  - zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza,
  - poszanowania życia prywatnego i rodzinnego,
  - opieki duszpasterskiej,
  - przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie.
3. W Szpitalu obowiązuje Karta Praw i Obowiązków Pacjenta, która dostępna jest dla w każdej medycznej komórce organizacyjnej Szpitala. Karta posiada załączniki w postaci:
  - 1) Regulaminu odwiedzin,
  - 2) Zasad sprawowania dodatkowej opieki pielęgnacyjnej na życzenie pacjenta,
  - 3) Zgłoszenia dodatkowej opieki pielęgnacyjnej nad chorym,
  - 4) Zasad regulujących prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej i poszanowania przekonań religijnych,
  - 5) Zasad obowiązujących przy wnoszeniu skargi przez pacjentów,
  - 6) Zasad pobytu pacjentów w stanach terminalnych,
  - 7) Instrukcji postępowania dla pacjentów hospitalizowanych w SPWSZ w Szczecinie.
4. Szczegółowych informacji o prawach pacjenta udzielają:
  - Pełnomocnik Dyrektora SPWSZ ds. Praw Pacjenta,
  - Biuro Rzecznika Praw Pacjenta przy Ministrze Zdrowia.
4. Pacjent ma obowiązek:
  - przestrzegania Regulaminu Organizacyjnego Szpitala,
  - przestrzegania zaleceń personelu medycznego,
  - przestrzegania zasad bezpieczeństwa przeciwpożarowego,
  - przestrzegania zasad współżycia społecznego,
  - przestrzegania zakazu palenia tytoniu,
  - przestrzegania zakazu spożywania alkoholu i środków odurzających,
  - przestrzegania zakazu uprawiania gier hazardowych oraz zajmowania się handlem.
5. W przypadku, gdy stan zdrowia pacjenta nie wymaga dalszego leczenia szpitalnego, może on być obciążony kosztami pobytu w Szpitalu (od dnia wskazanego przez Dyrektora Szpitala, uprawnionego lekarza), niezależnie od uprawnień do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych.



6. W przypadku rażącego naruszenia Regulaminu Organizacyjnego, pacjent może być dyscyplinarnie wypisany przed planowanym zakończeniem leczenia, pod warunkiem, że nie zachodzi obawa, iż zaprzestanie leczenia szpitalnego może stanowić zagrożenie dla jego życia lub zdrowia.

## **DZIAŁ XV**

### **ORGANIZACJA PRZYJMOWANIA I ROZPATRYWANIA SKARG I WNIOSKÓW**

#### **§ 40**

1. Pacjent ma prawo zgłaszać uwagi oraz wnosić skargi i zażalenia dotyczące działalności SPWSZ kierownikowi komórki organizacyjnej Szpitala, ordynatorowi oddziału / lekarzowi kierującemu oddziałem, pielęgniarce oddziałowej/koordynującej.
2. Ponadto pacjentowi przysługuje prawo składania skarg i wniosków do:
  - Pełnomocnika Dyrektora ds. Praw Pacjenta,
  - Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa,
  - Dyrektora Szpitala,
  - Sekcji Skarg i Wniosków przy Narodowym Funduszu Zdrowia – Wojewódzkim Oddziale Zachodniopomorskim,
  - Biura Rzecznika Praw Pacjenta przy Ministerstwie Zdrowia.
3. W przypadku podejrzenia postępowania sprzecznego z zasadami etyki i deontologii zawodowej oraz naruszenia przepisów o wykonywaniu zawodu lekarza/ pielęgniarki, pacjent ma prawo do złożenia skargi na lekarza/pielęgniarkę do rzecznika odpowiedzialności zawodowej przy odpowiednich organach: Okręgowej Izbie Lekarskiej / Szczecińskiej Izbie Pielęgniarek i Położnych.
4. W przypadku podejrzenia postępowania sprzecznego z zasadami etyki zawodowej lub przepisami dotyczącymi wykonywania czynności diagnostyki laboratoryjnej, pacjent ma prawo do złożenia skargi na diagnostę laboratoryjnego do rzecznika dyscyplinarnego przy Krajowej Izbie Diagnostów Laboratoryjnych.
5. Skargi i wnioski mogą być wnoszone pisemnie oraz ustnie.
6. Szczegółowe informacje dotyczące miejsc i terminów przyjmowania skarg i wniosków zawarte są w Załączniku nr 4 do Karty Praw i Obowiązków Pacjenta, obowiązującej w SPWSZ, dostępnej we wszystkich komórkach organizacyjnych SPWSZ.
7. Skargi i wnioski nie zawierające imienia i nazwiska (nazwy) oraz adresu wnoszącego (skargi anonimowe) pozostawia się bez rozpatrzenia.
8. Skargi i wnioski powinny być rozpatrywane bez zbędnej zwłoki, nie później jednak niż w ciągu miesiąca od daty wpływu.
9. W razie nie załatwienia skargi lub wniosku w terminie określonym w ust. 8 powyżej, należy powiadomić stronę, podając przyczynę opóźnienia oraz wskazując nowy termin załatwienia sprawy.
10. Dokumentację dotyczącą skarg i wniosków pacjentów gromadzi i przechowuje Pełnomocnik Dyrektora ds. praw Pacjenta, który ewidencjonuje je w rejestrze.
11. Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa Szpitala dokonuje analizy przyjmowania, rozpatrywania i załatwiania skarg i wniosków.

## DZIAŁ XVI

### ZASADY UDOSTĘPNIANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

#### § 41

1. Udostępnienie dokumentacji medycznej odbywa się w trybie i na zasadach określonych w:
  - Ustawie z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta,
  - Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania,
  - Ustawie o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej z dnia 11 września 2015r.,
  - Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012r. w sprawie szczegółowego zakresu i trybu udzielania zakładom ubezpieczeń przez podmioty wykonujące działalność leczniczą informacji o stanie zdrowia ubezpieczonych lub osób, na rzecz których ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia, oraz sposobu ustalania wysokości opłat za udzielenie tych informacji,
  - Ustawie z dnia 28 kwietnia 2011r. o systemie informacji w ochronie zdrowia,
  - Ustawie z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej,
  - Ustawie z dnia 05 grudnia 1996r. o zawodzie lekarza i lekarza dentystry.
2. Szczegółowy tryb i zasady udostępniania dokumentacji medycznej w SPWSZ określa Zarządzenie Dyrektora w sprawie „zasad udostępniania dokumentacji medycznej pacjentów SPWSZ w Szczecinie”.
3. Dokumentacja medyczna jest udostępniana:
  - 1) do wglądu, w tym także do baz danych w zakresie ochrony zdrowia, w Kancelarii Szpitala;
  - 2) poprzez sporządzenie jej wyciągów, odpisów, kopii lub wydruków;
  - 3) poprzez wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, jeżeli uprawniony organ lub podmiot żąda udostępnienia oryginałów tej dokumentacji;
  - 4) za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej, w sposób określony przez Szpital i po spełnieniu warunków umożliwiających poprawną weryfikację wnioskodawcy i odbiorcy dokumentacji medycznej;
  - 5) na informatycznym nośniku danych.
4. W przypadku wydania oryginałów dokumentacji medycznej, w Szpitalu należy pozostawić kopię lub pełny odpis wydanej dokumentacji.
5. Dokumentacja medyczna może zostać udostępniona pacjentowi, jego przedstawicielowi ustawowemu lub osobie upoważnionej przez pacjenta, a w razie śmierci pacjenta - osobie przez niego upoważnionej za życia. Ponadto, dokumentacja udostępniana jest organom i podmiotom określonym w art. 26 ust. 3 i 4 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
6. Wnioski o udostępnienie dokumentacji medycznej składane są w Kancelarii Szpitala (Sekcji Organizacyjno - Prawnej).
7. Udostępnienie dokumentacji następuje na podstawie decyzji Dyrektora Szpitala lub osoby przez niego upoważnionej.
8. Udostępnienie dokumentacji powinno nastąpić w terminie nie dłuższym niż 7 dni roboczych od daty otrzymania wniosku o udostępnienie.
9. W sytuacjach nagłych, ze wskazań życiowych, dokumentacja medyczna udostępniana jest bez zbędnej zwłoki, w najszybszym możliwym terminie.
10. Kserokopie dokumentów / wyciągi / odpisy, podpisują za zgodność z oryginałem osoby sporządzające kserokopie, wyciągi, odpisy.
11. Koszty udostępniania dokumentacji ponoszą wnioskodawcy.

## **DZIAŁ XVII**

### **OBOWIĄZKI SZPITALA W PRZYPADKU ŚMIERCI PACJENTA**

#### **§ 42**

1. Zasady postępowania Szpitala w razie śmierci pacjenta reguluje Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 kwietnia 2012r. w sprawie sposobu postępowania podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne ze zwłokami pacjenta w przypadku śmierci pacjenta.
2. Szczegółowy tryb postępowania w przypadku śmierci pacjenta określa obowiązująca w SPWSZ „Procedura postępowania w przypadku zgonu pacjenta”. Procedura zawiera zasady powiadamiania osób upoważnionych, ustalania zasadności wykonania sekcji zwłok, przygotowania osoby zmarłej do wydania osobom upoważnionym do ich pochowania w sposób zapewniający zachowania godności należnej osobie zmarłej oraz sposób dokumentowania zgonu pacjenta w Szpitalu. Procedura reguluje szczegółowo:
  - główne zasady postępowania w przypadku śmierci pacjenta,
  - główne zasady postępowania dotyczące zwolnienia / poddania sekcji zwłok pacjenta,
  - obowiązki i kompetencje lekarza prowadzącego / dyżurnego w przypadku zgonu pacjenta,
  - obowiązki i kompetencje pielęgniarki / położnej w przypadku zgonu pacjenta,
  - zadania i obowiązki personelu pomocniczego w przypadku zgonu pacjenta.

## DZIAŁ XVIII

### ZASADY OPRACOWYWANIA I WYDAWANIA WEWNĘTRZNYCH AKTÓW NORMATYWNYCH

#### § 43

1. W Szpitalu obowiązują następujące, podstawowe wewnętrzne akty normatywne:
  - 1) **Zarządzenia Dyrektora** - stanowiące podstawowe, ogólne akty normatywne, będące źródłem wewnętrznych postanowień, kształtujących zasady postępowania we wszystkich sferach działalności Szpitala,
  - 2) **Polecenia Służbowe Dyrektora** - zawierające postanowienia o określonym zakresie i terminie realizacji.
2. Projekty wewnętrznych aktów normatywnych opracowują poszczególne komórki organizacyjne Szpitala, funkcjonalnie odpowiedzialne (wiodące) za określoną tematykę.
3. W uzasadnionych przypadkach komórka organizacyjna opracowująca projekt wewnętrznego aktu normatywnego zobowiązana jest:
  - dokonać niezbędnych uzgodnień z innymi komórkami organizacyjnymi w zakresie obejmującym obszary wspólne,
  - uzyskać akceptację kancelarii prawnej, prowadzącej obsługę Szpitala, pod kątem zgodności treści zawartej w projekcie wewnętrznego aktu z aktami normatywnymi wyższego rzędu.
4. Komórka organizacyjna opracowująca projekt wewnętrznego aktu normatywnego zobowiązana jest, przed przekazaniem go do Działu Organizacyjno - Prawnego, uzyskać akceptację właściwego merytorycznie Zastępcy Dyrektora lub Naczelniej Pielęgniarki (zgodnie z kompetencjami).
5. Projekt aktu normatywnego uzgodniony z właściwymi kierownikami komórek organizacyjnych przedkładany jest do podpisu Dyrektorowi.
6. Komórką uprawnioną do emisji podstawowych wewnętrznych aktów normatywnych – w formie dokumentu i w formie przekazu elektronicznego – jest Dział Organizacyjno - Prawny.
7. Oryginal aktu normatywnego przechowywany jest w Dziale Organizacyjno - Prawnym.
8. Wykazy obowiązujących podstawowych wewnętrznych aktów normatywnych, regulujących działalność Szpitala, dostępne są w sieci informatycznej Szpitala (na dysku „G” w folderze „Wewnętrzne akty normatywne”). Bieżącej aktualizacji wykazów dokonuje Dział Organizacyjno - Prawny.
9. Do ww. aktów normatywnych mogą być wydawane:
  - 1) zmiany wprowadzające inny tryb postępowania w ściśle określonej części danego aktu normatywnego,
  - 2) uzupełnienia, wprowadzające dodatkowe ustalenia lub rozwiązania organizacyjne.
10. Tok postępowania przy aktualizacji wewnętrznych aktów normatywnych jest taki sam, jak przy wydawaniu nowych.
11. Anulowanie wewnętrznego aktu normatywnego może nastąpić:
  - 1) na wniosek komórki wiodącej w tematyce, której ten akt dotyczy, zaakceptowany przez właściwego Zastępcę Dyrektora lub Naczelną Pielęgniarkę (zgodnie z kompetencjami) lub na wniosek innej komórki, skierowany do Działu Organizacyjno - Prawnego,
  - 2) poprzez opracowanie nowego aktu normatywnego o zmienionej treści, w trybie określonym w punktach 3.2 i 3.3 niniejszego rozdziału, z podaniem numeru aktu anulowanego.
12. Każdorazowe anulowanie wewnętrznego aktu normatywnego powinno być na bieżąco odnotowywane w wykazie obowiązujących aktów normatywnych.

13. Kierownicy komórek organizacyjnych są zobowiązani do bieżącego zapoznawania podległych pracowników z treścią aktów normatywnych, zarówno ogólnych, jak i dotyczących sfery ich działania.
14. Systematyczną kontrolę realizacji ustaleń/zasad zawartych w aktach normatywnych sprawują kierownicy komórek organizacyjnych i / lub pracownicy wyznaczeni przez Dyrektora, Zastępców Dyrektora lub Pielęgniarkę Naczelną.

#### § 44

1. Oprócz podstawowych aktów normatywnych w Szpitalu mogą być wydawane:
  - 1) instrukcje, procedury, standardy, itp.
  - 2) polecenia wynikające z nakazów pokontrolnych uprawnionych jednostek,
  - 3) pisma wg rozdzielnika, dotyczące określonej sfery działania.
2. Powyższe akty normatywne mogą być wydawane przez właściwych kierowników, zgodnie z ich kompetencjami w stosunku do stanowisk i komórek organizacyjnych podporządkowanych funkcjonalnie lub liniowo.
3. Instrukcje, procedury, standardy, itp., utrzymywane są w aktualności przez kompetentne komórki organizacyjne i udostępniane dla zainteresowanych przedstawicieli komórek organizacyjnych.
4. Sposób nadzoru i kontroli realizacji ustaleń, określany powinien być każdorazowo w w/w aktach normatywnych.

#### § 45

Wszystkie wewnętrzne akty normatywne powinny być przechowywane w zbiorze dokumentów organizacyjnych komórki. Stanowią one własność Szpitala i nie mogą być udostępniane na zewnątrz bez zgody Dyrektora. Za ochronę treści, wdrażanie, kontrolę realizacji zawartych w aktach normatywnych ustaleń odpowiedzialny jest kierownik komórki organizacyjnej.

## **DZIAŁ XIX**

### **PRZEKAZYWANIE AKT I CZYNNOŚCI PRZY DOKONYWANIU ZMIAN PERSONALNYCH**

#### **§ 46**

1. W przypadku zmian personalnych na stanowiskach kierowników / koordynatorów komórek organizacyjnych, istnieje bezwzględny obowiązek przekazywania akt i czynności na podstawie protokołu zdawczo-odbiorczego.
2. Protokół zdawczo-odbiorczy należy sporządzić w 4 egzemplarzach, z których po jednym egzemplarzu otrzymują:
  - 1) zdający,
  - 2) przejmujący,
  - 3) Dział Kadr i Płac,
  - 4) dana komórka organizacyjna (do dokumentacji organizacyjnej komórki).
3. Sporządzenie protokołu zdawczo-odbiorczego nie zwalnia zdających i przejmujących od dopełnienia wszelkich formalności, związanych z przenoszeniem lub zwalnianiem pracowników.

## **DZIAŁ XX**

### **OGÓLNE ZASADY PODPISYWANIA PISM NIE STANOWIĄCYCH AKTÓW NORMATYWNYCH**

#### **§ 47**

1. Do podpisywania wszystkich pism dotyczących obszaru działania Szpitala uprawniony jest Dyrektor Szpitala, który umocowany jest do samoistnej reprezentacji.
2. Podpisywanie pism, w tym m.in. umów i zamówień przez inne osoby wymaga pełnomocnictwa udzielonego przez Dyrektora.



**DZIAŁ XXI**  
**PEŁNOMOCNICTWA I UPOWAŻNIENIA**

**§ 48**

1. Pełnomocnictwa do dokonywania poszczególnych czynności lub pewnego rodzaju czynności w imieniu Szpitala udziela na piśmie Dyrektor.
2. Pełnomocnictwo musi zawierać wyraźne, pisemne umocowanie do dokonywania poszczególnych czynności prawnych lub pewnego rodzaju czynności prawnych w imieniu Szpitala.
3. Pełnomocnictwa podlegają ujawnieniu w Rejestrze Pełnomocnictw, znajdującym się w Dziale Kadr i Płac.
4. Oryginał pełnomocnictwa otrzymuje upoważniony pracownik. Kopie pełnomocnictwa przechowywane są:  
§ 1w Dziale Kadr i Płac,  
§ 2 w macierzystej komórce organizacyjnej pracownika upoważnionego.

**§ 49**

1. Przez upoważnienie rozumie się uprawnienie do działania w imieniu kierownika komórki organizacyjnej nadane innemu pracownikowi tej komórki. Takie upoważnienie nie daje prawa do działania w imieniu Szpitala na zewnątrz.
2. Upoważnienia mogą być wydawane przez kierowników wszystkich szczebli zarządzania i powinny określać konkretne czynności objęte upoważnieniem.

**§ 50**

1. Udzielone pełnomocnictwa i upoważnienia są nierozzerwalnie związane z osobami, które je otrzymały oraz z zajmowanymi przez nie stanowiskami.
2. Za bieżącą aktualizację pełnomocnictw i upoważnień, niezbędnych do prawidłowej działalności komórki organizacyjnej, odpowiedzialny jest jej kierownik. Jest on również zobowiązany do poinformowania Działu Kadr i Płac o wygaśnięciu pełnomocnictwa lub upoważnienia na skutek śmierci pracownika, rozwiązania stosunku pracy z upoważnionym pracownikiem lub zmiany przez niego stanowiska pracy. Dokument pełnomocnictwa i upoważnienia po jego wygaśnięciu podlega zwrotowi do Działu Kadr i Płac.

## **DZIAŁ XXII**

### **UDZIELANIE INFORMACJI O SZPITALU**

#### **§ 51**

1. Udzielanie informacji przez osoby upoważnione następuje zgodnie z ustawą z dnia 6 września 2001r. o dostępie do informacji publicznej.
2. Informacje o Szpitalu osobom fizycznym i prawnym, organizacjom i instytucjom, w tym przedstawicielom środków masowego przekazu, udzielane są przez Dyrektora, jego Zastępców i Rzecznika Prasowego.
3. Inne osoby mogą udzielać informacji o Szpitalu w określonym zakresie tylko na podstawie upoważnienia otrzymanego od Dyrektora lub jego Zastępców.
4. Nieujawnione do wiadomości publicznej informacje techniczne, technologiczne, organizacyjne lub inne informacje posiadające wartość gospodarczą, co do których Szpital podjął niezbędne działania w celu zachowania ich poufności, traktuje się jako tajemnicę Szpitala.
5. Przekazywanie lub ujawnianie osobom trzecim informacji stanowiących tajemnicę Szpitala jest zabronione, za wyjątkiem sytuacji przewidzianych w obowiązujących przepisach.
6. Zabronione jest rozpowszechnianie nieprawdziwych lub wprowadzających w błąd wiadomości o osobach kierujących Szpitalem, sytuacji gospodarczej lub prawnej oraz wszystkich sferach działalności Szpitala.

**DZIAŁ XXIII**  
**OPŁATY POBIERANE PRZEZ SZPITAL**

**§ 52**

1. SPWSZ pobiera opłaty w następujących przypadkach:
  - za udzielone świadczenia zdrowotne inne niż finansowane ze środków publicznych,
  - za udostępnienie dokumentacji medycznej (wydanie odpisu, wypisu, kserokopii),
  - za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny.
2. Wysokość opłat z w/w tytułów określona jest w Cenniku, stanowiącym **Załącznik Nr 2** do niniejszego Regulaminu, dostępnym również na stronie internetowej Szpitala pod adresem [www.spwsz.szczecin.pl](http://www.spwsz.szczecin.pl).

## DZIAŁ XXIV

### MONITORING WIZYJNY W SAMODZIELNYM PUBLICZNYM WOJEWÓDZKIM SZPITALU ZESPOLONYM W SZCZECINIE

#### § 53

1. W SPWSZ funkcjonuje system monitoringu wizyjnego.
2. Cel zastosowania monitoringu, ogólne zasady montażu monitoringu, funkcjonowanie i obsługa monitoringu, monitoring w przestrzeniach udzielania świadczeń zdrowotnych, rejestrowanie danych w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, udostępnianie, zabezpieczenie obszarów objętych monitoringiem zawarte są w „Regulaminie Monitoringu Wizyjnego w Samodzielnym Publicznym Wojewódzkim Szpitalu Zespołowym W Szczecinie”, stanowiącym **Załącznik Nr 3** do Regulaminu Organizacyjnego.

**DZIAŁ XXV**  
**POSTANOWIENIA KOŃCOWE**

**§ 54**

1. Regulamin Organizacyjny ustalany jest przez Dyrektora, po zasięgnięciu opinii Rady Społecznej Szpitala.
2. Regulamin Organizacyjny wprowadzany jest do stosowania Zarządzeniem Dyrektora.
3. Tryb postępowania przy wprowadzaniu zmian w Regulaminie Organizacyjnym jest następujący:
  - potrzebę zmiany inicjator zgłasza drogą służbową do Sekcji Organizacyjno - Prawnej, która również może być inicjatorem zmiany,
  - Sekcja Organizacyjno - Prawna, po zasięgnięciu odpowiednich opinii, opracowuje zmianę od strony formalnej w celu przedstawienia propozycji zmiany Dyrektorowi.
4. W sprawach nieuregulowanych niniejszym Regulaminem zastosowanie mają odrębne przepisy i uregulowania wewnętrzne.
5. Podanie Regulaminu do wiadomości pacjentów następuje poprzez udostępnienie go, na wniosek pacjenta we wszystkich komórkach organizacyjnych Szpitala, a także na stronie internetowej [www.spwsz.szczecin.pl](http://www.spwsz.szczecin.pl).
6. Postanowienia Regulaminu zostają podane do wiadomości wszystkich zatrudnionych w SPWSZ.

*Załącznik Nr 1*  
*do Regulaminu Organizacyjnego Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Zespólnego Szczecinie*

**SCHEMAT RAMOWEJ STRUKTURY ORGANIZACYJNEJ  
SAMODZIELNEGO PUBLICZNEGO WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA ZESPOLONEGO  
W SZCZECINIE**

*Załącznik Nr 2*  
*do Regulaminu Organizacyjnego Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego Szczecinie*

**CENNIK**  
**SAMODZIELNEGO PUBLICZNEGO WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA ZESPOLONEGO**  
**W SZCZECINIE**

*Załącznik Nr 3*  
*do Regulaminu Organizacyjnego Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Zespólnego Szczecinie*

**REGULAMIN MONITORINGU WIZYJNEGO  
W SAMODZIELNYM PUBLICZNYM WOJEWÓDZKIM SZPITALU ZESPOLONYM  
W SZCZECINIE**