

REGULAMIN ORGANIZACYJNY
SZPITALA WOJEWÓDZKIEGO W POZNANIU



**JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA
SAMORZĄDU
WOJEWÓDZTWA
WIELKOPOLSKIEGO**

Poznań, 2 października 2023 roku

Spis treści

Postanowienia ogólne	5
Rozdział II.....	6
Miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych	6
Rozdział III.....	7
Organizacja wewnętrzna	7
Rozdział IV.....	8
Przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych.....	8
§ 7 Realizacja świadczeń zdrowotnych.....	8
§ 8 Udzielanie świadczeń zdrowotnych.....	9
§ 9 Świadczenia opieki zdrowotnej.....	10
§ 10 Przebieg udzielania ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych	11
§ 11 Realizacja badań w pracowniach diagnostycznych i zabiegowych z wyłączeniem badań radiologicznych.....	12
§ 12 Realizacja radiologicznych badań diagnostycznych	13
§ 13 Przebieg udzielenia świadczeń zdrowotnych innych niż szpitalne	14
§ 14 Świadczenia rehabilitacji leczniczej	14
§ 15 Świadczenia opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.....	15
§ 16 Przebieg udzielania świadczeń szpitalnych	16
§ 17 Przebywanie pacjenta w Szpitalu	17
§ 18 Depozyt rzeczy Pacjenta	18
§ 19 Zaopatrywanie pacjentów w znaki identyfikacyjne	19
§ 20 Prawa i obowiązki pacjenta	19
§ 21 Warunki przekazywania informacji o pacjencie.....	19
§ 22 Prowadzenie dokumentacji medycznej	20
§ 23 Odstąpienie od leczenia i odmowa przyjęcia pacjenta do szpitala	20
§ 24 Uzyskiwanie zgody pacjenta na zabieg operacyjny, badania diagnostyczne.....	21
§ 25 Zasady przekazywania pacjentów kolejnym zmianom	21
§ 26 Zasady przekazywania pacjenta pomiędzy oddziałami Szpitala lub i do innych podmiotów leczniczych w celu dalszej konsultacji lub specjalistycznego leczenia.	22
§ 27 Zasady przemieszczenia się pacjentów wewnątrz i na zewnątrz Szpitala	22
§ 28 Transport sanitarny pacjentów.....	23
§ 29 Wypisanie pacjenta ze Szpitala	24
§ 30 Obowiązki Szpitala w razie śmierci pacjenta	26
Rozdział V	26
Przebieg udzielania świadczeń w razie pobierania opłat	26

Rozdział VI.....	27
Zarządzanie Szpitalem i sposób kierowania komórkami organizacyjnymi	27
Rozdział VII.....	31
Zastępcy Dyrektora.....	31
§ 41 Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa Szpitalnego	31
§ 42	32
Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa Rehabilitacyjnego, Długoterminowego, Psychiatrycznego i Ambulatoryjnego	32
§ 43 Zastępca Dyrektora ds. Finansowych.....	33
§ 44 Zastępca Dyrektora ds. Personalnych, Jakości i Marketingu	34
§ 45 Zastępca Dyrektora ds. Inwestycyjno – Technicznych	34
§ 46 Zastępca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa	35
Rozdział VIII	36
Komórki organizacyjne podległe bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala	36
§ 47 Asystent Dyrektora	36
§ 48 Dział Organizacji i Monitoringu Procesów Zarządczych.....	37
§ 49 Dział Prawny i Kontroli Wewnętrznej	39
§ 50 Dział Zamówień Publicznych	40
§ 51 Biuro Pełnomocników i Samodzielnych Stanowisk.....	40
§ 52 Dział Sprzedaży i Statystyki Medycznej.....	46
§ 53 Inspektorat BHP	48
§ 54 Audytor wewnętrzny.....	49
§ 55 Kapelan.....	50
Rozdział IX	50
Komórki organizacyjne w poszczególnych pionach	50
Pion Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa Szpitalnego	50
§ 56 Komórki organizacyjne działalności medycznej.....	50
§ 57 Komórki organizacyjne działalności medycznej.....	50
Pion Zastępcy Dyrektora ds. Finansowych.....	50
§ 58 Główny Księgowy	50
§ 59 Dział Controllingu, Analiz i Planowania Finansowego	52
Pion Zastępcy Dyrektora ds. Personalnych, Jakości i Marketingu	52
§ 60 Dział Jakości i Marketingu	52
§ 61 Dział Informatyki	54
§ 62 Dział Zaopatrzenia.....	55
§ 63 Manager HR.....	57

Pion Zastępcy Dyrektora ds. Inwestycyjno – Technicznych	58
§ 64 Dział Techniczny	58
§ 65 Dział Gospodarczy i Logistyki	60
§ 66 Dział Żywnienia.....	61
§ 67 Główny Energetyk.....	61
§ 68 Samodzielne stanowisko ds. ppoż.....	62
Pion Zastępcy Dyrektora ds. Pielęgniarstwa	62
§ 69 Przełożony Pielęgniarek i Położnych	62
§ 70 Pielęgniarki Oddziałowe/Położna Oddziałowa/ Pielęgniarki Koordynujące.....	62
§ 71 Pielęgniarki i położne.....	63
§ 72 Ratownicy medyczni	64
§ 73 Opiekunowie medyczni	64
§ 74 Dział Higieny Szpitalnej.....	65
Rozdział X	66
Udostępnianie dokumentacji medycznej i wysokość opłat za udostępnianie	66
Rozdział XI	69
Sposób postępowania ze zwłokami osób zmarłych w Szpitalu	69
Rozdział XII	69
Rozpatrywanie skarg pacjentów	69
Rozdział XIII	71
Postanowienia końcowe	71

SZPITAL
WOJEWÓDZKI W POZNANIU

Rozdział I

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Niniejszy Regulamin Organizacyjny, zwany dalej „Regulaminem” jest opracowany dla podmiotu leczniczego działającego w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej działającego pod nazwą Szpital Wojewódzki w Poznaniu z siedzibą przy ul. Juraszów 7-19, 60-479 Poznań, zwany dalej „Szpitalem”, dla którego podmiotem tworzącym jest Województwo Wielkopolskie.
2. Regulamin określa cele i zadania Szpitala, szczegółową strukturę, organizację pracy i zasady działania jednostek i komórek organizacyjnych Szpitala, w tym zasady funkcjonowania, kierowania i sprawowania nadzoru oraz zakresy zadań.
3. Szpital może prowadzić działalność gospodarczą z zastrzeżeniem, iż nie może ona ograniczać dostępności i poziomu świadczeń zdrowotnych udzielanych osobom uprawnionym na podstawie odrębnych przepisów.
4. Szpital dąży do podnoszenia jakości udzielanych usług głównie przez monitorowanie jakości udzielanych świadczeń, podnoszenie kwalifikacji kadry zatrudnionej w Szpitalu oraz przestrzeganie praw pacjenta.
5. Postanowienia Regulaminu dotyczą wszystkich pracowników Szpitala i innych osób realizujących zadania w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych niezależnie od formy zatrudnienia oraz pacjentów korzystających z tych świadczeń i ich odwiedzających.
6. Szpital oraz wszyscy jego pracownicy realizują zadania obronne wynikające z ustawy z dnia 11 marca 2022 roku *o obronie Ojczyzny* (t.j. Dz.U z 2022 poz. 655) oraz aktualnie obowiązującymi aktami wykonawczymi do tej ustawy.

§ 2

1. Nadrzędnym celem Szpitala jest wykonywanie działalności leczniczej poprzez udzielanie świadczeń zdrowotnych polegających na zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia oraz profilaktyce i promocji zdrowia osobom korzystającym z tych świadczeń.
2. Zadania realizowane przez Szpital to świadczenia zdrowotne w zakresie opieki stacjonarnej i całodobowej szpitalnej, stacjonarnej i całodobowej innej niż szpitalnej oraz ambulatoryjnej w szczególności:
 - 1) udzielanie świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego w ramach posiadanych specjalności,
 - 2) udzielanie świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej w ramach posiadanych specjalności,
 - 3) udzielanie świadczeń w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień w ramach posiadanych specjalności,
 - 4) udzielanie świadczeń w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w ramach posiadanych specjalności,
 - 5) udzielanie świadczeń w zakresie pomocy doraźnej,
 - 6) udzielanie świadczeń diagnostycznych,
 - 7) orzekanie o stanie zdrowia,
 - 8) prowadzenie działalności w zakresie promocji zdrowia,

- 9) przygotowywanie osób do wykonywania zawodów medycznych i dokształcania osób wykonujących te zawody zwłaszcza poprzez prowadzenie staży podyplomowych, specjalizacyjnych, rezydentur na warunkach określonych w odrębnych przepisach oraz praktyk zawodowych i zajęć praktycznych,
 - 10) organizowanie w ustalonym zakresie opieki medycznej w sytuacjach awaryjnych i klęsk żywiołowych.
3. Każdy pacjent Szpitala uzyskuje świadczenie zdrowotne zgodnie ze swoimi potrzebami zdrowotnymi, aktualnym stanem wiedzy medycznej, z wykorzystaniem odpowiednich w danej sytuacji czynności zapobiegawczych, diagnostycznych i leczniczych.
 4. Świadczenia zdrowotne udzielane są przez pracowników Szpitala posiadających odpowiednie kwalifikacje, zgodnie z zakresem kompetencji oraz kodeksem etyki zawodowej.
 5. Szpital współdziała z innymi podmiotami leczniczymi, administracją rządową i samorządową, ze szkołami, z placówkami naukowo – badawczymi, samorządami zawodów medycznych oraz organizacjami społecznymi i stowarzyszeniami naukowymi w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji pacjentów oraz ciągłości przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych.

§ 3

1. Szpital posługuje się ujednoczonym systemem identyfikacji marketingowej obejmującej założenia strategiczne Szpitala w tym: misję, wizję i kluczowe wartości oraz system identyfikacji wizualnej.
2. Misja Szpitala Wojewódzkiego zawarta jest w Załączniku nr 4 do Regulaminu Organizacyjnego.
3. Wizja Szpitala Wojewódzkiego zawarta jest w Załączniku nr 5 do Regulaminu Organizacyjnego.
4. Kluczowe wartości Szpitala Wojewódzkiego zawarte są w Załączniku nr 6 do Regulaminu Organizacyjnego.
5. System identyfikacji wizualnej Szpitala określa Księga Znaków – zasady i reguły ekspozycji logotypu Szpitala zawiera Załącznik nr 7 do Regulaminu.
6. Szpital posługuje się systemem skrótów, nadanych komórkom organizacyjnym i niektórym stanowiskom, stosowanym w wewnętrznym obiegu Szpitala, określonym w Załączniku nr 8 do Regulaminu Organizacyjnego.

Rozdział II

Miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych

§ 4

Szpital udziela świadczeń zdrowotnych w następujących lokalizacjach:

1. ul. Juraszów 7-19, 60-479 Poznań (pod nazwą: Szpital Wojewódzki w Poznaniu *Filia nr 1 - Wielkopolskie Centrum Specjalistyczne lub nazwą skróconą – Filia nr 1*),
2. ul. Sanatoryjna 34, 64-600 Kowanówko (pod nazwą: Szpital Wojewódzki w Poznaniu *Filia nr 2 - Szpital Rehabilitacyjno-Kardiologiczny w Kowanówku lub nazwą skróconą – Filia nr 2*),

3. ul. Sanatoryjna 2, 60-480 Poznań (pod nazwą: Szpital Wojewódzki w Poznaniu *Filia nr 3 Wielkopolskie Centrum Rehabilitacyjne lub pod nazwą skróconą – Filia nr 3*),

Rozdział III

Organizacja wewnętrzna

§ 5

1. Strukturę Szpitala tworzy pion działalności medycznej oraz działalności pomocniczej.
2. Wyodrębnia się następujące zakłady lecznicze:
 - 1) **„Zakład Usług Szpitalnych”**, w którym Szpital wykonuje działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne szpitalne,
 - 2) **„Zakład Usług Stacjonarnych”**, w którym Szpital wykonuje działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne - inne niż szpitalne;
 - 3) **„Zakład Usług Ambulatoryjnych”**, w którym Szpital wykonuje działalność leczniczą w rodzaju ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne.

§ 6

1. Schemat organizacyjny Szpitala przedstawia Załącznik nr 1 do Regulaminu.
2. Wykaz komórek działalności podstawowej przedstawia Załącznik nr 2 do Regulaminu. Dodatkowe informacje dot. poszczególnych komórek działalności medycznej Szpitala zawarte są w załącznikach 2.1.1. – do 2.8.1 do Regulaminu.

SZPITAL
WOJEWÓDZKI W POZNANIU

Rozdział IV

Przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych

§ 7

Realizacja świadczeń zdrowotnych

1. Szpital realizuje świadczenia opieki zdrowotnej w trybie nagłym - poza kolejnością lub w trybie planowym, zgodnie z kolejnością wyznaczoną w liście oczekujących. W zależności od stwierdzonego przez lekarza kierującego stanu zdrowia, potwierdzonego przez lekarza oddziału lub poradni pacjenta wpisuje się do listy oczekujących w kategorii „pilny” lub „stabilny” i wyznacza termin przyjęcia na leczenie.
2. Osoby uprawnione do korzystania poza ze świadczeń zdrowotnych poza kolejnością na oddziałach szpitalnych, rehabilitacyjnych, opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień oraz w poradniach AOS:
 - 1) zasłużeńi Honorowi Dawcy Krwi i Zasłużeńi Dawcy Przeszczepu,
 - 2) inwalidzi wojenni,
 - 3) inwalidzi wojskowi,
 - 4) kombatancki,
 - 5) kobiety w ciąży,
 - 6) chorzy do 18 r.ż., u których stwierdzono ciężki i nieodwracalny upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu,
 - 7) działacze opozycji antykomunistycznej,
 - 8) osoby posiadające orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności,
 - 9) osoby posiadające orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji,
 - 10) osoby represjonowane z powodów politycznych,
 - 11) osoby deportowane do pracy przymusowej,
 - 12) uprawnieni żołnierze i pracownicy oraz weterani poszkodowani - w zakresie leczenia urazów i chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państw.
3. Korzystanie poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej w szpitalach oraz ze świadczeń w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej oznacza, że:
 - 1) oddziały i poradnie udzielają tych świadczeń poza kolejnością przyjęć wynikającą z prowadzonej listy oczekujących,
 - 2) przyjęcie na leczenie następuje w dniu zgłoszenia,
 - 3) w przypadku, gdy udzielenie świadczenia nie jest możliwe w dniu zgłoszenia, wyznacza się inny termin poza kolejnością przyjęć wynikającą z prowadzonej listy oczekujących,
 - 4) świadczenie z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej nie może być udzielone w terminie późniejszym niż w ciągu 7 dni roboczych od dnia zgłoszenia.

4. Podstawą uzyskania świadczeń poza kolejnością jest okazanie właściwego dokumentu potwierdzającego uprawnienie oraz w przypadku: leczenia stacjonarnego, dziennego, i badań tomografii komputerowej przedłożenia skierowania na leczenie.

§ 8

Udzielanie świadczeń zdrowotnych

1. Szpital udziela świadczenia opieki zdrowotnej ze środków publicznych osobom ubezpieczonym oraz innym osobom uprawnionym do korzystania z tych świadczeń na podstawie odrębnych przepisów, a także za całkowitą odpłatnością.
2. Świadczenia zdrowotne udzielane są wyłącznie przez osoby wykonujące zawody medyczne oraz spełniające wymagania kwalifikacyjne określone w odrębnych przepisach.
3. Jeśli osoba zgłaszająca się do Szpitala potrzebuje natychmiastowego udzielenia pomocy medycznej ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia, Szpital ma obowiązek udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej i żadne okoliczności nie mogą stanowić podstawy do ich odmowy.
4. Aby skorzystać z bezpłatnych świadczeń zdrowotnych należy przedstawić w miejscu rejestracji przyjęć na leczenie dowód tożsamości z numerem PESEL celem sprawdzenia w elektronicznym systemie weryfikacji uprawnień świadczeniobiorców (eWUŚ).
5. W przypadku negatywnej weryfikacji pacjent powinien przedłożyć aktualny dokument potwierdzający ubezpieczenie, dokumentem tym może być:
 - 1) dla osoby zatrudnionej na podstawie umowy o pracę:
 - a) druk ZUS RMUA,
 - b) aktualne zaświadczenie z zakładu pracy,
 - c) legitymacja ubezpieczeniowa wraz z aktualnym wpisem i pieczętą
 - 2) dla osoby prowadzącej działalność gospodarczą – aktualny dowód wpłaty składki na ubezpieczenie zdrowotne,
 - 3) dla osoby ubezpieczonej w KRUS – legitymacja KRUS lub zaświadczenie o podleganiu ubezpieczeniu zdrowotnemu, a w przypadku obowiązku opłacania składki na ubezpieczenie zdrowotne, dokument potwierdzający jej opłacenie za poprzedni miesiąc,
 - 4) dla emerytów i rencistów – legitymacja emeryta lub rencisty lub aktualny odcinek emerytury lub renty,
 - 5) dla osoby bezrobotnej – aktualne zaświadczenie z Urzędu Pracy lub legitymacja ubezpieczeniowa wraz z aktualnym wpisem i pieczętą,
 - 6) dla osoby ubezpieczonej dobrowolnie – umowa zawarta z NFZ wraz z aktualnym dowodem uiszczenia składki,
 - 7) dla członka rodziny osoby ubezpieczonej:
 - a) druk ZUS ZCZA lub ZUS ZCNA z aktualną pieczętą pracodawcy,
 - b) legitymacja rodzinna,
 - c) aktualne zaświadczenie z zakładu pracy,
 - d) legitymacja emeryta lub rencisty z wpisanymi członkami rodziny wraz z aktualnym odcinkiem emerytury lub renty,

- 8) dla osoby uprawnionej z innego państwa członkowskiego, przebywającej czasowo na terytorium Polski:
 - a) EKUZ – Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego,
 - b) certyfikat zastępczy,
 - c) poświadczenie wydane przez NFZ,
 - 9) dla osoby, która ma wsparcie finansowe z pomocy społecznej, powinna przedstawić decyzję wójta, burmistrza lub prezydenta miasta o tym, że dostają pieniądze z gminy; decyzja musi zwierać numer PESEL osoby uprawnionej do świadczeń,
 - 10) kobiety w ciąży powinny przedstawić zaświadczenie od lekarza, że spodziewa się dziecka, przy czym należy przedstawić dowód tożsamości.
6. W przypadku nie posiadania przez pacjenta żadnego dokumentu potwierdzającego ubezpieczenie, a z ustnych ustaleń wynika, że jest ubezpieczony, pacjent ma prawo do złożenia pisemnego oświadczenia o przysługującym mu prawie do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych.
 7. Bezpłatnie, niezależnie od uprawnień, udziela się świadczeń związanych z ciążą, położeniem i porodem, lub osobom, które nie ukończyły 18 roku życia.

§ 9

Świadczenia opieki zdrowotnej

1. Świadczenia opieki zdrowotnej w Szpitalu, zarówno ambulatoryjne, jak i stacjonarne udzielane są według ustalonej kolejności w dniach i godzinach ich udzielania.
2. Celem ustalenia terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej każda komórka organizacyjna, realizująca świadczenia finansowane ze środków publicznych zobowiązana jest do prowadzenia harmonogramu przyjęć, w tym list oczekujących. Pacjent zostaje wpisany na listę oczekujących, jeżeli świadczenie nie może być udzielone w dniu zgłoszenia. Listy oczekujących prowadzi się w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz zgodnie z kryteriami medycznymi określonymi w powszechnie obowiązujących przepisach prawa.
3. Komórki organizacyjne Szpitala ustalają kolejność udzielania świadczenia w trybie planowym na podstawie skierowania na leczenie, terminu zgłoszenia się pacjenta i kwalifikacji do odpowiedniej kategorii medycznej: „pilny” lub „stabilny” dokonanej przez lekarza oddziału lub poradni. pisemnie informują pacjenta o terminie udzielenia świadczenia oraz za zgodą pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego wpisują dane:
 - 1) numer kolejny,
 - 2) datę i godzinę wpisu,
 - 3) identyfikator skierowania,
 - 4) imię i nazwisko pacjenta,
 - 5) numer PESEL, a w przypadku jego braku – serię i numer paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość świadczeniobiorcy,
 - 6) rozpoznanie lub powód przyjęcia,
 - 7) adres pacjenta,
 - 8) numer telefonu lub oznaczenie innego sposobu komunikacji z pacjentem lub jego opiekunem,

- 9) termin udzielenia świadczenia,
 - 10) imię i nazwisko osoby dokonującej wpisu.
4. Skierowanie na leczenie w trybie planowym, będące podstawą wpisu do listy oczekujących do dnia przyjęcia na leczenie jest przechowywane w komórce organizacyjnej prowadzącej listę, a później dołączane do dokumentacji medycznej pacjenta.
 5. W sytuacji zapisu na listę oczekujących telefonicznie lub drogą elektroniczną (e-mail) pacjent jest zobowiązany w ciągu 14 dni od dnia zapisu dostarczyć na właściwy oddział lub do rejestracji do poradni oryginał skierowania na leczenie. Nie zachowanie terminu jest podstawą skreślenia z listy oczekujących.
 6. Równocześnie w prowadzonej liście, o której mowa wyżej należy dokonywać systematycznego wpisu informującego o dacie i przyczynie skreślenia pacjenta z prowadzonej listy oczekujących na udzielenie świadczenia.
 7. W razie wystąpienia okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili ustalania terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, a które uniemożliwiają zachowanie terminu wynikającego z listy oczekujących, pracownik komórki organizacyjnej prowadzącej listę oczekujących (oddział, rejestracja Przychodni Wielospecjalistycznej, rejestracja poradni) informuje pacjenta w każdy dostępny sposób o zmianie terminu udzielenia świadczenia.
 8. Osoba wpisana do harmonogramu przyjęć, w tym do listy oczekujących powinna zgłosić się na leczenie w wyznaczonym terminie, a w przypadku nie możliwości przybycia powiadomić o tym fakcie właściwy sekretariat oddziału lub rejestrację poradni.

§ 10

Przebieg udzielania ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych

1. Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych w trybie planowym są udzielane na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Skierowanie nie jest wymagane do Poradni Położniczo – Ginekologicznej i Poradni Dermatologicznej w zakresie wenerologii.
2. Skierowanie nie jest również wymagane od:
 - 1) inwalidów wojennych i wojskowych, osób represjonowanych, kombatantów, żołnierzy zastępczej służby wojskowej, działaczy opozycji antykomunistycznej i osób represjonowanych z powodów politycznych oraz osób deportowanych do pracy przymusowej, cywilnych niewidomych ofiar działań wojennych,
 - 2) uprawnionego żołnierza lub pracownika, w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa,
 - 3) weterana poszkodowanego, w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa,
 - 4) osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności,
 - 5) osób o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniem: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji,
 - 6) od osób przyjmowanych w trybie nagłym.

3. Zapisy do harmonogramów przyjęć, w tym do list oczekujących oraz ustalanie terminów wizyty odbywają się w drodze zgłoszenia osobistego, za pośrednictwem osób trzecich, telefonicznego lub drogą elektroniczną:
 - 1) do poradni w Filii nr 1 w Rejestracji do Przychodni Wielospecjalistycznej tel. 61 82 12 414 lub drogą elektroniczną korzystając z modułu e-rejestracja znajdującego się na stronie www.lutycka.pl pilotażowo do Poradni Ginekologiczno – Położniczej,
 - 2) do Poradni Kardiologicznej w Filii nr 2 w Rejestracji do Poradni tel. 61 297 34 51, e-mail: skierowania@kowanowko.pl,
 - 3) do Poradni Kardiologicznej w Filii nr 3 w Rejestracji do Poradni tel. 61 846 82 50.
4. Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne udzielane są według kolejności zgłoszenia oraz zgodnie z kryteriami medycznymi.
5. Informacje o godzinach pracy poradni i lekarzy udzielających ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych umieszczone są w poszczególnych lokalizacjach w miejscach ogólnie dostępnych, na drzwiach do gabinetów poradni oraz na stronie www.lutycka.pl.
6. Pacjent skierowany do poradni powinien posiadać komplet badań diagnostycznych należących do kompetencji lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, potwierdzających rozpoznanie będące podstawą skierowania.
7. Lekarz specjalista decyduje o liczbie kolejnych porad kontrolnych.
8. W przypadku długotrwałego leczenia w poradni specjalistycznej skierowanie od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego wymagane jest tylko przy pierwszej wizycie i jest ważne do zakończenia procesu leczniczego. W przypadku przerwy w leczeniu trwającej ponad 12 miesięcy wymaga się ponownego skierowania do poradni. Badania specjalistyczne zapewnia lekarz w takim zakresie, jaki przewiduje procedura leczenia danego schorzenia i konkretna potrzeba diagnozowania choroby.
9. O przejęciu pacjenta lekarz udzielający ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych informuje pisemnie lekarza POZ.
10. Lekarz udzielający ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych jest zobowiązany do bieżącego prowadzenia dokumentacji medycznej pacjenta.
11. Dodatkowe informacje opisane są w załącznikach nr 2.4.1 - 2.4.4 niniejszego regulaminu.
12. Ambulatoryjne przyjęcia w trybie nagłym realizowane są w godzinach funkcjonowania:
 - a) w Poradniach Kardiologicznych: w Filii nr 2 i 3,
 - b) w Poradniach: Okulistycznej, Laryngologicznej, Dermatologicznej: w Filii nr 1,
13. W pozostałym zakresie oraz poza godzinami funkcjonowania poradni wymienionych w ustępie 2, świadczenia w trybie nagłym realizowane są w Filii nr 1 w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym lub w Poradni Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej. Szczegółowe zasady udzielania świadczeń zdrowotnych w ww. komórkach określone są w Załączniku nr 2 do niniejszego Regulaminu.

§ 11

Realizacja badań w pracowniach diagnostycznych i zabiegowych z wyłączeniem badań radiologicznych

1. Badania diagnostyczne i zabiegowe, służące ustaleniu prawidłowej diagnozy i leczeniu pacjenta wykonywane są przez:

- 1) Pracownie Szpitala,
 - 2) inne jednostki zajmujące się diagnostyką poza Szpitalem, w sytuacji, gdy wykonanie badań nie jest możliwe na miejscu.
2. Rodzaje badań diagnostycznych i zabiegowych, które powinny być wykonane pacjentowi ustala lekarz prowadzący, w zakresie niezbędnym do prawidłowego diagnozowania i leczenia.
 3. Wszystkie badania diagnostyczne wykonywane są na podstawie skierowania wystawionego przez lekarzy Szpitala.
 4. Do badania lub pobrania materiału do badań, pacjent powinien być odpowiednio przygotowany pod względem fizycznym i psychicznym oraz zgodnie z procedurami medycznymi i zasadami zapobiegania zakażeniom.
 5. Po ustaleniu terminu badania pacjent otrzymuje z pracowni informacje o sposobie przygotowania się do badania.
 6. Badania powinny być wykonywane bez zbędnej zwłoki. W uzasadnionych przypadkach (np. ze względu na konieczność odpowiedniego przygotowania pacjenta, specyfikę badania itp.) badania mogą być wykonywane w terminie późniejszym.
 7. Badania, z uwagą na skierowaniu "pilne" powinny być wykonywane niezwłocznie w pierwszym wolnym terminie.
 8. Wykonywane badania są zlecane przez szpitalny system informatyczny, rejestrowane w odpowiednich pracowniach, a po przeprowadzonym badaniu zostaje umieszczony odpowiedni opis badania diagnostycznego.
 9. Pracownie diagnostyczne i zabiegowe są dostępne w czasie podstawowej ordynacji Szpitala zgodnie z załącznikiem nr 2 do Regulaminu.
 10. Badania diagnostyczne wykonywane są także na podstawie podpisanych umów z innymi podmiotami leczniczymi.

§ 12

Realizacja radiologicznych badań diagnostycznych

1. Radiologiczne badania diagnostyczne są wykonywane:
 - 1) w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej w Filii nr 1 (dotyczy pacjentów skierowanych na badanie w ramach leczenia ambulatoryjnego lub pacjentów hospitalizowanych),
 - 2) w oddziałach, w razie konieczności przy łóżku pacjenta,
 - 3) na Bloku Operacyjnym podczas zabiegu operacyjnego (o ile wystąpi taka konieczność).
 - 4) w Pracowni RTG w Filii nr 2.
2. Pacjent hospitalizowany jest przyprowadzany lub przewożony z oddziału do Zakładu Diagnostyki Obrazowej/Pracowni RTG, w zależności od zaleceń lekarza, pod opieką pielęgniarki, sanitariusza, opiekuna medycznego.
3. Badania radiologiczne pacjentów hospitalizowanych wykonywane są według ustalonego planu, na podstawie wcześniejszych zgłoszeń z oddziałów.
4. W uzasadnionych przez lekarza przypadkach, ze względu na stan zdrowia pacjenta, badania radiologiczne mogą być wykonywane w trybie pilnym, poza ustalonym planem.
5. Wykonywane badania są zlecane przez szpitalny system informatyczny, rejestrowane w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej, a po przeprowadzonym badaniu zostaje umieszczony

odpowiedni opis badania diagnostycznego w systemie.

6. Każdy wynik w postaci papierowej jest opisywany przez lekarza radiologa z jego podpisem i pieczętą.
7. Inspektor Ochrony Radiologicznej odpowiada za bezpieczeństwo pacjenta i personelu w zakresie ochrony radiologicznej, w związku z wykonywanymi badaniami radiologicznymi.

§ 13

Przebieg udzielenia świadczeń zdrowotnych innych niż szpitalne

W Szpitalu udzielane są następujące świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne:

- 1) świadczenia rehabilitacji leczniczej,
- 2) świadczenia opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.

§ 14

Świadczenia rehabilitacji leczniczej

1. Świadczenia rehabilitacji leczniczej finansowane ze środków publicznych są udzielane na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego w trybie planowym oraz osobom posiadającym uprawnienie do świadczeń poza kolejnością.
2. Świadczenia rehabilitacji leczniczej realizowane są:
 - 1) w Filii nr 2 (64-600 Oborniki Kowanówko, ul. Sanatoryjna 34) - na Oddziałach (stacjonarnych): Rehabilitacji Narządu Ruchu, Rehabilitacji Kardiologicznej I i II oraz (dziennym) na Oddziale Dziennym Rehabilitacji,
 - 2) w Filii nr 3 (60-480 Poznań, ul. Sanatoryjna 2) – na Oddziałach: Rehabilitacji Kardiologicznej, Rehabilitacji Neurologicznej, Rehabilitacji.
3. Zapisy do list oczekujących oraz ustalanie terminów przyjęć odbywają się w drodze zgłoszenia osobistego, za pośrednictwem osób trzecich, telefonicznego, drogą pocztową lub elektroniczną po dokonanej kwalifikacji na rehabilitację przez lekarza oddziału rehabilitacyjnego. Warunkiem przeprowadzenia kwalifikacji jest dostarczenie skierowania na leczenie, wystawionego przez uprawnionego lekarza oraz dokumentacji medycznej potwierdzającej przyczynę skierowania. Wymagane do kwalifikacji skierowanie i dokumentację należy dostarczyć:
 - 1) w Filii nr 2 – do Izby Przyjęć (tel. 61 297 34 51, 64-600) lub na adres e-mail: skierowania@kowanowko.pl;
 - 2) w Filii nr 3 – drogą pocztową lub do sekretariatu danego oddziału w dni robocze w godz. 9⁰⁰– 13⁰⁰:
 - ✓ Oddział Rehabilitacji Kardiologicznej – tel. 61 846 82 09,
 - ✓ Oddział Rehabilitacji Neurologicznej – tel. 61 846 83 06,
 - ✓ Oddział Rehabilitacyjny – tel. 697022068 lub Centrala 61 8482661;
4. O dokonanej kwalifikacji i wyznaczonym terminie przyjęcia na rehabilitację pacjenci zostaną powiadomieni pisemnie za pośrednictwem maila lub poczty.
5. W dniu przyjęcia pacjent zgłasza się do:
 - 1) w Filii nr 2 – Izby Przyjęć w godz. 7⁰⁰– 14³⁵,
 - 2) w Filii nr 3 – sekretariatu danego oddziału w godz. 9⁰⁰ – 11⁰⁰,

6. W dniu przyjęcia lekarz oddziału ustala plan rehabilitacji dla pacjenta, a zabiegi lecznicze rozpoczynają się najpóźniej następnego dnia.
7. Dodatkowe informacje opisane są w załącznikach nr 2.1.22 - 2.1.29 niniejszego Regulaminu.

§ 15

Świadczenia opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.

1. Świadczenia opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień finansowane ze środków publicznych są udzielane na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego w trybie planowym.
2. Świadczenia realizowane są w Filii nr 1 (Poznań, ul. Juraszów 7-19) w Centrum Opieki Długoterminowej i Psychiatrycznej, na Oddziałach:
 - 1) Opiekuńczo - Leczniczym - Psychiatryczny – na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza psychiatrę,
 - 2) Leczenia Uzależnień – na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza ze wstępnym rozpoznaniem uzależnienia od alkoholu, leków oraz hazardu bez objawów odstawiennych,
 - 3) Dziennym Rehabilitacji Psychiatrycznej – na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza psychiatrę.
3. Zapisy do list oczekujących oraz ustalanie terminów przyjęć odbywają się w drodze zgłoszenia osobistego, za pośrednictwem osób trzecich, telefonicznego, drogą pocztową lub elektroniczną po dokonanej kwalifikacji na leczenie przez lekarza oddziału. Warunkiem przeprowadzenia kwalifikacji jest dostarczenie skierowania na leczenie, wystawionego przez uprawnionego lekarza oraz dokumentacji medycznej potwierdzającej przyczynę skierowania. Wymagane do kwalifikacji skierowanie i dokumentację należy dostarczyć:
 - 1) dla Oddziału Opiekuńczo – Leczniczego – do sekretariatu Centrum Opieki Długoterminowej i Psychiatrycznej w dni robocze w godz. 12⁰⁰ – 13⁰⁰, tel. 61 821 24 21 (ul. Juraszów 7-19, budynek ZOL, I i II piętro)
 - 2) dla Oddziału Leczenia Uzależnień – do Punktu Pielęgniarskiego, tel. 61 821 24 27 (ul. Juraszów 7-19, budynek ZOL, parter),
 - 3) dla Oddziału Dziennego Rehabilitacji Psychiatrycznej – do Kierownika Oddziału w dni robocze w godz. 7³⁰ – 15⁰⁰, tel. 61 821 24 76 (ul. Juraszów 7-19, budynek ZOL, parter).
4. O dokonanej kwalifikacji i wyznaczonym terminie przyjęcia na rehabilitację pacjenci zostaną powiadomieni pisemnie za pośrednictwem maila lub poczty.
5. W dniu przyjęcia pacjent zgłasza się w przypadku:
 - 1) Oddziału Opiekuńczo – Leczniczego – do Biura Pracownika Socjalnego w ZOL w godz. 7⁰⁰ -15⁰⁰,
 - 2) Oddziału Leczenia Uzależnień – do Punktu Pielęgniarskiego w godz. 7⁰⁰ – 10⁰⁰,
 - 3) Oddziału Dziennego Rehabilitacji Psychiatrycznej – do Kierownika Oddziału w godz. 7³⁰ – 8⁰⁰.
6. Dodatkowe informacje opisane są w załącznikach nr 2.1.17 - 2.1.19 niniejszego regulaminu.

§ 16

Przebieg udzielania świadczeń szpitalnych

1. Świadczenia szpitalne finansowane ze środków publicznych są udzielane na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego osobom leczonym w trybie planowym oraz posiadającym uprawnienie do świadczeń poza kolejnością.
2. Świadczenia szpitalne realizowane są:
 - 1) w Filii nr 1 – w specjalnościach: chirurgia ogólna, ortopedia i transplantologia narządu ruchu, kardiologia, choroby wewnętrzne, anestezjologia i intensywne terapia, transplantologia kliniczna, urologia, położnictwo i ginekologia, okulistyka, otorynolaryngologia, neurologia, medycyna ratunkowa,
 - 2) w Filii nr 2 – w specjalności kardiologia.
3. Zapisy do list oczekujących na leczenie w trybie planowym oraz ustalanie terminów przyjęć odbywają się w drodze zgłoszenia osobistego, za pośrednictwem osób trzecich, telefonicznego, drogą pocztową lub elektroniczną po dokonanej kwalifikacji na leczenie przez lekarza oddziału. Warunkiem przeprowadzenia kwalifikacji jest przybycie pacjenta na wybrany oddział i dostarczenie skierowania na leczenie, wystawionego przez uprawnionego lekarza oraz dokumentacji medycznej potwierdzającej przyczynę skierowania. Wymagane do kwalifikacji skierowanie i dokumentację należy przedłożyć lekarzowi podczas kwalifikacji na leczenia.
4. Podczas kwalifikacji pacjentom ustalana jest zasadność hospitalizacji oraz kategoria medyczna: pilny lub stabilny, na podstawie której ustalany jest termin przyjęcia na hospitalizację.
5. Po przeprowadzonej kwalifikacji można udać się do sekretariatu oddziału lub Pielęgniarki Oddziałowej w celu dokonania zapisu do listy oczekujących i wyznaczenia terminu hospitalizacji lub dokonać tego później. Pacjentom zakwalifikowanym do kategorii pilny wyznacza się termin wcześniejszy niż zakwalifikowanym do kategorii stabilny.
6. W dniu zapisu do listy oczekujących oryginał skierowania pozostaje w dokumentacji oddziału. W przypadku braku oryginału skierowania pacjent ma obowiązek jego dostarczenia najpóźniej 14 dnia od dnia zapisu do listy oczekujących. Nie zachowanie tego terminu powoduje skreślenie z listy oczekujących.
7. W przypadku rezygnacji z wpisu w licie oczekujących pacjent ma obowiązek powiadomić o tym fakcie Sekretariat oddziału lub Pielęgniarkę Oddziałową.
8. W dniu przyjęcia pacjent z dowodem osobistym i wynikami badań zleconych przez lekarza kierującego zgłasza się w Biurze Przyjęć Planowych w Filii nr 1, w Izbie Przyjęć w Filii nr 2.
9. Pacjent zgłasza się do sekretariatu oddziału w celu weryfikacji stanu zdrowia i po pozytywnej kwalifikacji kierowany jest do Biura Przyjęć Planowych w przypadku następujących oddziałów:
 - 1) Internistyczno-Kardiologicznego z Pododdziałem Intensywnego Nadzoru Kardiologiczno-Internistycznego w godz. 7⁰⁰ -7³⁰ (Filia nr 1, V piętro),
 - 2) Ortopedii i Chirurgii Urazowej Narządu Ruchu z Pododdziałem Endoprotezoplastyki i Endoskopii Stawów w godz. 7⁰⁰ -8⁰⁰ (Filia nr 1, I piętro),
 - 3) Neurologicznego z Pododdziałem Udarowym w godz. 7⁰⁰ -8⁰⁰ (Filia nr 1, VII Piętro),
10. Pacjent zgłasza się na przyjęcie do Oddziału Otolaryngologicznego w Rotundzie Szpitala na I piętrze w pokoju 113 w godz. 7⁰⁰ -8³⁰ w celu weryfikacji stanu zdrowia i po pozytywnej

kwalifikacji kierowany jest do Biura Przyjęć Planowych.

11. W Izbie Przyjęć (Biurze Przyjęć Planowych w Filii nr 1) lub w Izbie Przyjęć (Filia nr 2) po weryfikacji potwierdzającej prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, zakładana jest historia choroby oraz następuje zaopatrzenie pacjenta w znak identyfikacyjny, po czym pacjent kierowany jest do punktu pielęgniarskiego oddziału.
12. Pacjent na hospitalizację powinien zabrać ze sobą: przybory toaletowe, szlafrok, rzeczy osobiste niezbędne do pobytu na oddziale. Odzież i obuwie osobiste pacjent powinien przekazać rodzinie lub w Filii nr 1 może złożyć do Depozytu Odzieży Pacjentów.
13. Przedmioty wartościowe w momencie przyjęcia do Szpitala pacjent powinien przekazać rodzinie. Szpital nie ponosi odpowiedzialności materialnej za przedmioty wartościowe pacjenta. Po złożeniu ubrań do Depozytu Odzieży Pacjentów, pacjent zgłasza się do dyżurki pielęgniarskiej oddziału.
14. W oddziale opiekę nad pacjentem przejmuje wyznaczony lekarz, który jest opiekunem sali chorych.
15. Pielęgniarka/położna przyjmująca pacjenta do Oddziału zbiera wywiad pielęgniarski.
16. Wykaz oddziałów i ich lokalizacje zawiera załącznik nr 2 do niniejszego regulaminu, a dodatkowe informacje dotyczące każdego oddziału opisane są w Załączniku nr 2 niniejszego regulaminu.
17. Świadczenia szpitalne w trybie nagłym¹ realizowane są w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym w filii nr 1 i w Oddziale Kardiologii z Oddziałem Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego w filii nr 2.
18. Dodatkowe informacje dotyczące przyjęć na poszczególnych oddziałach Szpitala opisane są w Załączniku nr 2 niniejszego regulaminu.

§ 17

Przebywanie pacjenta w Szpitalu

1. Pacjentowi zabrania się oddalania poza teren Szpitala. Jeśli pacjent samowolnie opuści teren, Szpital nie ponosi za to odpowiedzialności.
2. Lekarz oddziału (lekarz dyżurny) niezwłocznie powiadamia o tym fakcie (telefonicznie bądź w inny możliwy sposób) wskazaną przez pacjenta osobę, instytucję lub przedstawiciela ustawowego, a jeśli pacjent nie był w stanie kogokolwiek wskazać - osobę najbliższą.
3. Lekarz powiadamiający sporządza w dokumentacji medycznej dokładną notatkę o zdarzeniu, ze wskazaniem daty, godziny oraz imienia i nazwiska osoby powiadomionej.
4. W przypadkach zagrożenia życia pacjenta lub osób trzecich związanych z samowolnie opuszczającym oddział szpitalny pacjentem lub uzasadniających podejrzenie popełnienia przez pacjenta opuszczającego Szpital wykroczenia lub przestępstwa należy zadzwonić pod nr alarmowy 997 lub powiadomić się o zdarzeniu Komisariat Policji:
 - 1) w przypadku Filii nr 1 i 3 - Komisariat Policji w Poznaniu Poznań – Jeżyce ul. Kochanowskiego 16 Poznań tel. do dyżurnego 61 841 22 12.
 - 2) w przypadku Filii nr 2 - Komenda Powiatowa Policji w Obornikach ul. Piłsudskiego 54 tel. do dyżurnego 61 297 52 00.

¹ Tryb nagły - „Stan nagłego zagrożenia zdrowotnego - stan polegający na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogorszenia zdrowia, których bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała lub utrata życia, wymagające podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia” - definicja z ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.

§ 18 Depozyt rzeczy Pacjenta

1. Pacjent przyjęty na hospitalizację w trybie planowym:
 - 1) Każdy pacjent przychodzący do Szpitala na planową hospitalizację ma może oddać swoją odzież rodzinie lub pozostawić ją w Depozycie Odzieży Pacjentów Filii nr 1, który znajduje się w budynku szpitalnym na parterze w pokoju nr 81 od poniedziałku do piątku w godz.: 7³⁰ – 14⁰⁰.
 - 2) Za rzeczy wartościowe pracownicy Depozytu Odzieży Pacjentów nie odpowiadają.
 - 3) Pozostawiona odzież w Depozycie Odzieży Pacjentów jest spisana na Karcie Depozytowej Odzieży. Oryginał karty otrzymuje pacjent a kopia pozostaje w Depozycie.
 - 4) Odzież pozostawiona w Depozycie Odzieży Pacjenta powinna być odebrana w dniu wypisu pacjenta ze Szpitala osobiście lub przez pracownika Szpitala bądź osobę upoważnioną.
 - 5) W Filii nr 2 oddanie rzeczy wartościowych do depozytu następuje zgodnie z Procedurą „PJ-09 Postępowanie z wartościowymi przedmiotami pacjentów”. Informacje o zamiarze złożenia rzeczy wartościowych do depozytu należy przekazać pielęgniarce przy przyjęciu na Oddział.
 - 6) W godzinach podstawowej ordynacji pracy Szpitala, Pielęgniarka zawiadamia Pracownika Sekcji Księgowości Filii nr 2, który przychodzi do pacjenta celem spisania protokołu i komisyjnego odbioru depozytu celem złożenia w sejfie. W przypadku zgłoszenia potrzeby złożenia depozytu w godzinach 14:35 – 7:00, Pielęgniarka zobowiązana jest odebrać depozyt od Pacjenta spisując protokół. Przekazanie depozytu kolejnej zmianie lub do depozytu następuje poprzez odpowiednie zapisy na Protokole.
 - 7) W Filii nr 3 pacjent przechowuje swoje rzeczy w szafkach na salach chorych.
2. Pacjent przyjęty w trybie pilnym / nagłym przez Szpitalny Oddział Ratunkowy (tzw. SOR):
 - 1) Pacjent, który jest przyjęty przez Szpital w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym ma możliwość pozostawienia rzeczy wierzchnich oraz wartościowych w Depozycie Rzeczy Wartościowych znajdującym się w SOR.
 - 2) Rzeczy pacjenta, który jest nieprzytomny bądź niezdolny do zrozumienia znaczenia informacji są spisane i przechowane w Depozycie Rzeczy Wartościowych przez personel Szpitalnego Oddziału Ratunkowego. Oryginał Karty Depozytowej Rzeczy Wartościowych dołączany jest do historii choroby, a kopia zostaje w SOR.
 - 3) Niezwłocznie po ustaleniu okoliczności, o których mowa powyżej, zawiadamia się pacjenta o złożeniu przedmiotów do depozytu. W przypadku wyrażenia woli dalszego przechowywania przedmiotów w depozycie, pacjent składa podpis na Karcie Depozytowej wraz z aktualną datą.
 - 4) Przedmioty w depozycie przechowuje się w opakowaniu trwale zamkniętym, ostemplowanym pieczęcią Szpitala i oznaczonym numerem depozytu, pod którym został on zapisany w Księdze Depozytów.
 - 5) Opakowania, w którym są przechowywane depozyty, po wpisaniu do Księgi Depozytów, przechowuje się w sejfie w SOR.
3. Przechowywana odzież w Depozycie Odzieży Pacjenta i rzeczy w Depozycie Rzeczy Wartościowych powinny być odebrane w dniu wypisu pacjenta ze Szpitala osobiście lub przez osobę upoważnioną.

4. Jeżeli pacjent wyrazi pisemną zgodę, odzież w złym stanie sanitarnym zostaje utylizowana z zastrzeżeniem zabezpieczenia dla chorego innej odzieży wierzchniej w dniu wypisu przez rodzinę lub pracowników socjalnych Szpitala.
5. W przypadku, gdy pacjent jest nieprzytomny bądź niezdolny do zrozumienia znaczenia informacji decyzję o utylizacji podejmuje personel medyczny. Na formularzu zgody na utylizację podpisy składa dwóch pracowników medycznych Szpitala. Dowód dołączany jest do Księgi Depozytu.
6. Przechowywana odzież w Depozycie Odzieży Pacjenta powinna być odebrana w dniu wypisu pacjenta ze Szpitala osobiście lub przez osobę upoważnioną.
7. Jeżeli pacjent nie ma możliwości zapewnienia sobie odzieży na dzień wypisu:
 - 1) personel medyczny oddziału, na którym pacjent jest hospitalizowany zawiadamia pracownika socjalnego w Szpitalu i informuje o potrzebie dobrania odpowiednich ubrań dla pacjenta.
 - 2) pracownik socjalny odpowiada za skompletowanie ubrania dla pacjenta na dzień wypisu ze Szpitala.

§ 19

Zaopatrywanie pacjentów w znaki identyfikacyjne

1. Każdy pacjent w chwili przyjęcia do Szpitala po ustaleniu jego tożsamości - na podstawie dowodu tożsamości - jest zaopatrywany w znak identyfikacyjny (opaskę).
2. W przypadku przyjęć planowych, zaopatrywanie w opaski identyfikacyjne odbywa się w Biurze Przyjęć Planowych (Filia nr 1), na Izbie Przyjęć (Filia nr 2) oraz na każdym z oddziałów dokonujących przyjęcia w Filii nr 3.
3. Pacjenta, którego tożsamości nie można ustalić przy przyjęciu do szpitala, zaopatruje się w znak identyfikacyjny zawierający oznaczenie "NN" oraz jego płeć i nadany numer historii choroby. Znak identyfikacyjny o takiej treści obowiązuje do czasu ustalenia tożsamości pacjenta.
4. Pacjenta, który potrzebuje natychmiastowego udzielenia świadczenia zdrowotnego ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia, w znak identyfikacyjny zaopatruje się niezwłocznie po udzieleniu takiego świadczenia na Szpitalnym Oddziale Ratunkowym (w Filii nr 1) lub w Izbie Przyjęć (Filia nr 2).

§ 20

Prawa i obowiązki pacjenta

1. Nadrzędnym celem Szpitala jest realizacja świadczeń opieki zdrowotnej. Oznacza to zapewnienie pacjentowi fachowej opieki, poszanowanie jego godności osobistej, podejście z pełną życzliwością, szacunkiem i zrozumieniem.
2. Szczegółowy zakres praw i obowiązków Pacjenta określa Karta praw i obowiązków Pacjenta, dostępna na stronie internetowej Szpitala i stanowiąca Załącznik nr 3 do Regulaminu Organizacyjnego.

§ 21

Warunki przekazywania informacji o pacjencie

1. Lekarz wyznaczony do prowadzenia bieżącej terapii i medycznej opieki nad pacjentem udziela osobie upoważnionej/przedstawicielowi ustawowemu informacji o stanie zdrowia pacjenta.
2. W razie pogorszenia się stanu zdrowia chorego powodującego zagrożenie życia lub

w razie jego śmierci, Szpital jest zobowiązany niezwłocznie zawiadomić wskazaną przez chorego osobę lub instytucję, przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego.

§ 22

Prowadzenie dokumentacji medycznej

1. Lekarze oddziału są obowiązani prowadzić na bieżąco historię choroby pacjenta, każdy wpis opatrzone winien być podpisem i pieczętą lekarza dokonującego wpisu.
2. Historia choroby zawierać powinna informacje dotyczące przyjęcia pacjenta do szpitala, przebiegu hospitalizacji, wypisania pacjenta ze szpitala.
3. Lekarz wypisujący pacjenta ze Szpitala wystawia kartę informacyjną z leczenia szpitalnego w trzech egzemplarzach. Kartę informacyjną podpisuje lekarz wypisujący oraz Kierownik/Ordynator oddziału.
4. Zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa lekarz sprawujący opiekę nad pacjentem zobowiązany jest do:
 - 1) w przypadku wystąpienia zakażenia lub podejrzenia zakażenia założyć wypełnić Kartę Rejestracji Zakażenia i niezwłocznie przekazać do Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych,
 - 2) w przypadku wystąpienia choroby zakaźnej lub podejrzenia choroby zakaźnej lub zgonu z powodu choroby zakaźnej zgłosić ten fakt do właściwej Stacji Sanitarno – Epidemiologicznej na odpowiednim formularzu zgłoszeni zachorowania/podejrzenia zachorowania lub zgonu z powodu choroby zakaźnej (zgodnym z występująca jednostkom chorobową), a kserokopię formularza przekazać do Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych
5. Po wypisie pacjenta ze Szpitala zamknięta Historia Choroby jest przekazywana do szpitalnego Archiwum Medycznego w czasie nie dłuższym niż dwa tygodnie od wypisania pacjenta ze szpitala. Dokumentacja Szpitala jest przechowywana zgodnie z obowiązującymi przepisami.
6. Szczegółowe zasady w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania znajdują się w wewnętrznych aktach prawnych Szpitala.

§ 23

Odstąpienie od leczenia i odmowa przyjęcia pacjenta do szpitala

1. W szczególnie uzasadnionych przypadkach lekarz może nie podjąć lub odstąpić od leczenia pacjenta o ile nie zachodzi przypadek, gdy zwłoka w udzieleniu pomocy może spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkie uszkodzenie ciała lub ciężki rozstrój zdrowia pacjenta oraz w innych przypadkach nagłych - po uzyskaniu zgody swojego przełożonego.
2. W przypadku podjęcia przez lekarza decyzji o odmowie przyjęcia lub odstąpieniu od leczenia, ma on obowiązek:
 - 1) uprzedzić o tym fakcie pacjenta (jego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego) z odpowiednim wyprzedzeniem,
 - 2) uzasadnić i odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej pacjenta.
3. Przełożony lekarza akceptując decyzję lekarza, o której mowa w ust. 2 ma obowiązek wskazać pacjentowi innego lekarza lub podmiot leczniczy, w którym pacjent ma realne możliwości uzyskania świadczenia u innego lekarza.

§ 24

Uzyskiwanie zgody pacjenta na zabieg operacyjny, badania diagnostyczne

1. Lekarz może wykonać zabieg operacyjny albo zastosować metodę leczenia lub diagnostykę stwarzającą podwyższone ryzyko dla pacjenta po uzyskaniu jego pisemnej zgody.
2. Przed wyrażeniem zgody przez pacjenta lekarz ma obowiązek udzielenia mu przystępnej informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach, wynikach leczenia oraz rokowaniu.
3. Lekarz może wykonać zabieg lub zastosować metodę stwarzającą podwyższone ryzyko u pacjenta, ubezwłasnowolnionego bądź niezdolnego do świadomego wyrażenia pisemnej zgody po uzyskaniu zgody jego przedstawiciela ustawowego, a gdy pacjent nie ma przedstawiciela lub gdy porozumienie się z nim jest niemożliwe po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego.
4. Jeżeli przedstawiciel ustawowy pacjenta ubezwłasnowolnionego bądź niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody nie zgadza się na wykonanie przez lekarza czynności wymienionych w pkt. 1 niezbędnych dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia, lekarz może wykonać takie czynności po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego. Lekarz może wykonać czynności, o których mowa w pkt. 1, bez zgody przedstawiciela ustawowego pacjenta bądź zgody właściwego sądu opiekuńczego, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia. W takim przypadku lekarz ma obowiązek, o ile jest to możliwe, zasięgnąć opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności.
O wykonywanych czynnościach lekarz niezwłocznie zawiadamia przedstawiciela ustawowego, opiekuna faktycznego lub sąd opiekuńczy.

§ 25

Zasady przekazywania pacjentów kolejnym zmianom

1. Codziennie w wyznaczonych godzinach w oddziałach szpitalnych odbywa się przekazanie pacjentów kolejnym zmianom lekarzy i pielęgniarek/położnych, poprzez przekazanie informacji o stanie zdrowia pacjentów oraz innych istotnych danych zawartych w raportach lekarskich i pielęgniarskich.
2. Lekarze, przekazując pacjentów kolejnej zmianie przedstawiają istotne informacje o stanie zdrowia pacjentów, nowych przyjęciach na oddział, interwencjach lekarskich oraz innych istotnych zdarzeniach i podjętych działaniach podczas wykonywania obowiązków służbowych.
3. Lekarze dyżurni zobowiązani są prowadzić raporty w *Księdze raportów lekarskich*.
4. Pielęgniarki/położne codziennie o godz. 7⁰⁰ odbierają raport pielęgniarski w swoich oddziałach, a o godz. 19⁰⁰ pielęgniarki/położne ze zmiany nocnej przyjmują raport od pielęgniarek/położnych ze zmiany dziennej.
5. Raport pielęgniarski sporządzany jest w *Księdze raportów pielęgniarskich*. Opisy poszczególnych pacjentów, zawierające zaplanowane i wykonane czynności pielęgnacyjne oraz sprawozdania o stanie chorego sporządzane są w indywidualnej pielęgniarskiej dokumentacji pacjenta po zakończeniu każdego dyżuru.

§ 26

Zasady przekazywania pacjenta pomiędzy oddziałami Szpitala lub i do innych podmiotów leczniczych w celu dalszej konsultacji lub specjalistycznego leczenia.

1. Wielospecjalistyczna struktura Szpitala zapewnia pacjentowi możliwość szerokiej i kompetentnej diagnostyki.
2. W celu zapewnienia prawidłowej i pełnej diagnostyki pacjenta Szpital zawiera umowy na wykonywanie badań diagnostycznych oraz przeprowadzanie konsultacji specjalistycznych z innymi podmiotami leczniczymi.
3. Zasady współpracy z podmiotami leczniczymi, o których mowa w ust. 2 określają zawarte przez Szpital indywidualnie umowy.
4. Zasady postępowania w przypadku przekazywania pacjenta między oddziałami Szpitala:
 - 1) przekazanie pacjenta do innego oddziału odbywa się ze wskazań medycznych.
 - 2) ruch pacjentów między oddziałami odbywa się na podstawie ustaleń poczynionych pomiędzy Kierownikami/Ordynatorami kierującymi oddziałami, lekarzami prowadzącymi lub lekarzami dyżurnymi. Ewentualne spory rozstrzyga, w ramach działalności podstawowej Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa Szpitalnego lub Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa Rehabilitacyjnego, Długoterminowego, Psychiatrycznego i Ambulatoryjnego lub osoba przez niego wyznaczona,
 - 3) gdy pacjent jest przenoszony do innego oddziału Szpitala następuje wypis z danego oddziału, a zakończoną historię choroby przekazuje się do oddziału, który przyjmuje pacjenta,
 - 4) pacjenci powinni być przetransportowani do właściwego oddziału Szpitala w sposób wskazany przez lekarza prowadzącego/dyżurnego.
5. W sytuacjach koniecznych, gdy zostały wyczerpane możliwości diagnostyczne i terapeutyczne Szpitala, pacjent może zostać przekazany do innego podmiotu leczniczego gwarantującego zakres usług medycznych w celu dalszego leczenia lub specjalistycznej diagnostyki.
6. Zasady postępowania w przypadku przekazania pacjenta do innego podmiotu leczniczego:
 - 1) przekazanie pacjenta do innego podmiotu leczniczego odbywa się ze wskazań medycznych, po uzyskaniu zgody pacjenta, po wstępnym uzgodnieniu z Kierownikiem/Ordynatorem lub lekarzem zabezpieczającym pracę właściwego oddziału tego podmiotu,
 - 2) Kierownik/Ordynator kierujący oddziałem po podjęciu decyzji o przekazaniu pacjenta do innego podmiotu leczniczego, dokonuje odpowiedniej adnotacji w historii choroby, do jakiej placówki został przekazany pacjent i z kim zostało ustalone przyjęcie,
 - 3) transport pacjenta zabezpiecza Szpital przekazujący,
 - 4) zakończoną historię choroby pacjenta leczonego w danym oddziale przekazuje się do Szpitalnego Archiwum Medycznego.
 - 5) rodzina pacjenta powinna zostać poinformowana o decyzji przeniesienia pacjenta.

§ 27

Zasady przemieszczenia się pacjentów wewnątrz i na zewnątrz Szpitala

1. Przemieszczanie się pacjentów wewnątrz Szpitala:

- 1) pacjenci kierowani na badania i konsultacje powinni być zależnie od stanu zdrowia doprowadzeni pieszo, transportowani na wózku w pozycji siedzącej lub leżącej bądź też przewiezieni środkami transportu sanitarnego,
 - 2) w przypadku transportu pacjenta karetką pogotowia lekarz kierujący określa w zależności od stanu zdrowia pacjenta jakim typem karetki ma nastąpić przewóz,
 - 3) transport pacjenta wózkiem leżącym lub siedzącym (rodzaj wózka określa, w zależności od stanu zdrowia pacjenta lekarz kierujący),
 - 4) lekarz kierujący wskazuje osobę, która powinna towarzyszyć pacjentowi w czasie przemieszczania się wewnątrz Szpitala, np. lekarz, lekarz stażysta, rezydent, pielęgniarka, położna lub inni pracownicy personelu pomocniczego. W przypadku badań i konsultacji osoby te pozostają z pacjentem od momentu wyjścia z oddziału do czasu powrotu (nie dotyczy badań długotrwałych, gdzie pacjenta odbiera się po otrzymaniu informacji telefonicznej).
2. Przemieszczanie się pacjentów na zewnątrz Szpitala:
- 1) przemieszczanie się pacjentów na zewnątrz Szpitala odbywa się tylko za pomocą karetki pogotowia,
 - 2) transport pacjenta na konsultacje specjalistyczne lub badania diagnostyczne może być realizowany przez wszystkie typy karettek pogotowia,
 - 3) po przywiezieniu pacjenta do danego miejsca w zależności od zaleceń lekarza kierującego personel karetki oczekuje na wykonanie badania/konsultacji i odwozi pacjenta z powrotem do Szpitala lub pozostawia pacjenta w miejscu wykonywania badań/konsultacji, a po zakończeniu czynności pacjent z zespołem karetki wraca do miejsca, gdzie odbywa się hospitalizacja.

§ 28

Transport sanitarny pacjentów

1. Pacjentowi na podstawie zlecenia lekarza przysługuje bezpłatny przejazd środkami transportu sanitarnego w przypadkach:
 - 1) wynikających z potrzeby zachowania ciągłości leczenia szpitalnego - decyzję taką może podjąć kierownik/ ordynator kierujący oddziałem,
 - 2) dysfunkcji narządu ruchu uniemożliwiającej korzystanie ze środków transportu publicznego - decyzję taką może podjąć kierownik/ordynator kierujący oddziałem.
2. W innych przypadkach pacjentowi przysługuje przejazd środkami transportu sanitarnego odpłatnie lub za częściową odpłatnością w oparciu o obowiązujące przepisy.
3. Pacjentom Szpitala ubezpieczonym w Narodowym Funduszu Zdrowia, na podstawie zlecenia lekarza lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego, przysługuje bezpłatny przejazd środkami transportu sanitarnego, w tym lotniczego, do najbliższego zakładu opieki zdrowotnej udzielającego świadczeń we właściwym zakresie i z powrotem w przypadkach:
 - 1) konieczności podjęcia natychmiastowego leczenia w zakładzie opieki zdrowotnej,
 - 2) wynikających z potrzeby zachowania ciągłości leczenia.
4. Pacjentom Szpitala, na podstawie zlecenia lekarza lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego przysługuje bezpłatny przejazd środkami transportu sanitarnego – w przypadku dysfunkcji narządu ruchu, uniemożliwiającej korzystanie ze środków transportu publicznego, w celu odbycia leczenia – do najbliższego zakładu opieki zdrowotnej udzielającego świadczeń we właściwym zakresie, i z powrotem.

5. Ubezpieczonym w Narodowym Funduszu Zdrowia pacjentom Szpitala zdolnym do samodzielnego poruszania się bez stałej pomocy innej osoby, ale wymagającym przy korzystaniu ze środków transportu publicznego pomocy innej osoby lub środka transportu publicznego dostosowanego do potrzeb osób niepełnosprawnych przysługuje, na podstawie zlecenia lekarza zatrudnionego w Szpitalu, transport sanitarny, z udziałem własnym ubezpieczonego, w wysokości 60% kwoty obliczonej przez Szpital za ten transport, w następujących przypadkach:
 - 1) chorób krwi i narządów krwiotwórczych,
 - 2) chorób nowotworowych,
 - 3) chorób oczu,
 - 4) chorób przemiany materii,
 - 5) chorób psychicznych i zaburzeń zachowania,
 - 6) chorób skóry i tkanki podskórnej,
 - 7) chorób układu krążenia,
 - 8) chorób układu moczowo-płciowego,
 - 9) chorób układu nerwowego,
 - 10) chorób układu oddechowego,
 - 11) chorób układu ruchu,
 - 12) chorób układu trawiennego,
 - 13) chorób układu wydzielania wewnętrznego,
 - 14) chorób zakaźnych i pasożytniczych,
 - 15) urazów i zatruc,
 - 16) wad rozwojowych wrodzonych, zniekształceń i aberracji chromosomowych.
6. Ubezpieczeni w Narodowym Funduszu Zdrowia pacjenci Szpitala zdolni do samodzielnego poruszania się bez stałej pomocy innej osoby i zdolni do korzystania ze środków transportu publicznego pokrywają 100 % kosztów tego transportu.
7. Za organizację transportu sanitarnego odpowiada oddział, z którego pacjent ma być przetransportowany. W każdym takim przypadku Sekretarka / Oddziałowa zgłaszają taką potrzebę do Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Poznaniu lub innej Jednostki, z którą Szpital ma zawartą umowę i uzgadniają termin przewiezienia pacjenta.
8. Podstawą do zapłaty za transport jest faktura wystawiona przez Dział Sprzedaży i Statystyki Medycznej i przesłana pacjentowi na adres podany na zleceniu na transport sanitarny.

§ 29

Wypisanie pacjenta ze Szpitala

1. Wypisanie pacjenta ze Szpitala następuje, gdy:
 - 1) stan zdrowia pacjenta nie wymaga dalszego leczenia w Szpitalu,
 - 2) na żądanie osoby przebywającej w Szpitalu lub jej przedstawiciela ustawowego,
 - 3) pacjent w sposób rażący narusza obowiązujące w Szpitalu przepisy, a nie zachodzi obawa, że odmowa lub zaprzestanie udzielania świadczeń zdrowotnych może spowodować bezpośrednie niebezpieczeństwo dla jego życia lub zdrowia albo życia lub zdrowia innych osób.

2. Wypisania pacjenta ze Szpitala w przypadkach wymienionych w ust. 1 dokonuje lekarz prowadzący lub Kierownik/Ordynator oddziału.
3. Osoba występująca o wypisanie ze Szpitala na własne żądanie jest informowana przez lekarza o możliwych następstwach zaprzestania leczenia w Szpitalu. Jeśli, mimo to, podtrzyma swe żądanie, składa pisemne oświadczenie o wypisaniu ze Szpitala na własne żądanie. W przypadku braku takiego oświadczenia lekarz sporządza adnotację w dokumentacji medycznej.
4. Jeżeli przedstawiciel ustawowy zażąda wypisania ze Szpitala pacjenta, którego stan zdrowia wymaga dalszej hospitalizacji Dyrektor Szpitala, Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa Szpitalnego lub Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa Rehabilitacyjnego, Długoterminowego, Psychiatrycznego i Ambulatoryjnego – na wniosek ordynatora oddziału może odmówić wypisania do czasu wydania w tej sprawie orzeczenia przez właściwy ze względu na siedzibę Szpitala sąd opiekuńczy, chyba, że przepisy szczególne stanowią inaczej. Właściwy sąd opiekuńczy zawiadamiany jest niezwłocznie o odmowie wypisania ze Szpitala i przyczynach odmowy.
5. Jeżeli przedstawiciel ustawowy lub opiekun faktyczny nie odbiera małoletniego lub osoby niezdolnej do samodzielnej egzystencji ze Szpitala w wyznaczonym terminie, Szpital zawiadamia o tym niezwłocznie organ gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania lub pobytu tej osoby, ustalając tok postępowania z imiennie oznaczonym przedstawicielem gminy oraz organizuje na koszt gminy przewiezienie pacjenta do miejsca zamieszkania.
6. Wypisany ze Szpitala pacjent ma obowiązek otrzymania:
 - 1) Karty informacyjnej leczenia szpitalnego,
 - 2) recepty na leki i zlecenia na środki pomocnicze lub wyroby medyczne będące środkami ortopedycznymi zlecone w karcie informacyjnej,
 - 3) skierowania na świadczenia zalecone w karcie informacyjnej
 - 4) zlecenia na transport zgodnie z odrębnymi przepisami,
 - 5) skierowania na leczenie uzdrowiskowe, jeżeli lekarz widzi taką potrzebę,
 - 6) zaświadczenia lekarskiego.
7. Karta informacyjna leczenia szpitalnego powinna zawierać w szczególności:
 - 1) rozpoznanie choroby w języku polskim,
 - 2) wyniki badań diagnostycznych i konsultacyjnych,
 - 3) zastosowane leczenie, a w przypadku wykonania zabiegu lub operacji - datę wykonania
 - 4) wskazania dotyczące dalszego sposobu leczenia, żywienia, pielęgnowania lub trybu życia,
 - 5) orzeczony przy wypisie okres czasowej niezdolności do pracy, a w miarę potrzeby ocenę zdolności do wykonywania dotychczasowego zatrudnienia,
 - 6) adnotacje o lekach wraz z dawkowaniem i wyrobach medycznych w ilościach odpowiadających ilościom na receptach wystawionych pacjentowi,
 - 7) terminy planowanych konsultacji,
 - 8) dane identyfikujące pacjenta, tj. imię i nazwisko, data urodzenia, adres zamieszkania lub pobytu, numer PESEL,
 - 9) dane identyfikujące lekarza udzielającego świadczeń, tj. nazwisko i imię, tytuł zawodowy, uzyskane specjalizacje, numer prawa wykonywania zawodu,
 - 10) podpis i pieczętkę lekarza przygotowującego wypis oraz osoby autoryzującej ordynatora /

kierownika oddziału, lekarza ze specjalizacją upoważnionego przez ordynatora / kierownika oddziału.

- 11) osoby podpisujące są odpowiedzialne za kompletny wypis.
8. Lekarz prowadzący lub Kierownik/Ordynator oddziału zobowiązany jest powiadomić pacjenta o wynikach jego badań, jeśli wynik został dostarczony do oddziału po wyjściu pacjenta ze Szpitala.
9. W przypadku przenoszenia pacjenta do innej placówki konieczne jest wcześniejsze ustalenie terminu przeniesienia oraz poinformowanie o tym fakcie pacjenta i osobę wskazaną przez pacjenta do pozyskiwania informacji o jego stanie zdrowia.
10. Pacjent, który wymaga opieki po zakończonej hospitalizacji jest zgłaszany przez lekarza prowadzącego do pracownika socjalnego Szpitala, który wnioskuje o umieszczenie pacjenta w odpowiedniej placówce, która zapewnia całodobową opiekę.

§ 30

Obowiązki Szpitala w razie śmierci pacjenta

1. W przypadku nagłego pogorszenia się stanu zdrowia lub zagrożenia życia pacjenta lekarz prowadzący lub dyżurny ma obowiązek niezwłocznie powiadomić osobę lub instytucję wskazaną przez pacjenta, jego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego.
2. Ponadto w sytuacji, o której mowa w ust. 1 Szpital zobowiązany jest:
 - 1) umożliwić pacjentowi spisanie testamentu,
 - 2) na życzenie pacjenta zapewnić opiekę duszpasterską ze strony duchownego, zgodnie z wyznaniem chorego,
 - 3) zapewnić warunki umierania w spokoju i godności.

Rozdział V

§ 31

Przebieg udzielania świadczeń w razie pobierania opłat

1. Osoby nieobjęte ubezpieczeniem zdrowotnym, z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ponoszą pełną odpłatność za udzielone im przez Szpital świadczenia zdrowotne wg aktualnie obowiązującego cennika.
2. Cennik Szpitala został wprowadzany Zarządzeniem Dyrektora i jest dostępny na stronie internetowej Szpitala oraz w Dziale Organizacji i Monitoringu Procesów Zarządczych i w Dziale Sprzedaży i Statystyki Medycznej. O obowiązujących zasadach związanych z odpłatnością za udzielanie świadczeń zdrowotnych, pacjenci są informowani w komórkach udzielających świadczeń zdrowotnych lub w Dziale Sprzedaży i Statystyki Medycznej.
3. Na podstawie zrealizowanych świadczeń względem pacjenta w zakresie hospitalizacji, Dział Sprzedaży i Statystyki (DSS) każdorazowo wystawia fakturę w ciągu 7 dni od zakończenia realizacji świadczeń.
4. W przypadku pozostałych świadczeń realizowanych odpłatnie (ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne) pacjent reguluje płatność na podstawie paragonu fiskalnego w Kasie znajdującej się na parterze Filii nr 1 w budynku B (wejście B) oraz w Budynku Administracyjno – Leczniczym na I piętrze (w przypadku Filii nr 2).

5. W Filii nr 3 ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne nie są realizowane odpłatnie.

Rozdział VI

Zarządzanie Szpitalem i sposób kierowania komórkami organizacyjnymi

§ 32

1. Organami Szpitala są:
 - 1) Dyrektor – odpowiedzialny za zarządzanie Szpitalem
 - 2) Rada Społeczna – organ doradczy Dyrektora oraz inicjujący i opiniodawczy powołany przez podmiot tworzący – zadania Rady Społecznej określa ustawa o działalności leczniczej.
2. Dyrektor kieruje Szpitalem i reprezentuje go na zewnątrz, podejmuje decyzje dotyczące jego funkcjonowania i ponosi za nie odpowiedzialność.
3. Dyrektor jest przełożonym wszystkich pracowników Szpitala i pełni wobec nich funkcje pracodawcy w rozumieniu przepisów Kodeksu Pracy.
4. Dyrektor ponosi odpowiedzialność za całokształt działalności Szpitala (medycznej i niemedycznej), a w szczególności za:
 - 1) zapewnienie sprawnego funkcjonowania Szpitala,
 - 2) organizowanie pracy w Szpitalu – w sposób zapewniający osiągnięcie celów oraz możliwość realizacji zadań statutowych Szpitala,
 - 3) należyte gospodarowanie mieniem własnym lub przekazanym Szpitalowi do użytkowania,
 - 4) prowadzenie właściwej polityki placowo-kadrowej, zatrudnianie i zwalnianie pracowników,
 - 5) należyte gospodarowanie środkami finansowymi i rzeczowymi pozostającymi w dyspozycji Szpitala,
 - 6) zapewnienie właściwego poziomu świadczonych usług,
 - 7) zatwierdzanie planów inwestycyjno-remontowych oraz planów zakupów aparatury i sprzętu medycznego,
 - 8) zapewnienie właściwego stanu sanitarnego Szpitala i jego najbliższego otoczenia,
 - 9) zapewnienie pracownikom bezpiecznych i higienicznych warunków pracy oraz dbałość o przepisy przeciwpożarowe,
 - 10) współpraca z podmiotem tworzącym oraz Radą Społeczną Szpitala,
 - 11) zapewnienie funkcjonowania w Szpitalu adekwatnej, skutecznej i efektywnej kontroli zarządczej,
 - 12) ostatecznie rozpatrzenie skarg, wniosków i zażaleń pracowników i pacjentów,
 - 13) wykonywanie innych zadań wynikających z odrębnych przepisów.
5. W celu realizacji zadań Dyrektor Szpitala:
 - 1) wydaje wewnętrzne akty prawne, których projekty sporządzają pracownicy właściwych komórek organizacyjnych: zarządzenia wewnętrzne, komunikaty, instrukcje, polecenia służbowe, decyzje, procedury,
 - 2) ustala regulaminy wewnętrzne,

- 3) powołuje zespoły, komitety tematyczne, opiniodawcze, komisje, itp.
6. Dyrektor wykonuje swoje zadania przy pomocy:
 - 1) Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa Szpitalnego,
 - 2) Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa Rehabilitacyjnego, Długoterminowego, Psychiatrycznego i Ambulatoryjnego
 - 3) Zastępcy Dyrektora ds. Finansowych,
 - 4) Zastępcy Dyrektora ds. Personalnych, Jakości i Marketingu,
 - 5) Zastępcy Dyrektora ds. Inwestycyjno – Technicznych,
 - 6) Zastępcy Dyrektora ds. Pielęgniarstwa,
 - 7) Pełnomocników Dyrektora,
 - 8) Kierowników komórek organizacyjnych medycznych i niemedycechnych,
 - 9) Osób zajmujących samodzielne stanowiska pracy.
7. Dyrektor Szpitala może część swych kompetencji i uprawnień przenieść na innych pracowników.
8. Dyrektor na czas swojej nieobecności wyznacza zastępcę i deleguje uprawnienia.

§33

1. W Szpitalu obowiązują:
 - 1) akty normatywne powszechnie obowiązujące,
 - 2) akty prawne resortowe,
 - 3) wewnętrzne akty prawa:
 - a) zarządzenia Dyrektora Szpitala,
 - b) uchwały Rady Społecznej,
 - c) decyzje, dyspozycje i polecenia służbowe Dyrektora,
 - d) instrukcje wewnętrzne i procedury,
 - e) regulaminy.
2. Każdy pracownik ma obowiązek zapoznania się z aktami wewnętrznymi i ich stosowania.
3. Akty wewnętrzne są dostępne na wewnętrznej stronie Szpitala.

§ 34

1. Każdy pracownik posiada jednego bezpośredniego przełożonego.
2. Otrzymałe polecenie od bezpośredniego przełożonego pracownik zobowiązany jest wykonać i poinformować o jego wykonaniu. W przypadku niemożności wykonania polecenia pracownik ma obowiązek powiadomić o tym fakcie bezpośredniego przełożonego przed upływem terminu wykonania zadania.
3. Współpraca pomiędzy komórkami organizacyjnymi odbywa się w sposób ciągły, ścisły zapewniając sprawne działania Szpitala.
4. W czasie nieobecności kierownika komórki organizacyjnej zastępuje go zastępca lub osoba przez niego wyznaczona.

§ 35

1. Pieczętki nagłówkowe używane w Szpitalu zamawiane są wyłącznie przez Dział Organizacji i Monitoringu Procesów Zarządczych po weryfikacji zgodności danych.
2. Pieczętki stanowiskowe zamawiane są przez Dział Organizacji i Monitoringu Procesów Zarządczych po uprzedniej weryfikacji przez Dział Kadr i Płac na wniosek komórki organizacyjnej.
3. Wykazy, wzory i pisemne potwierdzenie odbioru pieczętek znajdują się w Dziale Organizacji i Monitoringu Procesów Zarządczych.
4. Pracownik, u którego ustalo zatrudnienie lub stracił prawo do posiadania pieczętki funkcyjnej zobowiązany jest do jej zwrotu w Dziale Organizacji i Monitoringu Procesów Zarządczych.

§ 36

1. Wszyscy pracownicy Szpitala są zobowiązani i uprawnieni do:
 - 1) samodzielnej realizacji zadań wynikających z zakresu obowiązków i czynności przydzielonych przez bezpośredniego przełożonego,
 - 2) znajomości obowiązujących przepisów, zarządzeń i instrukcji obowiązujących w Szpitalu,
 - 3) wykonywania poleceń bezpośrednich przełożonych, otrzymywania od nich informacji i wskazówek w zakresie przydzielonego zadania,
 - 4) zgłaszania wniosków w kwestii usprawniania pracy,
 - 5) stosowania się do Regulaminu Pracy Szpitala.
2. Każdy pracownik odpowiada za merytoryczne przygotowanie pisma, jego właściwą formę i jego terminowe załatwienie.
3. Każdy pracownik Szpitala jest zobowiązany do bezwzględnego zachowania tajemnicy służbowej i do nie rozpowszechniania bez zgody Dyrektora wszystkich dostępnych mu informacji dotyczących Szpitala, do których ma dostęp z racji wykonywanych obowiązków służbowych, a ich rozpowszechnianie mogłoby naruszyć dobre imię lub interes Szpitala.
4. Wszystkie informacje przekazywane na zewnątrz Szpitala, w tym informacje do mediów, przekazywane są przez Dyrektora Szpitala lub osobę przez niego wskazaną.
5. Zasady udostępniania materiałów o charakterze poufnym i tajnym regulują odrębne przepisy.
6. Niezastosowanie powyższych zapisów skutkuje odpowiedzialnością, jak za złamanie zachowania tajemnicy służbowej, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

§ 37

1. Przyjęcie nowej funkcji przez pracownika następuje na podstawie protokołu zdawczo – odbiorczego zaakceptowanego przez bezpośredniego przełożonego. Protokół zdawczo – odbiorczy powinien zawierać wykaz zdawanych/przejmowanych akt oraz spis spraw niezalutwionych.
2. Przyjęcie nowej funkcji przez pracownika, który w zakresie obowiązków odpowiedzialny jest materialnie za powierzone mienie Szpitala poprzedzone jest podpisaniem oświadczenie odpowiedzialności materialnej za powierzone mienie i protokołem zdawczo – odbiorczym lub inwenturą zdawczo – odbiorczą.

§ 38

1. Kierownicy komórek organizacyjnych i osoby sprawujące nadzór nad komórkami organizują, planują oraz nadzorują pracę komórki organizacyjnej, którą kierują.
2. Do obowiązków kierowników komórek organizacyjnych i osób sprawujących nadzór nad komórkami należy:
 - 1) rozdział zadań i nadzór nad właściwym wykonywaniem czynności zawodowych podległych pracowników,
 - 2) dbałość o zwiększenie efektywności i skuteczności działania podległej komórki,
 - 3) nadzór nad warunkami pracy pracowników oraz nad wykonywanymi zadaniami,
 - 4) dokonywanie oceny pracowniczej,
 - 5) adaptacja nowoprzyjętych pracowników do pracy,
 - 6) ustalanie zakresów czynności pracowników,
 - 7) określanie uprawnień oraz zakresu odpowiedzialności podległych pracowników,
 - 8) analiza i doskonalenie struktury zatrudnienia w podległych komórkach,
 - 9) nadzór nad przestrzeganiem przez podległych pracowników prawa i obowiązujących wewnętrznych aktów normatywnych.
3. Kierownicy komórek organizacyjnych i osoby sprawujące nadzór nad komórkami odpowiedzialni są za realizację, efektywność i realizację obszaru przydzielonych zadań, bieżącą kontrolę i koordynację pracy podległych pracowników.
4. Kierownicy komórek i osoby sprawujące nadzór nad komórkami organizacyjnymi odpowiadają za rzetelne i terminowe opracowanie dokumentów sprawozdawczych, analitycznych i informacji.
5. Kierownicy komórek i osoby sprawujące nadzór nad komórkami zapewniają właściwą dyscyplinę pracy, występują z wnioskiem o nagrodę, karę, zmianę stanowiska, zwolnienie podległych pracowników i efektywne współdziałanie z innymi komórkami.

§39

1. Oddziałami szpitalnymi kierują lekarze kierujący oddziałem (Kierownik Oddziału).
2. Kierownicy Oddziałów odpowiadają za wykonywanie świadczeń zdrowotnych, za przydzielony sprzęt i aparaturę medyczną oraz za prawidłową gospodarkę lekową.
3. Do obowiązków kierownika Oddziału należy:
 - 1) zabezpieczenie prawidłowego funkcjonowania Oddziału poprzez dobór odpowiedniej kadry medycznej, kontrolowanie pracy wyższego, średniego i niższego personelu w zakresie całodobowej opieki nad chorym, racjonalną gospodarkę mieniem, imienne wyznaczanie lekarza kontrolującego gospodarkę leką oraz odpowiedzialnego za gospodarkę krwią,
 - 2) zabezpieczenie prawidłowego procesu leczenia chorego na oddziale poprzez natychmiastowe badanie podmiotowe i przedmiotowe po przyjęciu pacjenta, zlecenie niezbędnych badań diagnostycznych, włączanie stosownego leczenia i konsultacji,
 - 3) prowadzenie odpowiedniej dokumentacji medycznej pacjenta zgodnej z przepisami prawa, zarządzeniami NFZ i aktami wewnętrznymi Szpitala,
 - 4) pilnowanie wydatków ich racjonalne dysponowanie oraz analizowanie kosztów,

- 5) wykonanie przydzielonego planu wynikającego z realizacji umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia,
- 6) nadzór nad dyscypliną pracy podległego personelu.

§ 40

Czas pracy, organizacja w procesie pracy oraz prawa i obowiązki pracodawcy i pracowników reguluje Regulamin Pracy Szpitala.

Rozdział VII

Zastępcy Dyrektora

§ 41

Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa Szpitalnego

1. Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa Szpitalnego sprawuje nadzór merytoryczny oraz organizacyjny w obszarze medycznym (w tym zakresie zapewnienia kompleksowości i dostępności do świadczeń zdrowotnych) nad:
 - 1) oddziałami lecznictwa szpitalnego we wszystkich filiach z Pracownikami znajdującymi się w ich strukturze,
 - 2) Stacją Dializ,
 - 3) Centralną Apteką Szpitalną,
 - 4) Centrum Medycyny Ratunkowej,
 - 5) Zakładem Diagnostyki Obrazowej,
 - 6) Zakładem Diagnostyki Laboratoryjnej i Mikrobiologicznej,
 - 7) Pracownią Serologii Transfuzjologicznej i Bankiem Krwi,
 - 8) Stacją Dializ,
 - 9) Pracownią EKG we wszystkich filiach,
 - 10) Pracownią Prób Wysilkowych,
 - 11) Pracownią Kontroli Stymulatorów,
 - 12) Działem Epidemiologii, Organizacji i Bezpieczeństwa Procesów Medycznych,
- z wyjątkiem spraw dotyczących pielęgniarstwa oraz zastrzeżonych dla Dyrektora Szpitala.
2. Do podstawowych zadań Zastępcy ds. Lecznictwa Szpitalnego należy:
 - 1) kierowanie, koordynowanie, nadzorowanie oraz kontrolowanie prawidłowości udzielania świadczeń w podległych komórkach organizacyjnych,
 - 2) rozpatrywanie skarg, uwag, wniosków pacjentów w zakresie realizacji udzielanych świadczeń zdrowotnych w podległych komórkach organizacyjnych,
 - 3) prowadzenie nadzoru nad dokumentacją medyczną oraz przeprowadzanie systematycznej kontroli historii chorób i pozostałej dokumentacji medycznej oraz podejmowanie decyzji w zakresie jej udostępniania w podległych komórkach organizacyjnych,
 - 4) dbanie o właściwy poziom świadczonych usług poprzez systematyczne podnoszenie kwalifikacji personelu medycznego w podległych komórkach organizacyjnych,

- 5) nadzór nad gospodarką lekami i artykułami medycznymi w Szpitalu,
- 6) nadzór nad prawidłowością realizacji umów zawartych przez Szpital na świadczenie usług medycznych w podległych komórkach organizacyjnych,
- 7) nadzór nad pracą lekarzy kierujących Oddziałami i podległych komórek organizacyjnych,
- 8) dokonywanie okresowych wizytacji podległych w komórkach organizacyjnych w celu oceny organizacji pracy dla zapewnienia jak najwyższego poziomu udzielania świadczeń medycznych,
- 9) comiesięczne kompletowanie zaplanowanych dyżurów medycznych w poszczególnych komórkach organizacyjnych,
- 10) współudział w rozwiązywaniu sytuacji spornych przedstawianych Dyrektorowi Szpitala w zakresie wykonywanych świadczeń medycznych,
- 11) współpraca z zastępcami dyrektora we wszystkich aspektach dotyczących funkcjonowania Szpitala.

§ 42

Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa Rehabilitacyjnego, Długoterminowego, Psychiatrycznego i Ambulatoryjnego

1. Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa Rehabilitacyjnego, Długoterminowego, Psychiatrycznego i Ambulatoryjnego sprawuje nadzór merytoryczny oraz organizacyjny w obszarze medycznym (w tym zakresie zapewnienia kompleksowości i dostępności do świadczeń zdrowotnych) nad:
 - 1) wszystkimi komórkami lecznictwa rehabilitacyjnego w filiach nr 2 i 3,
 - 2) Blokiem Operacyjnym w filii nr 1 i 2,
 - 3) Zakładem Diagnostyki Endoskopowej,
 - 4) ambulatoryjną opieką specjalistyczną we wszystkich filiach,
 - 5) lekarzami koordynatorami w filiach nr 2 i 3,
 - 6) Centrum Opieki Długoterminowej i Psychiatrycznej,
 - 7) Zakładem Psychologii Klinicznej i Pomocy Społecznej,
 - 8) Pracownią Rehabilitacji Szpitalnej i Ambulatoryjnej,
 - 9) Zakładem Rehabilitacji,
 - 10) Pracownią Nieinwazyjnej Diagnostyki Kardiologicznej,
 - 11) Pracownią EKG,
 - 12) Pracownią EEG,
 - 13) Pracownią RTG,
 - 14) pozostałymi komórkami diagnostycznymi nie ujętymi w §41 ust. 1
- z wyjątkiem spraw dotyczących pielęgniarstwa oraz zastrzeżonych dla Dyrektora Szpitala.
2. Do podstawowych zadań Zastępcy Ds. Lecznictwa Rehabilitacyjnego, Długoterminowego, Psychiatrycznego i Ambulatoryjnego należy:
 - 1) kierowanie, koordynowanie, nadzorowanie oraz kontrolowanie prawidłowości udzielania świadczeń zdrowotnych w podległych komórkach organizacyjnych,

- 2) rozpatrywanie skarg, uwag, wniosków pacjentów w zakresie realizacji udzielanych świadczeń zdrowotnych w podległych komórkach organizacyjnych,
- 3) prowadzenie nadzoru nad dokumentacją medyczną oraz przeprowadzanie systematycznej kontroli historii chorób i pozostałej dokumentacji medycznej oraz podejmowanie decyzji w zakresie jej udostępniania w podległych komórkach organizacyjnych,
- 4) dbanie o właściwy poziom świadczonych usług poprzez systematyczne podnoszenie kwalifikacji personelu medycznego w podległych komórkach organizacyjnych,
- 5) nadzór nad gospodarką lekami i artykułami medycznymi w podległych komórkach organizacyjnych,
- 6) nadzór nad prawidłowością realizacji umów zawartych przez Szpital na świadczenie usług medycznych w podległych komórkach organizacyjnych,
- 7) nadzór nad pracą lekarzy podległych komórek organizacyjnych,
- 8) dokonywanie okresowych wizytacji podległych komórek organizacyjnych w celu oceny organizacji pracy dla zapewnienia jak najwyższego poziomu udzielania świadczeń medycznych,
- 9) comiesięczne kompletowanie zaplanowanych dyżurów medycznych w poszczególnych komórkach organizacyjnych,
- 10) współudział w rozwiązywaniu sytuacji spornych przedstawianych Dyrektorowi Szpitala w zakresie wykonywanych świadczeń medycznych,
- 11) współpraca z zastępcami dyrektora we wszystkich aspektach dotyczących funkcjonowania Szpitala.

§ 43

Zastępca Dyrektora ds. Finansowych

1. Zastępca Dyrektora ds. Finansowych odpowiada za całokształt działań finansowo – księgowych oraz za stan i jakość pracy podległych komórek.
2. Do podstawowych zadań Zastępcy Dyrektora ds. Finansowych należy:
 - 1) kierowanie, koordynowanie, nadzorowanie oraz kontrolowanie działalności podległych komórek organizacyjnych zgodnie ze schematem organizacyjnym Szpitala,
 - 2) dostarczanie Dyrektorowi Szpitala informacji dotyczącej aktualnej kondycji finansowej Szpitala, możliwości zwiększenia efektywności finansowej, planowanych prognozach i działaniach,
 - 3) udział w ustalaniu i realizacji polityki finansowej Szpitala w sposób optymalizujący płynność finansową i rentowność
 - 4) tworzenie strategii finansowej i planów finansowych Szpitala,
 - 5) przygotowywanie raportów finansowych oraz analiz kosztów Szpitala w podziale na wszystkie komórki organizacyjne,
 - 6) sprawowanie kontroli wewnętrznej obejmującej badanie poszczególnych operacji finansowych stosownie do obowiązujących przepisów,
 - 7) przestrzeganie dyscypliny finansów publicznych i wykonanie budżetu Szpitala,
 - 8) koordynowanie i nadzór systemu księgowości i sprawozdawczości finansowej,

- 9) nadzór nad sporządzaniem corocznych sprawozdań finansowych oraz innej obowiązkowej sprawozdawczości finansowej,
- 10) nadzór nad prawidłowym rozdziałem kosztów pośrednich na komórki zadaniowe zgodnie z przyjętymi kluczami podziału kosztów pośrednich,
- 11) nadzór nad prawidłową oceną rentowności poszczególnych komórek organizacyjnych Szpitala,
- 12) nadzór nad procesami windykacji należności,
- 13) współpraca ze wszystkimi Zastępcami Dyrektora we wszystkich aspektach dotyczących funkcjonowania szpitala.

§ 44

Zastępca Dyrektora ds. Personalnych, Jakości i Marketingu

1. Zastępca Dyrektora ds. Personalnych, Jakości i Marketingu odpowiada za całokształt procesów związanych z zapewnieniem prawidłowego obiegu dokumentacji i informacji w Szpitalu.
2. Do podstawowych zadań Zastępcy Dyrektora ds. Personalnych, Jakości i Marketingu należy:
 - 1) kierowanie, koordynowanie, nadzorowanie oraz kontrolowanie działalności podległych komórek organizacyjnych zgodnie ze schematem organizacyjnym Szpitala,
 - 2) uczestnictwo w wprowadzaniu zmian organizacyjnych i przekształceń Szpitala,
 - 3) nadzór nad Archiwum Medycznym we wszystkich filiach Szpitala,
 - 4) nadzór nad działaniami związanymi z zaopatrzeniem Szpitala,
 - 5) koordynowanie spraw związanych z przyjmowaniem, rozpatrywaniem, analizowaniem oraz udzielaniem odpowiedzi na pytania i skargi wpływające do Szpitala od pacjentów, od rodziny pacjenta, jego przedstawicielstwa ustawowego, lub osoby sprawującej faktyczną opiekę nad pacjentem, prowadzenie dokumentacji dotyczącej skarg i wniosków,
 - 6) współpraca ze szkołami wyższymi w zakresie zawierania umów i porozumień w sprawie organizacji grupowych zajęć dydaktycznych i praktycznych dla studentów,
 - 7) nadzór nad realizacją przyjętej polityki jakości,
 - 8) nadzór nad opracowywaniem, weryfikacją, aktualizacją i wdrożeniem wszelkiej dokumentacji dotyczącej zapewnienia jakości w Szpitalu,
 - 9) koordynowanie wdrożenia standardów akredytacyjnych opracowanych przez Centrum Monitorowania Jakością w Krakowie,
 - 10) współpraca ze wszystkimi Zastępcami Dyrektora we wszystkich aspektach dotyczących funkcjonowania szpitala.

§ 45

Zastępca Dyrektora ds. Inwestycyjno – Technicznych

1. Zastępca Dyrektora ds. Inwestycyjno – Technicznych odpowiedzialny jest za całokształt prawidłowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, funkcjonowania infrastruktury Szpitala.
2. Do podstawowych zadań Zastępcy Dyrektora ds. Inwestycyjno – Technicznych należy:
 - 1) kierowanie, nadzorowanie i kontrolowanie działalności podległych komórek organizacyjnych zgodnie ze schematem organizacyjnym Szpitala,

- 2) zapewnienie warunków technicznych niezbędnych do prawidłowego funkcjonowania Szpitala oraz utrzymanie prawidłowego stanu technicznego budynków, budowli, maszyn, urządzeń, instalacji i aparatury medycznej w zakresie przeglądów planowych jak i interwencji awaryjnych - utrzymanie w ruchu i sprawności technicznej Szpitala,
- 3) bieżące prowadzenie eksploatacji infrastruktury budowlano – technicznej, w tym prowadzenie spraw administracyjnych związanych z gospodarką nieruchomościami,
- 4) nadzorowanie bieżących inwestycji i remontów oraz współudział w rozliczaniu kosztów wynikających z bieżących inwestycji, remontów i napraw,
- 5) planowanie i realizacja inwestycji budowlanych i remontów pomieszczeń oraz obiektów Szpitala,
- 6) podejmowanie działań zmierzających do minimalizowania kosztów zużycia mediów, sprawowanie nadzoru nad gospodarką energetyczną Szpitala,
- 7) nadzorowanie i kontrola w zakresie transportu sanitarnego dla potrzeb komórek organizacyjnych Szpitala,
- 8) współudział w przygotowywaniu oraz realizacji planu inwestycyjnego we współpracy z Zastępcą Dyrektora ds. Finansowych,
- 9) koordynowanie działań służb technicznych i logistycznych w Szpitalu,
- 10) pełnienie nadzoru nad trwałym usuwaniem nieprawidłowości ujawnionych przez kontrolę wewnętrzną i zewnętrzną w podległych komórkach organizacyjnych,
- 11) przygotowywanie strategii rozwoju infrastruktury Szpitala,
- 12) ścisła współpraca z Pełnomocnikiem Dyrektora ds. Zarządzania Inwestycjami Strategicznymi i Pełnomocnikiem Dyrektora ds. Projektów, Funduszy i Rozwoju w zakresie realizacji bieżących inwestycji i remontów,
- 13) współpraca ze wszystkimi Zastępcami Dyrektora we wszystkich aspektach dotyczących funkcjonowania szpitala.

§ 46

Zastępca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa

1. Zastępca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa wykonuje swoje zadania kierownicze przy pomocy Przełożonego Pielęgniarek i Położnych w Filii nr 1 i Zastępcy Przełożonego Pielęgniarek i Położnych w Filii nr 2. Ponadto nadzoruje pracę Działu Higieny Szpitalnej.
2. Do głównych zadań Zastępcy Dyrektora ds. Pielęgniarstwa należy:
 - 1) określanie normatywów zatrudnienia zgodnie z obowiązującymi przepisami prawnymi,
 - 2) rekrutacja pielęgniarek, położnych, ratowników medycznych, opiekunów medycznych, salowych, sanitariuszy, pracowników Centralnej Sterylizatorni,
 - 3) organizowanie i nadzorowanie pracy podległego personelu, w tym nadzorowanie planów-harmonogramów pracy i ich wykonania,
 - 4) dokonywanie systematycznej oceny jakości i dostępności realizowanych świadczeń oraz przestrzegania standardów i procedur opieki pielęgniarskiej,
 - 5) przygotowywanie i udzielanie odpowiedzi instytucjom i osobom kontrolującym (NFZ, Departament Pielęgniarek i Położnych Ministerstwa Zdrowia, konsultanci Wojewódzcy, Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych) oraz podmiotu tworzącego w temacie podległego personelu,

- 6) wnioskowanie o wszczęcie postępowań konkursowych na wybór pielęgniarki/ położnej oddziałowej,
- 7) nadzorowanie planów i przeprowadzania szkoleń wewnątrzoddziałowych w obrębie pionu,
- 8) tworzenie opisów szczegółowych indywidualnych warunków zamówienia w zakresie asortymentu (w tym usług prania i zabezpieczenia Szpitala w ochronną odzież jednocyfrową) wykorzystywanego przez podległy personel,
- 9) wnioskowanie o wszczęcie postępowań przetargowych i udzielanie odpowiedzi na zapytania ofertowe w zakresie asortymentu (w tym usług prania i zabezpieczenia Szpitala w ochronną odzież jednocyfrową) wykorzystywanego przez podległy personel,
- 10) przyjmowanie wniosków i umów dotyczących możliwości odbywania praktyk w szpitalu od studentów kierunku pielęgniarskiego, położniczego, ratownictwa medycznego, słuchaczy kierunku opiekun medyczny i innych,
- 11) realizowanie umów zawartych z wyższymi uczelniami i instytucjami szkoleniowymi dotyczących kształcenia przed - i podyplomowego pielęgniarek, położnych i ratowników medycznych,
- 12) współpraca ze wszystkimi Zastępcami Dyrektora we wszystkich aspektach dotyczących funkcjonowania Szpitala.

Rozdział VIII

Komórki organizacyjne podległe bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala

§ 47

Asystent Dyrektora

Do zadań Asystenta Dyrektora należy:

- 1) monitorowanie terminowego wykonywania zadań zleczanych przez Dyrektora podległym pracownikom,
- 2) koordynacja pracy Dyrektora i jego zastępców w Szpitalu,
- 3) prowadzenie rejestru pism terminowych i nadzór w imieniu Dyrektora nad obiegiem i terminowością korespondencji wewnętrznej i zewnętrznej,
- 4) prowadzenie rejestru pism podpisanych podpisem kwalifikowanym przez Dyrektora.
- 5) monitorowanie procesu zarządzania w Szpitalu,
- 6) nadzór w imieniu Dyrektora nad wdrażaniem w życie decyzji i działania w zakresie kontroli procesu zarządzania Szpitalem,
- 7) nadzór merytoryczny oraz organizacja pracy Działu Organizacji i Monitoringu Procesów Zarządczych ,
- 8) obsługa korespondencji mailowej wychodzącej ze skrzynki dyrektor@lutycka.pl,
- 9) obsługa skrzynki ePuap Szpitala w zakresie korespondencji przychodzącej i wychodzącej;
- 10) wszelka pomoc organizacyjna, administracyjno – biurowa i kancelaryjna w realizacji zadań Dyrektora, w tym w szczególności:
 - a) zapewnienie obsługi bieżącej pracy Dyrektora Szpitala,

- b) koordynowanie i udział w merytorycznym przygotowaniu spotkań, wyjazdów i wizyt Dyrektora,
 - c) uczestnictwo w kształtowaniu polityki informacyjnej Szpitala.
- 11) Przygotowywanie i rozliczanie delegacji służbowych Dyrektora.
 - 12) Kreowanie wizerunku firmy poprzez tworzenie identyfikacji wizualnej tj. loga, wizytówek, identyfikatorów, papieru firmowego itp.

§ 48

Dział Organizacji i Monitoringu Procesów Zarządczych

1. Nadzór merytoryczny i organizacyjny nad Działem Organizacji i Monitoringu Procesów Zarządczych pełni Asystent Dyrektora.
2. W ramach Działu Organizacji i Monitoringu Procesów Zarządczych funkcjonują:
 - 1) Sekcja Organizacyjna i Monitoringu Procesów Zarządczych
 - 2) Kancelaria ogólna,
 - 3) Sekretariaty Dyrektorów,
 - 4) Archiwum Zakładowe.
3. Do zadań sekcji Organizacyjnej i Monitoringu Procesów Zarządczych należy:
 - 1) nadzór nad terminowym przygotowywaniem i składaniem przez komórki wewnętrzne Szpitala sprawozdań, raportów, zestawień i innych dokumentów wymaganych przepisami prawa lub zleconych przez instytucje zewnętrzne, w tym Urząd Marszałkowski, Urząd Wojewódzki, Ministerstwo Zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia,
 - 2) monitoring nad terminowym wykonywaniem zadań zleconych przez Dyrektora,
 - 3) nadzór nad prawidłowym wykonywaniem wewnętrznych aktów prawnych wydanych przez Dyrektora Szpitala, ich wdrażaniem i realizacji przez komórki, których dotyczą,
 - 4) wprowadzanie bieżących zmian oraz nadzór nad aktualnością informacji nt. Szpitala, w tym Regulaminu Organizacyjnego, Statutu oraz aktualizacja tych zmian na stronie BIP, intranecie szpitalnym oraz instytucjach rejestrowych takich jak GUS, Rejestr Wojewody, KRS i inne,
 - 5) prowadzenie rejestrów i baz danych niezbędnych do zapewnienia szybkiego i skutecznego nadzoru nad dokumentami dotyczącymi funkcjonowania Szpitala, tj. rejestr uchwał, zarządzeń, pełnomocnictw i upoważnień, poleceń służbowych Dyrektora Szpitala, umów (w tym Centralnego Rejestru Umów) i innych niezbędnych dla zapewnienia prawidłowego funkcjonowania Szpitala,
 - 6) nadzór nad pracą Komitetów i Zespołów powołanych w Szpitalu, w tym zbieranie i archiwizowanie protokołów ze spotkań i sprawozdań rocznych,
 - 7) przeprowadzanie postępowań przetargowych zgodnie z załącznikiem nr 7 do Regulaminu Zamówień Publicznych obowiązującym w Szpitalu,
 - 8) wsparcie organizacyjne funkcjonującej Rady Społecznej Szpitala – organizacja posiedzeń, przygotowanie dokumentacji i jej dystrybucja do członków Rady Społecznej oraz archiwizacja dokumentów z posiedzeń (protokoły, nagrania, uchwały) oraz współpraca z

Urzędem Marszałkowskim w sprawie dalszego procedowania uchwał Rady Społecznej aż do ich zatwierdzenia przez organy właścicielskie,

- 9) współpraca z brokerem ubezpieczeniowym w zakresie wykorzystania przez Szpital funduszu prewencyjnego, organizacji szkoleń, obsługi spraw w ramach posiadanych polis OC, majątkowych, od zdarzeń medycznych, w tym odpowiedzialność za terminowe zgłaszanie roszczeń do ubezpieczyciela i ich sprawną i terminową obsługę, aż do zakończenia sprawy/likwidacji szkody, prowadzenie korespondencji z ubezpieczycielem w sprawie dokumentacji medycznej,
 - 10) współpraca z zewnętrznymi instytucjami w sprawach bieżącej działalności Szpitala (Urząd Marszałkowski, Urząd Wojewódzki),
 - 11) obsługa monitoringu szpitalnego w zakresie zgrywania i udostępniania materiałów w konsultacji z Działem Prawnym i Kontroli Wewnętrznej,
 - 12) zamawianie i ewidencja pieczętek,
 - 13) obsługa monitoringu szpitalnego (przeglądanie, zgrywanie, udostępnianie) i zgłaszanie uwag co do prawidłowości jego funkcjonowania.
3. Do zadań Kancelarii Ogólnej należy:
- 1) przyjmowanie, rejestrowanie korespondencji wpływającej do Szpitala, w tym faktur;
 - 2) odbiór i doręczanie przesyłek adresowanych do Szpitala;
 - 3) prowadzenie dzienników korespondencji (tradycyjnych i elektronicznych) poprzez wpisywanie wszelkiej korespondencji przychodzącej i wychodzącej Szpitala;
 - 4) prowadzenie całości spraw związanych z wysyłaniem korespondencji, w tym rozliczanie się z Poczta Polska.
4. Do zadań Sekretariatów Dyrektorów należy:
- 1) obsługa urządzeń biurowych (telefonów, faksu, poczty elektronicznej);
 - 2) przyjmowanie osobiste lub telefoniczne gości lub interesantów zgłaszających się do Dyrektora po uprzednim sprawdzeniu, czy nie należy ich skierować do innej komórki;
 - 3) kserowanie, skanowanie materiałów na polecenie Dyrektora;
 - 4) prowadzenie rejestru korespondencji przychodzącej zewnętrznej i wewnętrznej oraz korespondencji wychodzącej (RKP i RKW);
 - 5) archiwizacja elektroniczna pism przychodzących i wychodzących zgodnie z przyjętymi zasadami;
 - 6) przygotowanie korespondencji do jednostek zewnętrznych oraz komórek wewnętrznych;
 - 7) monitoring terminowości realizowanych spraw w oparciu o codzienną weryfikację zapisów rejestru korespondencji (pism wpływających z jednostek zewnętrznych i komórek wewnętrznych oraz wychodzących z Sekretariatu);
 - 8) nadzór nad realizacją zleceń transportu dokumentów do instytucji zewnętrznych;
 - 9) prowadzenie terminarza oraz przekazywanie pisemnych poleceń Dyrektora dla:
 - a) komórek organizacyjnych;
 - b) innych interesantów z zewnątrz i pracowników szpitala;

- 10) przekazywanie korespondencji do właściwych jednostek, komórek organizacyjnych szpitala;
 - 11) przyjmowanie z Kancelarii Ogólnej i innych jednostek, komórek organizacyjnych korespondencji oraz przekazywanie jej Dyrektorowi w celu dekretacji i nadania biegu przedmiotowych spraw;
 - 12) prowadzenie harmonogramu rezerwowania sal w Szpitalu (wykładowa, konferencyjna) oraz przekazywanie informacji w tym zakresie Ochronie.;
 - 13) prowadzenie zeszytu wyjść służbowych i prywatnych;
 - 14) dbałość o funkcjonalność, porządek i estetykę biura oraz gabinetu Dyrektora;
 - 15) wykonywanie innych czynności zleconych przez Dyrektora nie ujętych w niniejszym zakresie zadań sekretariatów.
5. Do zadań Archiwum Zakładowego należy:
- 1) przejmowanie dokumentacji archiwalnej niepotrzebnej do bieżącej działalności komórek organizacyjnych,
 - 2) przechowywanie, ewidencjonowanie, udostępnianie, brakowanie przekazanych akt,
 - 3) współpraca z komórkami organizacyjnymi w zakresie prawidłowego klasyfikowania akt,
 - 4) rozdział dokumentacji na kategorię niearchiwalną „B”, której okres przechowywania już minął – przygotowanie treści zarządzeń o brakowaniu dokumentacji, i kategorię „A” – przekazanie do właściwego Archiwum Państwowego,
 - 5) przeprowadzanie systematycznych szkoleń personelu administracyjnego w zakresie wytwarzania dokumentacji i przygotowania jej do przekazania Archiwum,
 - 6) przekazywanie kierownikowi sprawozdania rocznego z działalności Archiwum Zakładowego,
 - 7) współpraca z Kancelarią Ogólną w zakresie realizacji zadań kancelaryjnych.

§ 49

Dział Prawny i Kontroli Wewnętrznej

1. Pracę działu planuje i nadzoruje Radca Prawny Szpitala Wojewódzkiego w Poznaniu.
2. Do zadań Działu należy:
 - 1) udzielanie porad prawnych, wyjaśnień oraz sporządzanie opinii w zakresie stosowania prawa Dyrekcji Szpitala oraz pracownikom w sprawach związanych z działalnością Szpitala,
 - 2) przygotowywanie pełnomocnictw i upoważnień do reprezentowania Szpitala, w tym we wszystkich lub wybranych czynnościach sądowych i pozasądowych Szpitala i we wszelkich sprawach związanych z prowadzoną przez Szpital działalnością,
 - 3) udział w opracowywaniu i uzgadnianiu projektów aktów prawa wewnętrznego wydawanych w Szpitalu,
 - 4) sporządzanie wzorów umów, aneksów, pism urzędowych itp.,
 - 5) opiniowanie projektów umów, porozumień i innych dokumentów wywołujących skutki prawne dla Szpitala,
 - 6) wykonywanie zastępstwa procesowego przed sądami powszechnymi oraz przed innymi organami orzekającymi w sprawach dotyczących Szpitala,

- 7) uczestniczenie w prowadzonych przez Szpital rokowaniach, których celem jest nawiązanie, zamiana, lub rozwiązanie stosunku prawnego, w tym zwłaszcza umów nietypowych lub dotyczących przedmiotu o znacznej wartości,
- 8) prowadzenie spraw przed Komisją Zdarzeń Medycznych oraz obsługa pozwów wobec Szpitala,
- 9) informowanie na bieżąco Dyrekcji Szpitala o istotnych aktach prawnych związanych z działalnością Szpitala,
- 10) nadzór nad przygotowywaniem dokumentów stanowiących podstawy funkcjonowania Szpitala tj. zarządzeń, regulaminu organizacyjnego, innych regulaminów i procedur;
- 11) prowadzenie czynności kontrolnych w zakresie prawno-formalnym w sprawach wskazanych przez Dyrektora Szpitala;
- 12) przedstawienia Dyrektorowi Szpitala wniosków i rekomendacji prawnych w sprawach objętych czynnościami kontrolnymi, o których mowa w pkt 11 powyżej,
- 13) współpraca z zewnętrznymi instytucjami w sprawach o charakterze prawnym (Policja, Prokuratura, Kancelarie Notarialne i inne).

§ 50

Dział Zamówień Publicznych

1. Kierownik planuje i koordynuje pracę Działu Zamówień Publicznych.
2. Podstawowe zadania Działu Zamówień Publicznych to:
 - 1) przygotowanie i przeprowadzanie procedur udzielania zamówień publicznych zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa i Zarządzeniami Dyrektora Szpitala,
 - 2) prowadzenie rejestru zamówień publicznych,
 - 3) prowadzenie rejestru umów przetargowych i pozaprzetargowych oraz ich przekazywanie do Działu Organizacji i Monitoringu Procesów Zarządczych do rejestracji w Centralnym Rejestrze Umów,
 - 4) opracowanie sprawozdań i rocznego planu zamówień publicznych na dany rok w oparciu o dane otrzymane od komórek organizacyjnych Szpitala,
 - 5) uczestniczenie w pracach komisji ds. postępowań o udzielenie zamówień publicznych,
 - 6) sporządzanie ogłoszeń o rozpoczęciu lub zakończeniu postępowań, w tym przysyłanie ogłoszeń do Biuletynu Zamówień Publicznych, Dziennika Urzędowego Unii Europejskiej,
 - 7) prowadzenie korespondencji z Urzędem Zamówień Publicznych,
 - 8) przygotowanie dokumentacji oraz udzielanie wyjaśnień dotyczących zamówień publicznych dla celów kontroli zewnętrznej lub wewnętrznej,
 - 9) stała współpraca z pozostałymi komórkami organizacyjnymi Szpitala.

§ 51

Biuro Pełnomocników i Samodzielnych Stanowisk

1. Biuro Pełnomocników i Samodzielnych Stanowisk tworzą:
 - 1) Pełnomocnik ds. Informatyzacji,
 - 2) Pełnomocnik Dyrektora ds. Informacji Niejawnych,
 - 3) Pełnomocnik Dyrektora ds. Praw Pacjenta,

- 4) Stanowisko ds. obronnych,
 - 5) Inspektor Ochrony Danych,
 - 6) Inspektor Ochrony Radiologicznej,
 - 7) Pełnomocnik Dyrektora ds. Organizacji Procesu Zaopatrzenia w Leki i Wyroby Medyczne
 - 8) Pełnomocnik Dyrektora ds. Inwestycji Strategicznych,
 - 9) Pełnomocnik ds. Funduszy, Projektów i Rozwoju,
 - 10) Pełnomocnik ds. Systemu Zarządzania Jakością,
 - 11) Pełnomocnik Dyrektora ds. Opieki Koordynowanej.
2. Do zadań Pełnomocnika ds. Informatyzacji należy:
- 1) Przygotowanie i wdrożenie strategii informatycznej dla Szpitala.
 - 2) Przygotowanie i wdrożenie strategii telekomunikacyjnej dla Szpitala.
 - 3) Nadzór i kontrola pracy zespołu IT wraz z firmami współpracującymi.
 - 4) Przygotowanie i udział w postępowaniach wynikających z prawa o zamówieniach publicznych w zakresie działania zespołu IT.
 - 5) Współpraca z innymi pracownikami Szpitala w zakresie wsparcia IT oraz określenia potrzeb i wdrażanie zmian.
 - 6) nadzór nad całą infrastrukturą sprzętową oraz systemową w obszarze IT Szpitala,
 - 7) realizacja projektów strategicznych w obszarze IT,
 - 8) zapewnienie należytego wdrażania wszelkich nowych rozwiązań w obszarze IT,
 - 9) wsparcie informatyczne w zakresie:
 - a) administrowania kontami w systemie Szpitala Eskulap,
 - b) administrowania stroną www.lutycka.pl w z zakresie zamieszczania dokumentów dotyczących działalności Szpitala, postępowań konkursowych, aktualizacji danych dotyczących komórek organizacyjnych, innych Informacji na polecenie Dyrektora, Kierownika lub Asystenta Dyrektora,
 - c) obsługi domeny szpitala (przyjmowanie wniosków, przygotowywanie dostępu, wydawanie kart, prowadzenie rejestru);
3. Do zadań Pełnomocnika Dyrektora ds. Nadzoru nad Zadaniem Strategicznym należy:
- 1) koordynacja oraz nadzór organizacyjny nad:
 - a) Działem Prawnym i Kontroli Wewnętrznej,
 - b) Działem Zamówień Publicznych,
 - c) realizacją zadań strategicznych w Szpitalu Wojewódzkim w Poznaniu indywidualnie określonych przez Dyrektora Szpitala,
 - d) obsługą prawną Szpitala Wojewódzkiego w Poznaniu,
 - 2) prowadzenie niezbędnych analiz zarządczych,
 - 3) korodowanie procesu wykonawczego między pionami,
 - 4) doradztwo prawne na etapie decyzyjnym.

4. Do zadań Pełnomocnika Dyrektora ds. Informacji Niejawnych należy:

- 1) realizacja zadań określonych w Ustawie z dnia 5 sierpnia 2010 roku o ochronie informacji niejawnej (t.j. Dz.U z 2019 poz. 742),
- 2) zapewnienie przestrzegania przepisów o ochronie informacji niejawnych w tym stosowanie środków bezpieczeństwa fizycznego,
- 3) kierowanie wyodrębnioną komórką organizacyjną do spraw ochrony informacji niejawnych zwaną „Pionem ochrony”,
- 4) zapewnienie ochrony systemów teleinformatycznych, w których są przetwarzane informacje niejawne,
- 5) zarządzanie ryzykiem bezpieczeństwa informacji niejawnych,
- 6) prowadzenie okresowych kontrole ewidencji, materiałów i obiegu dokumentów,
- 7) prowadzenie szkoleń w zakresie ochrony informacji niejawnych mających na celu zapoznanie z przepisami dotyczącymi ochrony informacji niejawnych,
- 8) prowadzenie zwykłych postępowań sprawdzających oraz kontrolna postępowań sprawdzających,
- 9) prowadzenie aktualnego wykaz 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,
- 10) współpraca w zakresie ochrony informacji niejawnych z ABW oraz SKW,
- 11) przechowywanie akta osobowe zakończonych zwykłych postępowań sprawdzających,
- 12) prowadzenie Kancelarii niejawnej odpowiedzialną za przetwarzanie informacji niejawnych,
- 13) w przypadku stwierdzenia naruszenia w jednostce organizacyjnej przepisów o ochronie informacji niejawnych zawiadomienie o tym kierownika jednostki organizacyjnej i podejmowanie niezwłocznie działania zmierzającego do wyjaśnienia okoliczności tego naruszenia oraz ograniczenia jego negatywnych skutków,
- 14) w przypadku stwierdzenia naruszenia przepisów o ochronie informacji niejawnych o klauzuli „poufne” lub wyższej zawiadomienie niezwłocznie również odpowiednio ABW lub SKW,
- 15) opracowywanie oraz aktualizacja planu ochrony informacji niejawnych w jednostce organizacyjnej, w tym w razie wprowadzenia stanu nadzwyczajnego; instrukcji opisujących sposób i tryb przetwarzania informacji niejawnych o klauzuli „poufne” oraz „zastrzeżone” w podległych komórkach organizacyjnych;
- 16) opracowywanie dokumentacji określającej poziom zagrożeń związanych z nieuprawnionym dostępem do informacji niejawnych lub ich utratą,
- 17) uczestniczenie w opracowywaniu projektów dokumentów regulujących problematykę ochrony przetwarzanych w systemach teleinformatycznych informacji niejawnych,

5. Do zadań Pełnomocnik Dyrektora ds. Praw Pacjenta należy:

- 1) nadzór nad przestrzeganiem praw pacjenta w Szpitalu Wojewódzkim w Poznaniu,
- 2) współudział w udzielaniu odpowiedzi na pytania i skargi wpływające do Szpitala,
- 3) prowadzenie dokumentacji dotyczącej wniosków,
- 4) ścisła współpraca z Zastępcą Dyrektora ds. Lecznictwa Szpitalnego i Zastępcą Dyrektora ds. Lecznictwa Rehabilitacyjnego, Długoterminowego i Psychiatrycznego oraz kierownikami komórek działalności medycznej w zakresie przestrzegania praw pacjenta,
- 5) wskazywanie trybu postępowania w przypadku naruszenia praw pacjenta oraz podjęcie działań w celu wyeliminowania przyczyny skargi.

Decyzją Dyrektora Szpitala Pełnomocnik Dyrektora ds. Praw Pacjenta w filii nr 1 i 3:

**Dyżur pełni w każdy wtorek w godz. 12⁰⁰ – 14⁰⁰
w Bibliotece Szpitala**

Pełnomocnik Praw Pacjenta w Filii nr 2:

**Dyżur pełni we wtorki i czwartki w godz. 10⁰⁰ – 11⁰⁰
Zgłoszenia w Izbie Przyjęć**

6. Do zadań stanowiska ds. obronnych należy:
 - 1) kompleksowe organizowanie oraz koordynowanie wszystkich przedsięwzięć mających na celu przygotowanie Szpitala na czas kryzysu i zewnętrznego zagrożenia państwa,
 - 2) prowadzenie i aktualizacja dokumentacji obronnej (plany, instrukcje, procedury) Szpitala, planowanie realizacji zadań wynikających z sytuacji kryzysowych i zagrożenia bezpieczeństwa państwa,
 - 3) prowadzenie niezbędnej dokumentacji oraz planowanie szkoleń obronnych,
 - 4) prowadzenie niezbędnej dokumentacji oraz planowanie szkoleń z powszechnej samoobrony,
 - 5) udział w szkoleniach i ćwiczeniach organizowanych przez odpowiednie jednostki organizacyjne,
 - 6) bilansowanie kadr medycznych z uwzględnieniem okresu zagrożenia państwa i czasu wojny,
 - 7) zapewnienie warunków utrzymania tajemnicy państwowej i służbowej przy wykonywaniu prac w zakresie obronności.
 - 8) prowadzenie całokształtu zagadnień związanych z reklamacjami pracowników szpitala od obowiązku pełnienia czynnej służby wojskowej w czasie mobilizacji i zagrożenia państwa.
7. Do zadań i obowiązków Inspektora Ochrony Danych należy:
 - 1) sporządzanie okresowych raportów Administratorowi Danych w zakresie ochrony danych i bezpieczeństwa informacji;
 - 2) informowanie Administratora, podmiotu przetwarzającego oraz pracowników, którzy przetwarzają dane osobowe, o ich obowiązkach wynikających z RODO, aktów prawnych wydanych na jego podstawie oraz niniejszej Polityki Ochrony Danych Osobowych i doradzanie im w sprawie przetwarzania danych osobowych;

- 3) koordynowanie prac przeprowadzanych przez kierowników komórek organizacyjnych, koordynatorów i pracowników na samodzielnych stanowiskach dane osobowe dotyczących analizy zagrożeń oraz oceny ryzyka, na które może być narażone przetwarzanie danych w systemach informatycznych i tradycyjnych,
- 4) wydawanie opinii w procesie oceny skutków planowanych operacji przetwarzania dla ochrony danych osobowych i przedstawianie ich Administratorowi oraz monitorowanie wykonywania zaleceń,
- 5) zapoznawanie osób upoważnionych do przetwarzania danych osobowych z przepisami o ochronie danych osobowych,
- 6) współpraca z Organem Nadzorczym;
- 7) pełnienie funkcji punktu kontaktowego dla osób, których dane dotyczą, we wszystkich sprawach związanych z przetwarzaniem ich danych osobowych oraz z wykonywaniem praw im przysługujących z mocy RODO (zamieszczenie danych kontaktowych IODO na stronie internetowej Administratora),
- 8) pełnienie funkcji punktu kontaktowego dla Organu Nadzorczego w kwestiach związanych z przetwarzaniem, w tym z uprzednimi konsultacjami oraz prowadzenie konsultacji we wszelkich innych sprawach.
- 9) nadzór nad aktualnością treści Polityki Ochrony Danych Osobowych, dokumentów z nią związanych oraz z niej wynikającymi,
- 10) udzielanie odpowiedzi na zapytania kierowane do ADO przez podmioty zewnętrzne, dotyczące administrowanych zbiorów danych osobowych,
- 11) nadawanie, z upoważnienia Dyrektora Szpitala, upoważnień osobom pracującym pod nadzorem do przetwarzania danych osobowych i przeprowadzanie szkoleń dla tych osób z zakresu ochrony danych osobowych,
- 12) prowadzenie ewidencji osób upoważnionych do przetwarzania danych osobowych,
- 13) prowadzenie rejestru czynności przetwarzania danych osobowych,
- 14) prowadzenie ewidencji umów powierzenia o przetwarzanie danych osobowych oraz przechowywanie oryginałów tych umów,
- 15) nadzór nad fizycznym i organizacyjnym zabezpieczeniem miejsc, w których przetwarzane są dane osobowe,
- 16) regularne testowanie, mierzenie i ocenianie skuteczności środków technicznych i organizacyjnych wdrożonych w celu ochrony danych osobowych,
- 17) określanie obowiązków personelowi z zakresu bezpieczeństwa przetwarzania danych osobowych i podnoszenie ich świadomości w tym względzie,
- 18) przeprowadzanie okresowych szkoleń personelu uczestniczącego w operacjach przetwarzania danych,
- 19) przeprowadzanie okresowych audytów oraz analiz z procesu przetwarzania danych osobowych z punktu widzenia zasad przetwarzania danych osobowych oraz pozostałych wymagań zawartych Polityce Ochrony Danych Osobowych i dokumentach regulacyjnych, a także przedkładanie sprawozdań z tej analizy Administratorowi,
- 20) zgłaszanie naruszenia ochrony danych osobowych Organowi Nadzorcemu, (niezwłocznie, nie później niż 72 godziny po stwierdzeniu naruszenia lub po powzięciu informacji),

- 21) udzielanie wyjaśnień Organowi Nadzorcemu, odpowiedzi na zalecenia dotyczące oceny skutków dla ochrony danych oraz monitorowanie ich wykonania.
8. Zadania Inspektora Ochrony Radiologicznej określa ustawa z dnia 29 listopada 2000r. *Prawo Atomowe*.
9. Do zadań Pełnomocnika Dyrektora ds. Inwestycji Strategicznych należy:
 - 1) Nadzór nad zadaniami i inwestycjami strategicznymi z punktu widzenia Szpitala Wojewódzkiego w Poznaniu ustalonymi we współpracy z Dyrektorem;
 - 2) Koordynowanie prac pionów realizujących poszczególne etapy inwestycji prowadzonych przez Szpital;
 - 3) Koordynacja procesu realizacji inwestycji strategicznych w zakresie ich terminowości, w tym kontrola postępu wykonanych prac na poszczególnych etapach;
 - 4) Uczestnictwo w naradach koordynacyjnych związanych z inwestycjami realizowanymi przez Szpital;
 - 5) Współpraca z Pełnomocnikiem ds. Funduszy, Projektów i Rozwoju oraz komórkami organizacyjnymi Szpitala odpowiedzialnymi za poszczególne etapy realizacji inwestycji i nadzór nad całym procesem;
 - 6) Rozwiązywanie bieżących problemów, w tym rozwiązywanie ewentualnych konfliktów pomiędzy Zamawiającym a Wykonawcą;
 - 7) Raportowanie bieżącej sytuacji Dyrektorowi Jednostki.
10. Do zadań Pełnomocnika ds. Funduszy, Projektów i Rozwoju należy:
 - 1) Sporządzanie na potrzeby Dyrekcji Szpitala raportów oraz analiz w zakresie stopnia zaawansowania prac w ramach realizowanych inwestycji. Bieżące raportowanie stanu ich realizacji Dyrekcji Jednostki i podmiotom zewnętrznym;
 - 2) Wyszukiwanie informacji o możliwościach aplikowania o środki Unii Europejskiej i z innych źródeł zewnętrznych na finansowanie inwestycji i innych projektów;
 - 3) Współpraca z komórkami organizacyjnymi Szpitala w zakresie identyfikacji potrzeb i projektów możliwych do finansowania z funduszy zewnętrznych;
 - 4) Prowadzenie spraw, przy ścisłej współpracy z Zastępcą Dyrektora ds. Finansowych, Techniczno - Inwestycyjnych i Głównym Księgowym, związanych z pozyskiwaniem, wdrażaniem i rozliczaniem środków zewnętrznych pozyskanych na dofinansowanie inwestycji;
 - 5) Współpraca z instytucjami dotującymi w zakresie rozliczania zrealizowanych inwestycji oraz monitorowania wskaźników w okresie trwałości Projektów;
 - 6) Opracowywanie wniosków o dofinansowanie lub współpraca w tym zakresie z innymi komórkami organizacyjnymi Szpitala oraz kierowanie ich do właściwych organów państwowych lub samorządowych w celu pozyskania środków finansowych na realizację zadań inwestycyjnych lub innych projektów Szpitala ze środków podmiotu tworzącego, Unii Europejskiej lub innych źródeł;
 - 7) Przygotowywanie korespondencji związanej z realizacją projektów/inwestycji, udział w przygotowaniu planu finansowego Szpitala w zakresie zadań inwestycyjnych oraz sprawozdania z jego realizacji.
11. Do zadań Pełnomocnika ds. Systemu Zarządzania Jakością należy:

- 1) Wdrożenie, utrzymanie i doskonalenie Systemu Zarządzania Jakością w Szpitalu,
- 2) Przygotowanie Szpitala do uzyskania akredytacji Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia.

12. Do zadań Pełnomocnika Dyrektora ds. Opieki Koordynowanej należy:

- 1) Ścisła współpraca z lekarzami koordynatorami w filiach nr 2 i 3,
- 2) Koordynowanie, nadzorowanie oraz kontrolowanie prawidłowości udzielania świadczeń zdrowotnych w obszarach związanych z opieką koordynowaną,
- 3) Rozpatrywanie skarg, uwag, wniosków pacjentów w zakresie realizacji udzielanych świadczeń zdrowotnych w komórkach organizacyjnych wskazanych w pkt. 1,
- 4) Dokonywanie okresowych wizytacji podległych komórek organizacyjnych w celu oceny organizacji pracy dla zapewnienia jak najwyższego poziomu udzielania świadczeń medycznych,
- 5) Współdziałanie w rozwiązywaniu sytuacji spornych przedstawianych Dyrektorowi Szpitala w zakresie wykonywanych świadczeń medycznych,
- 6) Współpraca z Zastępcami Dyrektora we wszystkich aspektach dotyczących funkcjonowania Szpitala,
- 7) Nadzór nad realizacją świadczeń w ramach KOS-zawał,
- 8) Nadzór nad realizacją świadczeń w ramach Szybkiej Ścieżki Onkologicznej,
- 9) Nadzór nad realizacją świadczeń w obszarach związanych z telemedycyną, szczególnie Kardiologiczną Telerehabilitacją Hybrydową.

§ 52

Dział Sprzedaży i Statystyki Medycznej

1. Działem zarządza kierownik. W strukturach działu znajduje się:

- 1) Sekcja Sprzedaży i Statystyki Filii 2,
- 2) Centralny Sekretariat Medyczny,
- 3) Biuro Przyjęć Planowych i Rejestracji.

2. Do zadań działu należy:

- 1) przygotowywanie niezbędnej dokumentacji - ofert i materiałów do negocjacji z płatnikami w szczególności do Narodowego Funduszu Zdrowia,
- 2) rozliczanie świadczeń realizowanych na podstawie umów zawartych z płatnikami oraz świadczeń zrealizowanych dla podmiotów indywidualnych, wystawianie faktur sprzedażowych,
- 3) przekazywanie danych do Centralnej Bazy Endoprotezoplastyki oraz nadzór nad przekazywaniem danych do rejestrów wymaganych przez Narodowy Fundusz Zdrowia,
- 4) monitorowanie wykonania umów zawartych na świadczenia zdrowotne, w szczególności pod kątem wysokości zawartego kontraktu,
- 5) monitorowanie rozliczeń umów z zakresu leczenia zamkniętego i otwartego,
- 6) monitorowanie rozliczeń umów z podwykonawcami,
- 7) analizowanie sprzedaży oraz współuczestniczenie w planowaniu sprzedaży pod względem rodzajów, zakresów oraz ich wartości,

- 8) przygotowywanie oraz przekazywanie informacji o zasadach rozliczeń umów zawartych z płatnikami pracownikom Szpitala odpowiedzialnym za ich wykonanie, w tym na temat wymogów dotyczących personelu medycznego i sprzętu medycznego w komórkach organizacyjnych Szpitala,
- 9) współpraca przy opracowywaniu i aktualizowaniu cennika Szpitala,
- 10) prowadzenie, kontrola, weryfikacja i uzupełnianie danych w Księdze Głównej Szpitala i Księgach Ambulatoryjnych oraz innych księgach w zakresie ruchu chorych w systemie elektronicznym,
- 11) gromadzenie pełnych danych pacjentów w Księdze Głównej z opracowanymi wzorcami statystycznymi oraz informacjami wynikającymi z dokumentów,
- 12) sporządzanie analiz, sprawozdań oraz innych informacji statystycznych na potrzeby wewnętrzne i zewnętrzne Szpitala,
- 13) nadzór nad właściwym agregowaniem danych statystycznych (tworzenie zestawień i obliczanie wskaźników statystycznych),
- 14) nadzór nad ewidencją kolejek oczekujących w systemach informatycznych Szpitala oraz raportowanie danych do Narodowego Funduszu Zdrowia,
- 15) współpraca z instytucjami i jednostkami zewnętrznymi, w tym Głównym Urzędem Statystycznym i Wielkopolskim Rejestrem Nowotworów,
- 16) udzielanie odpowiedzi na pisma Narodowego Funduszu Zdrowia dotyczące przekazania dokumentacji medycznej.

3. Do zadań Centralnego Sekretariatu Medycznego należy:

- 1) obsługa sekretariatów medycznych znajdujących się na Oddziałach w zakresie zadań Szpitala: wypisy, rozliczenia z Narodowym Funduszem Zdrowia,
- 2) tworzenie i nadzór nad wytycznymi zapewniającymi bieżące kompletowanie dokumentacji medycznej,
- 3) przechowywanie i zabezpieczenie i zapewnienie kompletności dokumentacji medycznej na oddziałach do momentu zdania jej do Archiwum Medycznego,
- 4) udzielanie informacji pozostałym komórkom medycznym Szpitala o regulacjach prawnych w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania;
w zakresie uprawnień pacjentów do leczenia w ramach ubezpieczenia zdrowotnego; uzupełnianie brakujących wpisów o ubezpieczeniu zdrowotnym.

4. Do zadań Rejestracji do Przychodni Wielospecjalistycznej należy:

- 1) planowanie wizyt pacjentów do poradni specjalistycznych,
- 2) prowadzenie list oczekujących na porady specjalistyczne ambulatoryjne,
- 3) rejestrowanie pacjentów do poradni specjalistycznych, w tym gromadzenie i uaktualnianie danych pacjentów,
- 4) kompletowanie i przechowywanie dokumentacji medycznej oraz jej zabezpieczanie,
- 5) przygotowywanie dokumentacji medycznej (Historii zdrowia i choroby) dla poradni wg zaplanowanych wizyt,
- 6) przygotowywanie dokumentacji medycznej (Historii zdrowia i choroby) do wykonania kserokopii zgodnie wnioskami pacjentów.

5. Do zadań Biura Przyjęć Planowych należy:

- 1) rejestrowanie pacjentów na leczenie stacjonarne w oddziałach szpitala,
- 2) gromadzenie i uaktualnianie danych pacjentów, w tym osób do kontaktu i upoważnionych do uzyskiwaniu informacji o stanie zdrowia pacjenta,
- 3) sprawdzanie i rejestrowanie uprawnień do leczenia szpitalnego, w tym finansowanego ze środków publicznych,
- 4) udzielanie informacji pacjentom i ich rodzinom na temat zasad funkcjonowania szpitala oraz świadczonych usług medycznych,
- 5) wystawianie faktur za udzielone świadczenia medyczne, opłacane przez osoby fizyczne.

§ 53

Inspektorat BHP

Do zadań Inspektoratu Bezpieczeństwa i Higieny Pracy należy:

- 1) koordynowanie i nadzór w zakresie BHP w komórkach organizacyjnych Szpitala – przeprowadzanie kontroli warunków pracy oraz przestrzegania przepisów i zasad bezpieczeństwa i higieny pracy,
- 2) nadzór w zakresie wewnętrznych szkoleń bhp w komórkach organizacyjnych Szpitala (prowadzenie wewnętrznych szkoleń wstępnych ogólnych w zakresie BHP),
- 3) przedkładanie Dyrektorowi Szpitala informacji o stanie bhp w Szpitalu oraz źródłach zagrożeń zawodowych wraz z wnioskami dotyczącymi usunięcia zagrożeń,
- 4) sporządzenie i przedstawienie pracodawcy, co najmniej raz w roku, okresowych analiz stanu bezpieczeństwa i higieny pracy zawierających propozycje przedsięwzięć technicznych i organizacyjnych mających na celu zapobieganie zagrożeniom życia i zdrowia pracowników oraz poprawę warunków pracy,
- 5) udział w opracowywaniu planów modernizacji i rozwoju Szpitala oraz przedstawienie propozycji dotyczących uwzględnienia w tych planach rozwiązań techniczno-organizacyjnych zapewniających poprawę stanu bezpieczeństwa i higieny pracy w ramach obowiązujących przepisów prawa,
- 6) udział w przekazywaniu do użytkowania nowo budowanych lub przebudowanych obiektów budowlanych albo ich części, w których przewiduje się pomieszczenia pracy i urządzenia mające wpływ na warunki pracy i bezpieczeństwo pracowników- w ramach obowiązujących przepisów prawa,
- 7) przedstawienia pracodawcy wniosków dotyczących zachowania wymagań ergonomii na stanowiskach pracy,
- 8) udział w opracowywaniu zakładowych układów zbiorowych pracy, wewnętrznych zarządzeń, regulaminów i instrukcji ogólnych dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy oraz w ustalaniu zadań osób kierujących pracownikami w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy,
- 9) opiniowanie przygotowanych przez Kierowników komórek organizacyjnych szczegółowych instrukcji dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy na poszczególnych stanowiskach,
- 10) udział w ustalaniu okoliczności i przyczyn wypadków przy pracy oraz w opracowywaniu wniosków wynikających z badania przyczyn i okoliczności tych wypadków oraz zachorowań na choroby zawodowe, a także kontrola realizacji tych wniosków,
- 11) prowadzenie rejestrów, kompletowanie i przechowywanie dokumentów dotyczących wypadków przy pracy, stwierdzonych chorób zawodowych i podejrzeń o takie choroby,

- a także przechowywanie wyników badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy,
- 12) doradztwo w zakresie przepisów oraz zasad bezpieczeństwa i higieny pracy,
 - 13) udział w dokonywaniu oceny ryzyka zawodowego, które wiąże się z wykonywaną pracą,
 - 14) doradztwo w zakresie organizacji i metod pracy na stanowiskach pracy, na których występują czynniki niebezpieczne, szkodliwe dla zdrowia lub warunki uciążliwe, oraz doboru najwłaściwszych środków ochrony zbiorowej i indywidualnej,
 - 15) współpraca z komórkami organizacyjnymi i osobami, w szczególności w zakresie organizowania i zapewnienia odpowiedniego poziomu szkoleń w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy oraz zapewnienia właściwej adaptacji zawodowej nowo zatrudnionych pracowników,
 - 16) współpraca z laboratoriami upoważnionymi, zgodnie z odrębnymi przepisami, do dokonywania badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia lub warunków uciążliwych, występujących w środowisku pracy, w zakresie organizowania tych badań i pomiarów oraz sposobów ochrony pracowników przed tymi czynnikami i warunkami,
 - 17) współpraca z laboratoriami i innymi jednostkami zajmującymi się pomiarami stanu środowiska naturalnego, działającymi w systemie państwowego monitoringu środowiska, określonego w odrębnych przepisach,
 - 18) współdziałanie z lekarzem sprawującym profilaktyczną opiekę zdrowotną nad pracownikami, a w szczególności przy organizowaniu okresowych badań lekarskich pracowników,
 - 19) współdziałanie ze społeczną inspekcją pracy oraz z zakładowymi organizacjami związkowymi,
 - 20) uczestniczenie w pracach, powołanej przez pracodawcę, komisji bezpieczeństwa i higieny pracy oraz w innych zakładowych komisjach zajmujących się problematyką bezpieczeństwa i higieny pracy, w tym zapobieganiu chorobom zawodowym i wypadkom przy pracy,
 - 21) inicjowanie i rozwijanie na terenie zakładu pracy różnych form popularyzacji problematyki bezpieczeństwa i higieny pracy oraz ergonomii.

§ 54

Audytor wewnętrzny

Do zadań Audytora wewnętrznego należy:

- 1) przeprowadzanie audytu wewnętrznego w odniesieniu do zadań i celów Szpitala realizowanych przez komórki organizacyjne, a w szczególności dokonywanie obiektywnej i należytej oceny kontroli zarządczej w obszarze ryzyka objętym zadaniem audytowym,
- 2) przeprowadzanie zadań audytowych doradczych w ramach audytów: finansowych, zgodności, działalności operacyjnej i informatycznych, w zakresie poprawności gospodarowania środkami publicznymi, wydajności, legalności, skuteczności i efektywności działań Szpitala,
- 3) ustalanie w sposób obiektywny i rzetelny stanu faktycznego, stwierdzenie ewentualnych uchybień i nieprawidłowości, analizowanie ich przyczyn i skutków, przedstawienie Dyrektorowi zaleceń i proponowanie usprawnień,
- 4) nadzór nad działaniami korygującymi, zapobiegawczymi, usługami niezgodnymi i wyrobami niezgodnymi,

- 5) możliwość dokonywanie czynności sprawdzających każdego przeprowadzonego zadania audytowego, o wyniku jest informowany Dyrektor Szpitala i kierownicy audytowanych komórek organizacyjnych,
- 6) przedstawienie Dyrektorowi Szpitala planu audytu na rok następny oraz sprawozdania z wykonania audytu za rok poprzedni,
- 7) nadzór nad realizacją ustalonych celów szczegółowych przypisanych do każdego procesu realizowanego w Szpitalu,
- 8) monitorowanie realizacji wydanych wniosków i zaleceń poaudytowych,
- 9) audyt wewnętrzny obejmuje swoim zakresem wszystkie obszary działania Szpitala.

§ 55

Kapelan

Kapelan Szpitala pełni posługę duszpasterską dla pacjentów Szpitala poprzez sprawowanie sakramentu pokuty w kaplicy szpitalnej i na salach chorych, odprawę nabożeństw w kaplicy szpitalnej i udzielanie Komunii Św. chorym przebywającym w salach chorych Szpitala.

Rozdział IX

Komórki organizacyjne w poszczególnych pionach

Pion Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa Szpitalnego

§ 56

Komórki organizacyjne działalności medycznej

Zakres i sposób funkcjonowania poszczególnych komórek organizacyjnych podległych Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa Szpitalnego działalności medycznej określają załączniki do Regulaminu.

§ 57

Komórki organizacyjne działalności medycznej

Zakres i sposób funkcjonowania poszczególnych komórek organizacyjnych podległych Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa Rehabilitacyjnego, Długoterminowego, Psychiatrycznego i Ambulatoryjnego działalności medycznej określają załączniki do Regulaminu.

Pion Zastępcy Dyrektora ds. Finansowych

§ 58

Główny Księgowy

1. Główny Księgowy koordynuje i nadzoruje całokształt prac z zakresu rachunkowości. Działa w granicach przepisów zawartych w Ustawie o rachunkowości i Ustawie o finansach publicznych. Nadzoruje pracę Działu Księgowości, w skład którego wchodzi sekcja księgowości Filii nr 2.
2. Do podstawowych zadań Głównego Księgowego należy:
 - 1) prowadzenie rachunkowości zgodnie z obowiązującymi zasadami i przepisami, poprzez zorganizowanie i doskonalenie sporządzania, przyjmowania, obiegu i kontroli dokumentów w sposób zapewniający właściwy przebieg operacji gospodarczych i ochronę mienia Szpitala,

- 2) prowadzenie gospodarki finansowej zgodnie z obowiązującymi zasadami polegającymi przede wszystkim na przestrzeganiu zasad rozliczeń pieniężnych i ochrony wartości i dochodzeniu roszczeń spornych,
- 3) prawidłowe naliczanie i ewidencjonowanie podatków,
- 4) terminowe i rzetelne sporządzanie oraz przekazywanie sprawozdań finansowych,
- 5) opracowywanie projektów przepisów wewnętrznych wydawanych przez Dyrektora dotyczących prowadzenia rachunkowości w szczególności polityki rachunkowości, zakładowego planu kont, obiegu dokumentów, zasad przeprowadzania i rozliczania inwentaryzacji,
- 6) dostarczanie informacji dla stworzenia strategii finansowej i planu finansowego,
- 7) realizacja prawidłowego systemu zbierania i przepływu danych dotyczących operacji gospodarczych ujętych w księgach rachunkowych,
- 8) pełnienie nadzoru nad prawidłowym obiegiem dokumentów księgowych.

3. Do zadań Działu Księgowości należy:

- 1) dokonywanie bieżących rozliczeń finansowych i operacji kasowych,
- 2) prowadzenie kasy Szpitala,
- 3) dokonywanie przelewów wynagrodzeń, potrąceń oraz wypłat gotówkowych,
- 4) kontrolowanie dokumentacji pod względem formalno – rachunkowym, uzyskania zgodności merytorycznej z zawartymi umowami, porozumieniami i zarządzeniami,
- 5) sporządzanie dokumentów bankowych na podejmowanie i przekazywanie środków pieniężnych,
- 6) sporządzanie przelewów i czeków gotówkowych oraz prowadzenie ich rozliczenia,
- 7) prowadzenie windykacji należności wraz z wystawianiem not obciążeniowych,
- 8) prowadzenie na bieżąco ksiąg rachunkowych, obowiązujących rejestrów, kartotek dotyczących zagadnień finansowo – księgowych – umożliwiających prawidłowe sporządzanie sprawozdań finansowych,
- 9) uzgadnianie sald z dłużnikami i wierzycielami,
- 10) dokonywanie zmian stanu i wartości środków trwałych oraz wartości niematerialnych i prawnych w wyniku przyjęcia do użytkowania z zakupu, inwestycji, nieodpłatnego przekazania-przejęcia, likwidacji, przeszacowania, ujawnienia i przekwalifikowania pozostałych środków trwałych na skutek zmiany wartości granicznej środka trwałego,
- 11) prowadzenie ewidencji gruntów,
- 12) ewidencja i rozliczanie środków finansowych otrzymywanych z funduszy europejskich i innych, a także dotacji z budżetu Województwa Wielkopolskiego i pozostałych uprawnionych podmiotów,
- 13) wykonywanie czynności inwentaryzacyjnej pełnej, okresowej, zdawczo – odbiorczej majątku trwałego oraz jej rozliczanie,

- 14) rozliczanie czynności związanych z kasacją zużytego sprzętu i wyposażenia,
- 15) sporządzanie załączników do bilansu w zakresie aktualnego stanu środków trwałych, wartości niematerialnych i prawnych zmian w Funduszu Założycielskim, Funduszu Zakładu oraz w Funduszu Specjalnym,
- 16) tworzenie wykazu środków trwałych, wyposażenia i wartości niematerialnych i prawnych w celach sprawozdawczych.

§ 59

Dział Controllingu, Analiz i Planowania Finansowego

Do zadań Działu Controllingu, Analiz i Planowania Finansowego należy:

- 1) opracowywanie i przygotowywanie założeń do planu finansowego Szpitala oraz bieżąca analiza, monitorowanie i badanie przyczyn odchylenia wyniku finansowego w stosunku do planu finansowego,
- 2) przygotowywanie budżetów rocznych oraz miesięcznych dla poszczególnych komórek organizacyjnych medycznych i niemiedycznych Szpitala poprzez wyznaczenie limitów dla poszczególnych pozycji przychodowo – kosztowych w danej komórce, głównie dla pozycji kosztów zmiennych (leki, sprzęt i inne), kontrola ich wykonania, analiza odchylenia, badanie przyczyn odchylenia, formułowanie wniosków i przedstawianie propozycji rozwiązań,
- 3) identyfikacja rentowności poszczególnych komórek organizacyjnych Szpitala,
- 4) wspieranie procesów decyzyjnych i zarządczych Szpitala poprzez okresowe i doraźne analizy ekonomiczne na różnych obszarach działalności,
- 5) kalkulacja kosztów bezpośrednich i pośrednich zgodnie z przyjętym rachunkiem kosztów Szpitala,
- 6) planowanie płynności finansowej Szpitala,
- 7) sporządzanie analiz finansowych,
- 8) analiza oraz przedstawianie pozyskania zewnętrznych źródeł finansowania bieżącej działalności Szpitala w postaci kredytów, pożyczek, dotacji oraz darowizn
- 9) planowanie kosztów jednostkowych dla badań i procedur medycznych oraz innych usług świadczonych przez Szpital.

Pion Zastępcy Dyrektora ds. Personalnych, Jakości i Marketingu

§ 60

Dział Jakości i Marketingu

1. Pracę Działu nadzoruje kierownik.
2. W ramach Działu funkcjonują:
 - a) Rzecznik Prasowy
 - b) Archiwum Medyczne
3. Do zadań Działu Jakości i Marketingu należy:
 - 1) koordynowanie prac związanych z opracowywaniem i wdrożeniem systemu zarządzania jakością,
 - 2) nadzór nad realizacją przyjętej Polityki Jakości,

- 3) organizowanie i wykonywanie czynności zmierzających do wystąpienia z wnioskiem o wydanie certyfikatu akredytacyjnego lub innego certyfikatu systemu zarządzania,
- 4) współdziałanie ze wszystkimi komórkami działalności podstawowej w celu opracowania możliwych do wdrożenia standardów udzielania świadczeń zdrowotnych w oparciu o wypracowane dotychczas metody stosowane w Szpitalu, a mające pozytywny wpływ na jakość i sprawność wykonywania świadczeń zdrowotnych,
- 5) przygotowanie i udział w szkoleniach pracowników w zakresie wprowadzania standardów jakości usług medycznych, nadzór nad prawidłowością i terminowością szkoleń wszystkich pracowników w zakresie zapewnienia jakości,
- 6) realizacja, przechowywanie, nadzorowanie, archiwizowanie wszelkiej dokumentacji dotyczącej zapewnienia jakości (Księga Jakości, procedury, instrukcje),
- 7) prowadzenie ankiet satysfakcji pacjenta w celu dążenia do poprawy jakości usług medycznych,
- 8) opracowywanie wyników z przeprowadzonych badań satysfakcji pacjentów,
- 9) szkolenie nowo przyjętych pracowników z zarządzania jakością,
- 10) sprawdzanie rzeczywistego stanu systemu zarządzania poprzez planowanie i nadzorowanie audytów wewnętrznych,
- 11) nadzorowanie realizacji działań korygujących i zapobiegawczych,
- 12) przedstawianie Dyrekcji Szpitala informacji o funkcjonowaniu systemu zarządzania jakością na Przeglądach Jakości,
- 13) prowadzenie spraw związanych ze skargami wpływającymi do Szpitala i prowadzenie rejestru skarg wpływających do Szpitala,
- 14) prowadzenie rejestru zdarzeń niepożądanych oraz wprowadzenie działań korygujących i zapobiegawczych,
- 15) kreowanie i realizacja polityki marketingowej, w tym aktywne pozyskiwanie informacji z oddziałów i aktualizacja treści na stronie internetowej Szpitala, nadzór nad prawidłowym stosowaniem logotypu Szpitala, przygotowywanie informacji i nadzór nad publikacjami dotyczącymi Szpitala,
- 16) obsługa marketingowa Szpitala,
- 17) prowadzenie działań w zakresie promocji Szpitala,
- 18) administrowanie stroną internetową Szpitala,
- 19) prowadzenie kont Szpitala na portalach społecznościowych, takich jak Facebook, Instagram, itp.,
- 20) organizacja działań z zakresu promocji zdrowia,
- 21) przygotowywanie grafik, ulotek, plakatów dotyczących profilaktyki zdrowotnej, jak i na potrzeby promocji Szpitala,
- 22) prowadzenie rejestru zdarzeń medycznych,
- 23) nadzór nad przyjętym w Szpitalu systemem oznakowania Szpitala, w tym zamawianie materiałów o charakterze marketingowym.
- 24) zamawianie i prowadzenie ewidencji tablic informacyjnych o charakterze organizacyjno – technicznym,

3. Do podstawowych obowiązków Rzecznika Prasowego należy:

- 1) kontakt z mediami i reprezentowanie Szpitala w mediach utrzymywanie i poszerzanie efektywnych relacji z mediami,
 - 2) kształtowanie pozytywnego wizerunku Szpitala,
 - 3) realizacja przyjętej polityki informacyjnej,
 - 4) monitoring prasy i publikacji internetowych dotyczących Szpitala oraz bieżące informowanie Dyrektora Szpitala o informacjach pojawiających się w mediach dotyczących Szpitala i zagadnień służby zdrowia;
 - 5) kreowanie i realizacja polityki marketingowej, w tym aktywne pozyskiwanie informacji z oddziałów, nadzór nad prawidłowym stosowaniem logotypu Szpitala, przygotowywanie informacji i nadzór nad publikacjami dotyczącymi Szpitala,
 - 6) kreowanie całokształtu działań Public Relations i nadzór nad odpowiednim wizerunkiem Szpitala w środkach masowego przekazu,
 - 7) odpowiedzialność za obsługę marketingową Szpitala przy współpracy z Działem Jakości i Marketingu,
 - 8) prowadzenie działań w zakresie promocji Szpitala przy współpracy z Działem Jakości i Marketingu,
 - 9) prowadzenie kont Szpitala na portalu Facebook, przy współpracy z Działem Jakości i Marketingu,
 - 10) nadzór merytoryczny nad informacjami zawartymi na stronie internetowej Szpitala.
4. W skład Archiwum Medycznego wchodzi Archiwum Medyczne w filiach nr 1, 2, 3. Do jego zadań należy:
- 1) ewidencjonowanie dokumentacji chorych, jej segregowanie i katalogowanie,
 - 2) udostępnianie dokumentacji medycznej na potrzeby komórek organizacyjnych oraz na zewnątrz, zgodnie z obowiązującymi przepisami,
 - 3) udzielanie odpowiedzi na wnioski o wydanie dokumentacji medycznej dla osób indywidualnych oraz instytucji zewnętrznych (sądy, prokuratura),
 - 4) współpraca z komórkami organizacyjnymi Szpitala w zakresie prawidłowego klasyfikowania akt przygotowanych do przechowywania w terminie przewidzianym w instrukcji,
 - 5) przechowywanie dokumentacji w warunkach zapobiegających jej zniszczenia i pozwalających na szybkie jej wykorzystanie.

§ 61

Dział Informatyki

1. W skład Działu Informatyki wchodzi Sekcja Informatyki w Filii nr 2.
2. Do zadań Działu Informatyki należy:
 - 1) tworzenie, konfiguracja, utrzymanie i nadzór techniczny nad systemami teleinformatycznymi w Szpitalu,
 - 2) zlecenie lub wykonywanie napraw i konserwacji sprzętu teleinformatycznego,
 - 3) instalacja, opieka i aktualizacja oraz nadzór użytkowo-techniczny nad sprzętem teleinformatycznym i telefonicznym oraz oprogramowaniem,
 - 4) stały nadzór nad systemami IT realizującymi zadania wynikające z działalności statutowej Szpitala oraz innych systemów funkcjonujących w ramach Szpitala,

- 5) zapewnienie prawidłowego funkcjonowania systemu telefonicznego w Szpitalu, w tym konfiguracja, utrzymanie i nadzór techniczny,
- 6) archiwizacja danych informatycznych,
- 7) wsparcie użytkowników aplikacji informatycznych w zakresie użytkowania, konfigurowania i użytkowania oprogramowania,
- 8) prowadzenie polityki bezpieczeństwa w zakresie dostępu do zasobów teleinformatycznych Szpitala oraz dostępu do pomieszczeń teleinformatycznych (serwerownie) przy współudziale inspektora ochrony danych osobowych,
- 9) opracowanie wniosków o wszczęcie postępowań o udzielenie zamówienia publicznego, udział w pracach komisji przetargowych oraz realizacja zakupów towarów i usług będących w kompetencji Działu.

§ 62

Dział Zaopatrzenia

1. Pracę działu koordynuje kierownik.
2. W skład Działu wchodzi:
 - 1) Sekcja Zaopatrzenia Filii nr 2,
 - 2) Magazyn Centralny,
 - 3) Sekcja Transportu Wewnętrznego.
3. Do zadań Działu należy:
 - 1) nadzór oraz monitoring realizacji umów zawartych przez Szpital w obszarach gospodarki materiałowej i dostaw,
 - 2) prowadzenie ewidencji z zakresu zamówień, potwierdzeń realizacji dostaw i terminowego rozliczania faktur,
 - 3) prowadzenie ewidencji faktur, kontroli merytorycznej, rozliczania według rodzaju i miejsca powstawania kosztów oraz przekazywania ich do Działu Księgowości,
 - 4) sporządzanie reklamacji dotyczących jakości i ilości otrzymanych towarów,
 - 5) zbieranie zapotrzebowania komórek organizacyjnych na dostawy materiałów – planowanie i organizowanie zamówień,
 - 6) organizowanie dostarczenia asortymentu do odpowiednich komórek organizacyjnych Szpitala,
 - 7) składanie informacji o kończących się umowach, ich wykorzystaniu pod względem ilościowym oraz kwotowym do poszczególnych pionów merytorycznych w celu przygotowania wniosku przez pionów merytoryczne,
 - 8) prowadzenie całokształtu gospodarki magazynowej,
 - 9) kontrolowanie wyznaczonych limitów budżetowych dla poszczególnych komórek organizacyjnych Szpitala, w tym raportowanie z wykonania limitów budżetowych i stany przekroczenia,
 - 10) dystrybucja wody dla pracowników w okresie letnim.
4. Do zadań Magazynu Centralnego należy:

- 1) przyjmowanie asortymentu i sprzętu na podstawie faktury lub WZ otrzymanej od dostawcy, po uprzednim sprawdzeniu zamówienia i ilości otrzymanego towaru dostarczonego do Magazynu Centralnego,
 - 2) sporządzenie protokołu rozbieżności w przypadku stwierdzenia różnic pomiędzy stanem faktycznym a ilością na fakturze podpisany przez magazyniera i kuriera,
 - 3) ewidencjonowanie, nadawanie indeksów materiałowych i wystawianie dokumentu magazynowych (PZ) poprzez system komputerowy na podstawie faktury lub WZ,
 - 4) przekazywanie faktur wraz z kopią dokumentu przyjęcia (PZ) do Działu Zaopatrzenia,
 - 5) prowadzenie kartotek imiennych pracowników Szpitala w zakresie przydziału odzieży roboczej,
 - 6) dostarczanie towaru, sprzętu i materiałów na oddziały szpitalne lub powiadomienie komórki organizacyjnej o konieczności odbioru asortymentu,
 - 7) wydawanie towaru, sprzętu i materiałów pozostałym komórkom organizacyjnym szpitala jedynie na podstawie zatwierdzonego przez osoby upoważnione dokumentu magazynowego zapotrzebowania,
 - 8) informowanie zainteresowane komórki o dostawie zamówionego towaru do Magazynu Centralnego,
 - 9) wystawianie dowodu wydania RW asortymentu zamówionego przez komórki organizacyjne na podstawie formularza zapotrzebowania i dostarczenie towaru na oddział zgodnie z ich przeznaczeniem lub poinformowania komórki o konieczności osobistego odbioru,
 - 10) wystawianie dowodu zwrotu materiału na zewnątrz – WZ na podstawie dokumentu uzasadniającego konieczność wydania materiału z magazynu dla wykonawców obcych,
 - 11) przyjmowanie zwrotu pobranych materiałów z magazynu w przypadku np.: pobrania nadmiernej ilości, pobrania niewłaściwego materiału itp.,
 - 12) informowanie Działu Zaopatrzenia o braku asortymentu w magazynie,
 - 13) prowadzenie, zgodnie z obowiązującymi przepisami, ewidencji ruchu i stanów zapasów (ilościowej i wartościowej ewidencji magazynowej),
 - 14) okresowe kontrolowanie zgodności rzeczywistego stanu zapasów z ewidencją.
5. Do zadań Sekcji Transportu Wewnętrznego należy:
- 1) Transport wewnętrzny towarów, sprzętu i materiałów na oddziały szpitalne wraz z dowodem wydania z Magazynu Centralnego, zgodnie z zapotrzebowaniem przesłanym drogą elektroniczną lub telefoniczną.
 - 2) Rozwiezienie towarów dostarczonych przez kurierów do jednostek zamawiających.
 - 3) Pobieranie środków medycznych z Centralnej Apteki Szpitalnej i dostarczanie do jednostek organizacyjnych
 - 4) Przyjęcie zwrotu pobranych materiałów w przypadku np.: pobrania nadmiernej ilości, pobrania niewłaściwego materiału itp.

§ 63 Manager HR

1. Manager HR planuje i nadzoruje pracę Działu Kadr i Plac, w skład którego wchodzi Sekcja Kadr i Plac w Filii nr 2.
2. Za koordynację pracy działu odpowiada kierownik.
3. Do zadań Działu należą:
 - 1) kompleksowe prowadzenie spraw pracowniczych w zakresie objętym przepisami prawa pracy,
 - 2) kompleksowe prowadzenie spraw związanych z zawieraniem umów cywilnoprawnych w zakresie świadczenia pracy na rzecz Szpitala,
 - 3) udział w kształtowaniu polityki kadrowej Szpitala,
 - 4) rekrutacja pracowników zgodnie z odpowiednim wykształceniem, doświadczeniem zawodowym, wymaganymi uprawnieniami i umiejętnościami,
 - 5) prowadzenie ewidencji pracowników, akt osobowych, urlopów, czasową niezdolnością do pracy oraz wydawanie zaświadczeń o zatrudnieniu i wynagrodzeniu,
 - 6) analiza potrzeb kadrowych ze szczególnym uwzględnieniem kadr wykwalifikowanych,
 - 7) ewidencjonowanie oraz analizowanie wykroczeń dyscyplinarnych i udzielanych kar regulaminowych,
 - 8) archiwizacja dokumentacji pracowniczej,
 - 9) prowadzenie spraw związanych z odbywaniem staży specjalizacyjnych, rezydenckich i podyplomowych przez personel medyczny Szpitala oraz praktyk zawodowych na podstawie odrębnie zawartych umów,
 - 10) prowadzenie spraw w zakresie ruchu osobowego, jak: przeniesienia, przeszerogowania, awanse, degradacja, oraz wprowadzanie odpowiednich zmian w dokumentacji kadrowej,
 - 11) wydawanie opinii, zaświadczeń oraz udzielanie informacji o pracowniku na potrzeby wewnętrzne i instytucji zewnętrznych do tego upoważnionych,
 - 12) kontrolowanie badań profilaktycznych wszystkich pracowników – zdolności do pracy,
 - 13) ustalanie, wg obowiązujących przepisów, stażów pracy, wysokości nagród jubileuszowych, wymiaru okresu wypowiedzenia, uprawnień emerytalnych itp.
 - 14) prowadzenie dokumentacji związanej z ubezpieczeniem społecznym pracowników,
 - 15) przygotowywanie postępowań konkursowych na niektóre stanowiska kierownicze w publicznych zakładach opieki zdrowotnej,
 - 16) kompletowanie dokumentacji płacowej,
 - 17) naliczanie wynagrodzeń, zasiłków chorobowych, opiekuńczych, macierzyńskich,
 - 18) sporządzanie list płac,
 - 19) sporządzanie i przekazywanie drogą elektroniczną dokumentów imiennych i rozliczeniowych do ZUS-u,
 - 20) obliczanie i sporządzanie na potrzeby podatku dochodowego od osób fizycznych PIT-4r, PIT-11, PIT-40,

- 21) realizacja potrąceń komorniczych i innych względem pracowników Szpitala, zgodnie z obowiązującymi przepisami,
- 22) prowadzenie sprawozdawczości w zakresie spraw osobowych: miesięczne, kwartalne, roczne,
- 23) przeprowadzanie okresowych analiz kwalifikacji pracowników oraz stanów zatrudnienia,
- 24) załatwianie spraw kadrowych w granicach nałożonych obowiązków i przyznaných uprawnień przez dyrektora,
- 25) sporządzanie deklaracji PFRON,
- 26) kontrolowanie ważności uprawnień zawodowych wymaganych na danym stanowisku pracy,
- 27) opracowanie projektów regulaminów wewnętrznych, zarządzeń i pism związanych z pracą,
- 28) współpraca z organizacjami związkowymi we wszystkich sprawach pracowniczych,
- 29) opracowanie analiz, raportów, informacji dla potrzeb Dyrekcji Szpitala,
- 30) zarządzanie ze strony administratora Systemem Monitorowania Kształcenia
- 31) prowadzenie spraw związanych z Zakładowym Funduszem Świadczeń Socjalnych:
 - a) prawidłowe gospodarowanie środkami ZFŚS, zgodnie z regulaminem zakładowego funduszu świadczeń socjalnych,
 - b) współdziałanie z komisją socjalną przy ustalaniu zasad podziału ZFŚS,
 - c) prowadzenie dokumentacji związanej z wypłatą świadczeń za wypoczynek pracowników i ich dzieci,
 - d) udzielanie pomocy materialnej pracownikom w postaci rzeczowych lub pieniężnych świadczeń okolicznościowych,
 - e) prowadzenie dokumentacji związanej z udzielaniem pożyczek na cele mieszkaniowe,
 - f) przygotowywanie posiedzeń komisji socjalnej oraz jej obsługa organizacyjna,
 - g) współdziałanie w opracowywaniu regulaminu ZFŚS,
 - h) prowadzenie sprawozdawczości w zakresie spraw socjalnych,
 - i) księgowanie wypłat z ZFŚS do systemu.

Pion Zastępcy Dyrektora ds. Inwestycyjno – Technicznych

§ 64 Dział Techniczny

1. Za pracę Działu Technicznego odpowiada Kierownik. W strukturach Działu znajdują się:
 - 1) Sekcja Techniczna Filii nr 2
 - 2) Sekcja Techniczna Filii nr 3.
2. Do zadań Działu należy:
 - 1) prowadzenie ksiąg obiektów,

- 2) nadzorowanie i kontrolowanie prawidłowego użytkowania obiektów budowlanych zgodnie z ich przeznaczeniem i wymogami ochrony środowiska oraz ich utrzymywanie w należyтым stanie technicznym i estetycznym zgodnie z przepisami Ustawy Prawo Budowlane,
- 3) przeprowadzanie w cyklu półrocznym, jednorocznym i pięcioletnim przeglądów – kontrolę okresową stanu technicznego sprawności obiektów oraz sporządzanie na tę okoliczność stosownych protokołów,
- 4) sporządzanie i składanie właściwemu organowi deklaracji z tytułu podatku od nieruchomości zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa,
- 5) zarządzanie nieruchomościami gruntowymi i budynkowymi,
- 6) nadzorowanie przebiegu realizacji remontów i inwestycji przez firmy zewnętrzne oraz dokonywanie odbioru obiektów i przekazywanie ich do użytkowania,
- 7) sprawowanie nadzoru nad pracami ślusarsko – stolarskimi,
- 8) uczestniczenie w kontrolach Państwowej Inspekcji Sanitarnej oraz przygotowywanie korespondencji dotyczącej uchybień,
- 9) załatwianie spraw u Konserwatora Zabytków związanych ze zgodą i pozwoleniem na rozpoczęcie prac remontowych na obiektach znajdujących się pod ochroną konserwatora zabytków,
- 10) załatwianie wszelkich spraw związanych z realizacją remontów i inwestycji, w tym zlecenie przygotowania dokumentacji projektowej,
- 11) planowanie i koordynacja prac we wszystkich budynkach Szpitala (przeglądy kominiarskie, dekarские itp.).

3. Do zadań Sekcji Instalacyjnej należy:

- 1) bieżąca konserwacja instalacji wodnej i kanalizacyjnej,
- 2) opracowywanie planów konserwacji i remontów bieżących i kapitalnych, harmonogramów prac,
- 3) współdziałanie z komórkami organizacyjnym Szpitala,
- 4) planowanie zapotrzebowania w zakresie części zamiennych, materiałów technicznych niezbędnych do utrzymania ciągłości ruchu Szpitala.

4. Do zadań Sekcji Aparatury Medycznej należy:

- 1) konserwacja bieżąca aparatury i sprzętu medycznego,
- 2) naprawa aparatury i sprzętu medycznego,
- 3) wydawanie orzeczeń technicznych na sprzęt i aparaturę medyczną kierowaną do kasacji,
- 4) planowanie zapotrzebowania w zakresie części zamiennych, materiałów technicznych niezbędnych do utrzymania ciągłości ruchu Szpitala,
- 5) gromadzenie aktualnych informacji o aparaturze i sprzęcie medycznym, źródłach i warunkach dostawy, cenie, parametrach technicznych i użytkowych (prospekty, katalogi, cenniki, itp.),
- 6) prowadzenie bieżącej ewidencji oraz kompletowanie i przechowywanie dokumentacji technicznej aparatury i sprzętu medycznego, będącego na wyposażeniu Szpitala,

- 7) zapewnienie przeglądów i konserwacji aparatury i sprzętu medycznego zgodnie z instrukcjami o prowadzeniu paszportów technicznych i wymaganiami eksploatacyjnymi oraz zleceniami producenta,
5. Do zadań Sekcji Konserwacyjno – Budowlanej należy:
- 1) udział w planowaniu konserwacji i remontów bieżących i kapitalnych, harmonogramów prac itp.,
 - 2) konserwacja bieżąca budynków i pomieszczeń Szpitala,
 - 3) remonty pomieszczeń, zgodnie z planem Działu,
 - 4) prowadzenie remontów gospodarczych – naprawy mebli, łóżek, wózków transportowych, inwalidzkich itp. oraz wykonywanie napraw gospodarczych, konserwacji i remontów ogrodzenia, ławek, koszy na śmieci, dróg dojazdowych i chodników,
 - 5) wykonywanie prac zapewniających utrzymanie ruchu ciągłego Szpitala, usuwanie awarii i usterek.

§ 65 Dział Gospodarczy i Logistyki

1. Pracę Działu nadzoruje kierownik.
2. Do zadań Działu należy:
 - 1) dysponowanie posiadanymi środkami transportu, sprawdzanie stanu technicznego, prowadzenie spraw związanych z rejestracją i ubezpieczeniem pojazdów, realizacja napraw, prowadzenie pełnej dokumentacji, sterowanie pracą kierowców,
 - 2) sporządzanie sprawozdań dotyczących gospodarki odpadami, wystawianie kart przekazania odpadów, prowadzenie magazynu odpadów medycznych i ich ewidencji,
 - 3) nadzór nad parkingami i rozliczanie opłat parkingowych,
 - 4) pielęgnacja terenów zielonych, nadzór nad sprzętem ogrodniczym,
 - 5) utrzymanie porządku na terenie Szpitala, z wyłączeniem utrzymania porządku w budynkach Szpitala,
 - 6) utrzymanie dróg i chodników w okresie zimowym,
 - 7) prowadzenie gospodarki mieniem (przygotowanie dokumentacji do przetargów na wynajem wolnych powierzchni użytkowych, nadzorowanie wynajmu lokali i powierzchni użytkowych, sporządzanie sprawozdań do Urzędu Marszałkowskiego),
 - 8) organizowanie pracy pracownikom gospodarczym (wywóz odpadów z oddziałów, transport towarów z magazynu, transport wewnętrzny, prace porządkowe),
 - 9) obsługa kasacji sprzętu (transport sprzętów z oddziałów, przygotowywanie protokołów kasacyjnych),
 - 10) zapewnienie stałego dopływu wszystkich mediów wraz z prowadzeniem racjonalnej gospodarki nimi (prąd, gaz, woda, kanalizacja, ciepło, wywóz odpadów itp.),

- 11) nadzór nad zabezpieczeniem ochrony budynków Szpitala – przygotowanie dokumentacji do przetargu i realizacja umowy,
- 12) nadzorowanie pracy osób skazanych skierowanych do pracy przez Sąd Rejonowy w Poznaniu na wykonywanie nieodpłatnej pracy na cele społeczne, składanie comiesięcznych sprawozdań dla Zespołu Kuratorskiej Służby Sądowej,
- 13) prowadzenie szatni depozytu odzieży pacjentów oraz szatni w Rotundzie Szpitala,
- 14) przygotowywanie dokumentacji związanej z przetargami na transport zewnętrzny, artykuły czystości i gospodarstwa domowego, worki foliowe, artykuły biurowe, odbiór i utylizację odpadów medycznych, ostrzenie i regenerację narzędzi chirurgicznych, pieczętki, tablice informacyjne, naprawę urządzeń biurowych, zakup wody w butlach,
- 15) nadzór nad pracownikami Depozytu Odzieży Pacjenta.

§ 66

Dział Żywienia

1. W skład Działu Żywienia wchodzi Sekcja Żywienia Filii nr 2.
2. Pracę Działu nadzoruje kierownik.
3. Do zadań Działu należy:
 - 1) organizacja, nadzór i kontrola nad żywieniem pacjentów szpitala,
 - 2) nadzór nad procesem przechowywania produktów spożywczych, przygotowania posiłków i dystrybucji posiłków na oddziały,
 - 3) przygotowywanie zapotrzebowania na dostawę produktów spożywczych,
 - 4) inicjowanie niezbędnych zakupów sprzętu i przeglądów, oraz napraw i remontów.

§ 67

Główny Energetyk

1. Główny Energetyk Szpitala odpowiada za stan instalacji elektroenergetycznej we wszystkich budynkach Szpitala. Odpowiada za prawidłową gospodarkę energią elektryczną oraz za sprawność techniczną instalacji. Ustala zasady współdziałania Szpitala z dostawcami energii. Sprawuje nadzór nad Sekcją Elektryczną.
2. Do zadań Sekcji Elektrycznej należy:
 - 1) bieżąca konserwacja instalacji elektrycznej,
 - 2) opracowywanie planów konserwacji i remontów bieżących i kapitalnych, harmonogramów prac,
 - 3) współdziałanie z komórkami organizacyjnym Szpitala,
 - 4) planowanie zapotrzebowania w zakresie części zamiennych, materiałów technicznych niezbędnych do utrzymania ciągłości ruchu Szpitala,
 - 5) eksploatacja urządzeń i instalacji elektrycznych w sposób zapewniający właściwe i zgodne z przeznaczeniem wykorzystanie urządzeń, racjonalne i oszczędne gospodarowanie energią elektryczną, bezpieczeństwo obsługi i otoczenia oraz zachowanie wymagań ochrony środowiska zgodnie z przepisami w tym zakresie,
 - 6) zapewnienie przesyłu i rozdziału energii elektrycznej, w tym uzyskanej z rezerwowych źródeł zasilania – baterii akumulatorów i agregatów prądotwórczych,

- 7) zapewnienie montażu, rozruchu urządzeń elektrycznych i przyjmowanie do eksploatacji nowo zakupionych oraz nowo instalowanych po przeprowadzonych remontach i naprawach własnych lub zleconych na zewnątrz i sporządzanie – uaktualnianie dokumentacji w tym zakresie,
- 8) okresowe odczyty stanów liczników energii elektrycznej i innych liczników mediów; wykonywanie pomiarów elektrycznych, oraz badanie stanu technicznego sieci i instalacji elektrycznych zgodnie z obowiązującymi przepisami,
- 9) wydawanie orzeczeń technicznych na sprzęt, maszyny i urządzenia elektryczne.

§ 68

Samodzielne stanowisko ds. ppoż.

1. Do zadań samodzielnego stanowiska ds. ppoż. należy:
 - 1) opracowanie i systematyczne uaktualnianie Instrukcji Przeciwpożarowej i Planu Ewakuacji,
 - 2) analizowanie stanu i nadzór nad wyposażeniem w podręczny sprzęt gaśniczy, instrukcje pożarowe, tablice informacyjne,
 - 3) nadzór nad automatycznym systemem sygnalizacji pożaru,
 - 4) utrzymanie w ruchu i sprawności technicznej systemów przeciwpożarowych oraz reagowanie na ich uruchomienie.

Pion Zastępcy Dyrektora ds. Pielęgniarstwa

§ 69

Przełożony Pielęgniarek i Położnych

Przełożony Pielęgniarek i Położnych koordynuje, nadzoruje i kontroluje pracę wyższego personelu pielęgniarskiego i położniczego w komórkach organizacyjnych szpitala, nadzoruje pracę ratowników medycznych oraz opiekunów medycznych.

§ 70

Pielęgniarki Oddziałowe/Położna Oddziałowa/ Pielęgniarki Koordynujące

1. Pielęgniarki Oddziałowe, Położna Oddziałowa i Pielęgniarki Koordynujące odpowiadają za pracę i jej jakość personelu pielęgniarskiego i położniczego oraz personelu niższego w komórkach organizacyjnych Szpitala.
2. Do ich obowiązków należy:
 - 1) bezpośredni nadzór, koordynacja pracy i kontrola poziomu świadczonych usług pielęgniarskich i położniczych,
 - 2) realizowanie procesu pielęgnacyjnego sprawowanego nad powierzoną grupą pacjentów,
 - 3) prowadzenie racjonalnej gospodarki lekami i sprzętem,
 - 4) nadzór nad sprawnym funkcjonowaniem aparatury oraz innych urządzeń będących na wyposażeniu oddziału,
 - 5) dokonywanie bieżącej i okresowej kontroli pracy podległego personelu,

- 6) nadzór nad bezpieczeństwem pacjentów,
- 7) sporządzanie zamówień na: leki, materiały opatrunkowe, sprzęt jednorazowego użytku, materiały biurowe, sprzęt, narzędzia i aparaty niezbędnych do prawidłowego działania oddziału i realizacji zadań leczniczo-pielęgniarskich w porozumieniu z Kierownikiem/Ordynatorem Oddziału,
- 8) nadzór i kontrola prowadzonej dokumentacji pielęgniarskiej,
- 9) nadzór nad prawidłowym żywieniem pacjentów,
- 10) nadzór nad zabezpieczeniem oddziału w pościel i bieliznę szpitalną,
- 11) nadzór nad stanem sanitarno-higienicznym, epidemiologicznym oraz technicznym w oddziale.

§ 71

Pielęgniarki i położne

1. Pielęgniarki i położne wykonują swoją pracę w oddziałach szpitalnych, pracowniach, zakładach, poradniach specjalistycznych zgodnie z kompetencjami zawodowymi.
2. Do zadań pielęgniarek i położnych należy:
 - 1) prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami,
 - 2) sprawowanie bezpośredniej opieki pielęgniarskiej nad pacjentami, zgodnie z obowiązującymi standardami,
 - 3) ustalanie rozpoznania pielęgniarskiego w oparciu o wywiad zdrowotno-społeczny, obserwację stanu psychicznego oraz informacje uzyskane od pozostałych członków zespołu terapeutycznego,
 - 4) rozpoznanie problemów pielęgnacyjnych u pacjentów na podstawie obserwacji, wywiadu i rozmów z pacjentem i jego rodziną,
 - 5) ustalanie planu opieki pielęgnacyjnej z uwzględnieniem właściwego doboru metod pielęgnacji stosownie do stanu zdrowia, diagnozy pielęgniarskiej i lekarskiej, ustalonego postępowania leczniczo-rehabilitacyjnego oraz wieku pacjenta,
 - 6) realizowanie opieki pielęgniarskiej i założonego planu opieki pielęgnacyjnej oraz uczestniczenie w programie diagnostyczno-leczniczo-rehabilitacyjnym,
 - 7) wykonywanie zgodnie z obowiązującymi zasadami, metodami i przepisami prawa oraz we właściwym czasie zleceń lekarskich i zabiegów pielęgniarskich,
 - 8) czuwanie nad bezpieczeństwem pacjentów przebywających w oddziale,
 - 9) zapewnienie bezpieczeństwa pacjenta w trakcie jego transportu na badania, zabiegi i konsultacje na terenie Szpitala,
 - 10) respektowanie praw pacjenta,
 - 11) czynne uczestniczenie w obchodach lekarskich oraz przekazywanie obserwacji pielęgniarskich dotyczących stanu i zachowania się pacjentów,
 - 12) czynne uczestniczenie w raportach pielęgniarskich,
 - 13) sporządzanie pisemnych raportów pielęgniarskich z poczynionych obserwacji o stanie i zachowaniu się pacjentów, szczególnie pacjentów w stanie zagrożenia życia oraz przekazywanie zaleceń do dalszej obserwacji i pielęgnacji,

- 14) utrzymanie w technicznej sprawności narzędzi, sprzętu i aparatury niezbędnej do udzielenia pierwszej pomocy i wykonywania czynności pielęgniarskich.

§ 72

Ratownicy medyczni

1. Ratownicy medyczni wykonują swoją pracę w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym i oddziałach szpitalnych zgodnie z kompetencjami zawodowymi.
2. Do zadań ratowników medycznych należy:
 - 1) prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami,
 - 2) sprawowanie bezpośredniej opieki nad pacjentami, zgodnie z obowiązującymi standardami,
 - 3) ustalanie rozpoznania medycznego w oparciu o wywiad, obserwację stanu psychicznego oraz informacje uzyskane od pozostałych członków zespołu terapeutycznego,
 - 4) przygotowanie chorych do badań i zabiegów diagnostycznych,
 - 5) współudział i pomoc lekarzowi w wykonywaniu specjalistycznych badań diagnostycznych i terapeutycznych,
 - 6) udzielanie pierwszej pomocy w stanach bezpośredniego zagrożenia życia chorego (udział w czynnościach reanimacyjnych),
 - 7) wykonywanie czynności wspierających funkcję oddechową (prowadzenie oddechu zastępczego, podłączenie do respiratora, itp.),
 - 8) wykonywanie zgodnie z obowiązującymi zasadami, metodami i przepisami prawa oraz we właściwym czasie zleceń lekarskich,
 - 9) czuwanie nad bezpieczeństwem pacjentów przebywających w oddziale,
 - 10) zapewnienie bezpieczeństwa pacjenta w trakcie jego transportu na badania, zabiegi i konsultacje na terenie Szpitala,
 - 11) respektowanie praw pacjenta,
 - 12) czynne uczestniczenie w obchodach lekarskich oraz przekazywanie własnych obserwacji dotyczących stanu i zachowania się pacjentów,
 - 13) czynne uczestniczenie w raportach pielęgniarskich,
 - 14) sporządzanie pisemnych raportów w Książce Raportów Pielęgniarskich z poczynionych obserwacji o stanie i zachowaniu się pacjentów, szczególnie pacjentów w stanie zagrożenia życia oraz przekazywanie zaleceń do dalszej obserwacji i pielęgnacji,
 - 15) utrzymanie w technicznej sprawności narzędzi, sprzętu i aparatury niezbędnej do udzielenia pierwszej pomocy i wykonywania czynności pielęgniarskich.

§ 73

Opiekunowie medyczni

1. Opiekunowie medyczni wykonuje swoją pracę w oddziałach szpitalnych.

2. Do zadań opiekunów medycznych należy:

- 1) rozpoznawanie problemów opiekuńczych osoby chorej i niesamodzielnej,
- 2) współpraca z pielęgniarką w zakresie planowania i realizowania planu opieki nad osobą chorą i niesamodzielną,
- 3) pomoc pielęgniarce podczas wykonywania zabiegów pielęgniarских,
- 4) wykonywanie poleceń pielęgniarki i lekarza dotyczących opieki nad osobą chorą i niesamodzielną,
- 5) pomaganie osobie chorej i niesamodzielnej w zaspokajaniu potrzeb związanych z utrzymaniem ciała w czystości,
- 6) wykonywanie zabiegów higienicznych u osoby chorej i niesamodzielnej,
- 7) wykonywanie czynności związanych z utrzymaniem czystości i estetyki łóżka oraz najbliższego otoczenia osoby chorej i niesamodzielnej,
- 8) pomaganie osobie chorej i niesamodzielnej w zaspokajaniu potrzeb związanych z odżywianiem i wydalaniem oraz w utrzymaniu aktywności ruchowej,
- 9) pomaganie osobie chorej i niesamodzielnej w użytkowaniu przedmiotów ortopedycznych i sprzętu rehabilitacyjnego,
- 10) stosowanie urządzeń, przyborów i narzędzi niezbędnych podczas wykonywania czynności higienicznych,
- 11) zapewnianie osobie chorej i niesamodzielnej bezpieczeństwa podczas wykonywania zabiegów higienicznych,
- 12) dokumentowanie wykonanych zabiegów higienicznych,
- 13) udzielanie wsparcia emocjonalnego osobie chorej i niesamodzielnej oraz jej rodzinie,
- 14) przestrzeganie przepisów sanitarno-epidemiologicznych podczas wykonywania zadań zawodowych,
- 15) postępowanie zgodnie z zasadami etyki.

§ 74
Dział Higieny Szpitalnej

1. W skład Działu Higieny Szpitalnej wchodzi Sekcja Sanitarno-Transportowa.

2. Do podstawowych zadań Działu należy:

- 1) zabezpieczenie należytego stanu sanitarno-higienicznego pomieszczeń Szpitala zarówno działalności medycznej (oddziały szpitala, poradnie, inne), jak i administracyjnej i ciągów komunikacyjnych,
- 2) zabezpieczenie należytego stanu sanitarno-higienicznego sprzętów i wyposażenia w komórkach organizacyjnych Szpitala,
- 3) transport odpadów medycznych i komunalnych do wyznaczonych pomieszczeń zgodnie z procedurami gospodarki odpadami,
- 4) utrzymanie należytego stanu sanitarno-higienicznego kuchenek oddziałowych i znajdującego się w niej sprzętu,

- 5) roznoszenie pacjentom do sal chorych posiłków i ich estetyczne podawanie pod nadzorem pielęgniarki oddziałowej,
- 6) zabezpieczenie należytego transportu wewnętrznego zwłok z oddziałów szpitalnych do chłodni z uwzględnieniem prawidłowego postępowania ze zwłokami osób zmarłych.

Rozdział X

Udostępnianie dokumentacji medycznej i wysokość opłat za udostępnianie

1. Szpital prowadzi dokumentację medyczną osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych z zapewnieniem ochrony danych osobowych.
2. Dokumentacja medyczna zawiera informacje określone w ustawie o działalności leczniczej oraz ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, przepisach wykonawczych wydanych na jej podstawie oraz zarządzeniach Dyrektora Szpitala.
3. Szpital udostępnia dokumentację medyczną:
 - a) pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie/ instytucji upoważnionej przez pacjenta. Po śmierci pacjenta dokumentacja medyczna jest udostępniana osobie upoważnionej przez pacjenta za życia lub osobie, która w chwili zgonu pacjenta była jego przedstawicielem ustawowym. Dokumentacja medyczna jest udostępniana także osobie bliskiej, chyba że udostępnieniu sprzeciwi się inna osoba bliska lub sprzeciwił się temu pacjent za życia, z zastrzeżeniem art. 26 ust. 2a i 2b ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1127 z późn. zm.).
 - b) podmiotom udzielającym świadczeń zdrowotnych, jeżeli dokumentacja ta jest niezbędna do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych;
 - c) organom władzy publicznej, w tym Rzecznikowi Praw Pacjenta, Narodowemu Funduszowi Zdrowia, organom samorządu zawodów medycznych oraz konsultantom w ochronie zdrowia, a także Rzecznikowi Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, w zakresie niezbędnym do wykonywania przez te podmioty ich zadań, w szczególności nadzoru i kontroli;
 - d) podmiotom, o których mowa w art. 119 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia kontroli na zlecenie ministra właściwego do spraw zdrowia;
 - e) upoważnionym przez podmiot, o którym mowa w art. 121 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej, osobom wykonującym zawód medyczny, w zakresie niezbędnym do sprawowania nadzoru nad podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą;
 - f) Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, w zakresie niezbędnym do wykonywania przez nią zadań określonych w art. 31n ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.);
 - g) Agencji Badań Medycznych w zakresie określonym ustawą z dnia 21 lutego 2019r. o Agencji Badań Medycznych (Dz. U. poz. 447);
 - h) ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, sądom, w tym sądom dyscyplinarnym, prokuraturom, lekarzom sądowym i rzecznikom odpowiedzialności zawodowej, w związku z prowadzonym postępowaniem;

- i) uprawnionym na mocy odrębnych ustaw organom i instytucjom, jeżeli badanie zostało przeprowadzone na ich wniosek;
 - j) organom rentowym oraz zespołom do spraw orzekania o niepełnosprawności, w związku z prowadzonym przez nie postępowaniem;
 - k) podmiotom prowadzącym rejestry usług medycznych, w zakresie niezbędnym do prowadzenia rejestrów;
 - l) zakładom ubezpieczeń, za zgodą pacjenta;
 - m) komisjom lekarskim podległym ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych, wojskowym komisjom lekarskim oraz komisjom lekarskim Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego lub Agencji Wywiadu, podległym Szefom właściwych Agencji;
 - n) osobom wykonującym zawód medyczny, w związku z prowadzeniem procedury oceniającej podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o akredytacji w ochronie zdrowia albo procedury uzyskiwania innych certyfikatów jakości, w zakresie niezbędnym do ich przeprowadzenia;
 - o) wojewódzkiej komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, o której mowa w art. 67e ust. 1, w zakresie prowadzonego postępowania;
 - p) spadkobiercom w zakresie prowadzonego postępowania przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, o której mowa w art. 67e ust. 1;
 - q) osobom wykonującym czynności kontrolne na podstawie art. 39 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, w zakresie niezbędnym do ich przeprowadzenia;
 - r) członkom zespołów kontroli zakażeń szpitalnych, o których mowa w art. 14 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2018 r. poz. 151 i 1669), w zakresie niezbędnym do wykonywania ich zadań.
4. Szpital udostępnia dokumentację medyczną:
- a) do wglądu, w tym także do baz danych w zakresie ochrony zdrowia, w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych, z wyłączeniem medycznych czynności ratunkowych, albo w siedzibie Szpitala świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem pacjentowi lub innym uprawnionym organom lub podmiotom możliwości sporządzenia notatek lub zdjęć;
 - b) przez sporządzenie jej wyciągu, odpisu, kopii lub wydruku;
 - c) przez wydanie oryginału za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, na żądanie organów władzy publicznej albo sądów powszechnych, a także w przypadku gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta;
 - d) za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej;
 - e) na informatycznym nośniku danych.
5. Za udostępnienie dokumentacji medycznej w sposób określony w ust. 2 pkt 2 i 5 Szpital pobiera opłatę.
6. Opłata, za sporządzenie wyciągów odpisów lub kopii dokumentacji medycznej wynosi:
- a) za jedną stronę wyciągu albo odpisu dokumentacji medycznej w wysokości 0,002%;
 - b) za jedną stronę kopii albo wydruku dokumentacji medycznej w wysokości 0,00007%;

- c) za udostępnienie na informatycznym nośniku danych w wysokości 0,0004%
- przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale, ogłaszanego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej "Monitor Polski" na podstawie art. 20 pkt 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, począwszy od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym nastąpiło ogłoszenie.
7. Wysokość opłaty, o której mowa w ust. 4, uwzględnia podatek od towarów i usług, jeżeli na podstawie odrębnych przepisów usługa jest opodatkowana tym podatkiem.
8. O zmianie opłat Dział Organizacji i Monitoringu Procesów Zarządczych każdorazowo powiadamia Kierowników poszczególnych komórek realizujących udostępnianie dokumentacji medycznej.
9. Opłaty, o której mowa ust. 5 nie pobiera się w przypadku udostępnienia dokumentacji medycznej:
- a) pacjentowi albo jego przedstawicielowi ustawowemu po raz pierwszy w żądanym zakresie i w sposób, o którym mowa w ust. 4 pkt 2 i 5;
 - b) w związku z postępowaniem przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych
 - c) Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oraz Agencji Badań Medycznych.
10. Dokumentacja medyczna jest przechowywana przez okres 20 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu, z wyjątkiem:
- a) dokumentacji medycznej w przypadku zgonu pacjenta na skutek uszkodzenia ciała lub zatrucia, która jest przechowywana przez okres 30 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym nastąpił zgon,
 - b) zdjęć rentgenowskich przechowywanych poza dokumentacją medyczną pacjenta, które są przechowywane przez okres 10 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym wykonano zdjęcie,
 - c) skierowań na badania lub zleceń lekarza, które są przechowywane przez okres 5 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym zrealizowano świadczenie będące przedmiotem skierowania lub zlecenia,
 - d) dokumentacji medycznej dotyczącej dzieci do ukończenia 2 roku życia, która jest przechowywana przez okres 22 lat.

SZPITAL
WOJEWÓDZKI W POZNANIU

Rozdział XI

Sposób postępowania ze zwłokami osób zmarłych w Szpitalu

1. Zwłoki osoby, która zmarła w Szpitalu, mogą być poddane sekcji, w szczególności, gdy zgon tej osoby nastąpi przed upływem 12 godzin od przyjęcia, chyba że osoba ta za życia wyraziła sprzeciw lub uczynił to jej przedstawiciel ustawowy, z zastrzeżeniem pkt 4.
2. O zaniechaniu sekcji zwłok z przyczyny określonej w pkt 1 sporządza się adnotację w dokumentacji medycznej i załącza oświadczenie woli osoby zmarłej w Szpitalu lub jej przedstawiciela ustawowego.
3. Dyrektor Szpitala lub upoważniony Zastępca Dyrektora, na wniosek lekarza prowadzącego lub w razie potrzeby, po zasięgnięciu jego opinii, zarządza dokonanie lub zaniechanie sekcji. W dokumentacji medycznej sporządza się adnotację o dokonaniu lub zaniechaniu sekcji zwłok z odpowiednim uzasadnieniem.
4. Postanowienie, o którym mowa w pkt 1 nie dotyczy dokonania sekcji zwłok w sytuacjach:
 - 1) określonych w kodeksie postępowania karnego/ aktach prawnych Szpitala wykonania sekcji zwłok przez prokuratora lub sąd,
 - 2) gdy przyczyny zgonu nie można ustalić w sposób jednoznaczny,
 - 3) określonych w przepisach o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.
5. Dokonanie sekcji zwłok nie może nastąpić wcześniej niż po upływie 12 godzin od stwierdzenia zgonu.
6. Jeżeli zachodzi potrzeba pobrania ze zwłok komórek, tkanek lub narządów, Dyrektor Szpitala może zdecydować o dokonaniu sekcji zwłok przed upływem 12 godzin, przy zachowaniu zasad i trybu przewidzianych w przepisach o pobieraniu i przeszczepianiu tkanek i narządów.
7. Zasady prawidłowego postępowania pracowników Szpitala w sytuacji stwierdzenia zgonu pacjenta określa zarządzenie Dyrektora w sprawie Postępowania ze zwłokami osób zmarłych w Szpitalu.
8. Wysokość opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny od osób lub instytucji uprawnionych do pochowania zwłok na podstawie ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 1959 r. Nr 11, poz. 62, z późn. zm.) oraz od podmiotów, na zlecenie których przechowuje się zwłoki w związku z toczącym się postępowaniem karnym określa zarządzenie Dyrektora w sprawie ustalenia cennika świadczeń medycznych Szpitala Wojewódzkiego w Poznaniu.

Rozdział XII

Rozpatrywanie skarg pacjentów

§ 1

1. Pacjent ma prawo zgłaszania swych uwag, wniosków i skarg zarówno w trakcie realizacji świadczeń, jak i po jego zakończeniu.

2. Skargi w trakcie realizacji świadczeń, dotyczące kwestii realizacji świadczeń i pobytu pacjenta można składać w formie ustnej lub pisemnej bezpośrednio do Kierownika danej komórki medycznej.
3. W przypadku braku satysfakcjonujących rozwiązań w zakresie rozpatrzenia skargi, o której mowa w ust. 2 powyżej lub w przypadku skargi złożonej po zakończeniu udzielaniu świadczeń, pacjent ma prawo złożyć skargę ustnie lub pisemnie Pełnomocnikowi Dyrektora ds. Praw Pacjentów, Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa Szpitalnego, Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa Rehabilitacyjnego, Długoterminowego, Psychiatrycznego i Ambulatoryjnego, Przełożonemu Pielęgniarek lub Dyrektorowi Szpitala za pośrednictwem jego sekretariatu.
4. Przedmiotem skargi może być w szczególności naruszenie praw pacjenta w zakresie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej oraz zaniedbanie lub nienależyte wykonanie zadań przez pracowników, naruszenie praworządności lub słuszych interesów skarżących, a także przewlekłe załatwianie spraw.
5. Przedmiotem wniosku mogą być w szczególności: sprawy ulepszenia organizacji i usprawnienia pracy, zwłaszcza w aspekcie udzielania przez Szpital świadczeń opieki zdrowotnej oraz zapobiegania nadużyciom.
6. Skarga lub wniosek mogą być składane w imieniu własnym lub przez inną uprawnioną osobę.
7. Szpital przyjmuje i rozpatruje skargi i wnioski w sposób gwarantujący równe traktowanie stron, zachowanie obiektywizmu, przestrzeganie obowiązujących przepisów prawa.
8. Skargi i wnioski mogą być wnoszone pisemnie, za pomocą poczty elektronicznej, faksu, a także ustnie.
9. Na oddziałach szpitalnych oraz w przychodni zgłaszanie skarg i wniosków może być dokonywane przez wpisywanie do przeznaczonej do tego celu książki skarg i wniosków, a informacja o miejscu jej przechowywania umieszczona jest w widocznym miejscu.
10. Skargi lub wnioski wnoszone pisemnie przyjmuje Kancelaria Szpitala Filii nr 1 i przekazuje do Sekretariatu Dyrektora.
11. Skargi lub wnioski wnoszone pisemnie w Filii nr 2 przyjmuje Sekretariat i przekazuje Lekarzowi koordynatorowi Filii nr 2.
12. Skargi i wnioski wnoszone na piśmie powinny zawierać imię i nazwisko wnoszącego oraz adres do korespondencji – brak tych danych spowoduje, że Szpital rozpatrzy skargę, ale pozostawi sprawę bez odpowiedzi.
13. Rozpoznanie skargi lub wniosku polega na przeprowadzeniu postępowania wyjaśniającego, w tym na przygotowaniu szczegółowych informacji oraz przygotowaniu projektu zawiadomienia o sposobie załatwienia skargi lub wniosku.
14. Skargi i wnioski powinny być załatwione bez zbędnej zwłoki nie później niż w ciągu 30 dni od dnia złożenia lub wpłynięcia wniosku lub skargi.
15. O sposobie załatwienia skargi lub wniosku zawiadamia się wnoszącego pisemnie lub w innej formie, o którą prosił wnoszący skargę lub wniosek.
16. W przypadkach skarg szczególnie skomplikowanych lub zdarzeń mogących mieć wpływ na bezpieczeństwo innych pacjentów lub personelu Szpitalu, Dyrektor może powołać specjalną wewnętrzną komisję w celu przeprowadzenia postępowania wyjaśniającego oraz rozpatrzenia skargi, a także ustalenia ewentualnych dalszych działań po stronie Szpitala (w tym również w zakresie konieczności powiadomienia policji lub prokuratury). Komisji tej przewodniczy każdorazowo Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa Szpitalnego lub Zastępca

Dyrektora ds. Lecznictwa Rehabilitacyjnego, Długoterminowego, Psychiatrycznego i Ambulatoryjnego, który wskazuje dalszych członków komisji do zatwierdzenia przez Dyrektora. Komisja jest powoływana każdorazowo odrębnym Zarządzeniem Dyrektora. Z pracy Komisji sporządzany jest pisemny raport zawierający szczegółowe informacje dotyczące przebiegu zdarzenia lub działań, co do których skierowano skargę, rekomendację dalszych działań. Raport, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym jest podstawą dla dyirekcji do podejmowania dalszych działań w zakresie organizacji pracy, funkcjonujących procedur i zasad czy też kwestii związanych z osobami uczestniczącymi w udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

Rozdział XIII

Postanowienia końcowe

1. Traci moc Regulamin Organizacyjny wprowadzony Zarządzeniem Dyrektora nr 70/2023 roku z dnia 13 czerwca 2023 roku.
2. Niniejszy Regulamin Szpitala wchodzi w życie z dniem 2 października 2023 roku.
3. Aktualna treść regulaminu organizacyjnego jest dostępna na stronie internetowej i intranetowej Szpitala.

SZPITAL
WOJEWÓDZKI W POZNANIU