



UNIWERSYTECKI
SZPITAL KLINICZNY
im. Jana Mikulicza-Radeckiego
WE WROCŁAWIU

**Regulamin Organizacyjny
Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego
im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu
(tekst jednolity)**

SPIS TREŚCI

SPIS TREŚCI	1
ROZDZIAŁ I Postanowienia ogólne	3
ROZDZIAŁ II Cele i zadania Szpitala	6
ROZDZIAŁ III Przebieg procesu udzielania świadczeń	8
ROZDZIAŁ IV Warunki współdziałania z innymi podmiotami leczniczymi.....	
w zakresie zapewnienia ciągłości leczenia pacjentów	11
ROZDZIAŁ V Rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych.....	
świadczeń zdrowotnych	13
ROZDZIAŁ VI Porządek postępowania w ramach hospitalizacji	24
ROZDZIAŁ VII Prawa i obowiązki pacjenta.....	30
ROZDZIAŁ VIII Obowiązki Szpitala w razie śmierci pacjenta	36
ROZDZIAŁ IX Depozyt rzeczy wartościowych	39
ROZDZIAŁ X Dokumentacja medyczna	41
ROZDZIAŁ XI Zasady kierowania Szpitalem	47
ROZDZIAŁ XII Zakres zadań pionu Dyrektora Szpitala	50
ROZDZIAŁ XII Zakres zadań pionu Z-cy Dyrektora ds. Medycznych	69
ROZDZIAŁ XIV Zakres zadań pionu Z-cy Dyrektora ds. Pielęgniarstwa.....	85
ROZDZIAŁ XV Zakres zadań pionu Głównego Księgowego.....	99
ROZDZIAŁ XVI Zakres zadań pionu Z-cy Dyrektora ds. Personalnych i Jakości.....	102
ROZDZIAŁ XVIII Zakres zadań pionu Z-cy Dyrektora ds. Sprzedaży	109
ROZDZIAŁ XIX Zakres zadań pionu Z-cy Dyrektora ds. Operacyjnych	113
ROZDZIAŁ XX Wspólne uprawnienia, obowiązki i odpowiedzialność kierowników.....	
Komórek Organizacyjnych medycznych i niemedycznych	123
ROZDZIAŁ XXI Postanowienia końcowe	125

ROZDZIAŁ I
Postanowienia ogólne

§ 1

1. Zadania i funkcjonowanie Szpitala określają między innymi następujące przepisy prawne:
 - 1) Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 799 z późn. zm.) i wydane na jej podstawie przepisy wykonawcze;
 - 2) Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 146 z późn. zm.);
 - 3) Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 1287 z późn. zm.);
 - 4) Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnej (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 814 z późn. zm.);
 - 5) Ustawa z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 676 z późn. zm.);
 - 6) Ustawa z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 1213);
 - 7) Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 91);
 - 8) Ustawa z dnia 15 września 2022 r. o medycynie laboratoryjnej (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 2125 z późn. zm.);
 - 9) Ustawa z dnia 29 listopada 2000 r. Prawo atomowe (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 1277 z późn. zm.);
 - 10) Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo Farmaceutyczne (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 686);
 - 11) Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 581);
 - 12) Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 924 z późn. zm.);
 - 13) Ustawa z dnia 11 marca 2022 r. o obronie Ojczyzny (t.j. Dz. U. z 2024 r., poz. 248 z późn. zm.);
 - 14) Ustawa z dnia 26 kwietnia 2007 r. o zarządzaniu kryzysowym (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 122 z późn. zm.);

- 15) Ustawa z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 1571 z późn. zm.);
 - 16) Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 1530 z późn. zm.);
 - 17) Ustawa z dnia 16 grudnia 2016 r. o zasadach zarządzania mieniem państwowym (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 125 z późn. zm.);
 - 18) Statut Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu;
 - 19) Statut Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu;
2. Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu działa również w oparciu o umowy o przekazaniu środków publicznych na rzecz Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego, zawarte z podmiotami dysponującymi tymi środkami.

§ 2

Ilekoć w Regulaminie Organizacyjnym Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego jest mowa o:

- 1) Szpitalu - należy przez to rozumieć Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu;
- 2) Dyrektorze Szpitala - należy przez to rozumieć Dyrektora Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu;
- 3) Uczelni - należy przez to rozumieć Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu;
- 4) SOR - należy przez to rozumieć Szpitalny Oddział Ratunkowy-Klinikę Medycyny Ratunkowej;
- 5) Komórkach Organizacyjnych - należy przez to rozumieć: centra, oddziały, działy szpitalne, bloki operacyjne wraz z blokiem porodowym, Centralną Rejestrację Przyjęć Pacjentów, aptekę szpitalną, poradnie specjalistyczne i podstawowej opieki zdrowotnej, działy diagnostyczne, centralną sterylizację, samodzielne pracownie oraz działy zadań administracyjnych, ekonomicznych i technicznych;
- 6) Kierowniku Komórki Organizacyjnej - należy przez to rozumieć kierowników: centrów, klinik i / lub lekarzy kierujących oddziałem klinicznym, działów szpitalnych, bloków operacyjnych i bloku porodowego, apteki szpitalnej, uniwersyteckiej przychodni specjalistycznej, działów diagnostycznych, centralnej sterylizacji, samodzielnych pracowni oraz działów zadań administracyjnych, ekonomicznych i technicznych;
- 7) Regulaminie - należy przez to rozumieć Regulamin Organizacyjny;
- 8) Ustawie o świadczeniach - należy przez to rozumieć ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 146 z późn. zm.).

§ 3

Regulamin Szpitala określa w szczególności:

- 1) nazwę podmiotu;
- 2) cele i zadania podmiotu;
- 3) strukturę organizacyjną podmiotu;
- 4) rodzaje działalności leczniczej oraz zakresy udzielanych świadczeń zdrowotnych;
- 5) miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych;
- 6) przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości tych świadczeń;
- 7) organizację i zadania poszczególnych komórek organizacyjnych Szpitala oraz warunki współdziałania tych komórek dla zapewnienia sprawnego i efektywnego funkcjonowania podmiotu pod względem diagnostyczno-leczniczym, pielęgnacyjnym, rehabilitacyjnym i administracyjno-gospodarczym;
- 8) warunki współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji pacjentów oraz ciągłości przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych;
- 9) wysokość opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej ustalonej w sposób określony w art. 28 ust. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 581);
- 10) organizację procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat;
- 11) wysokość opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny od osób lub instytucji uprawnionych do pochowania zwłok na podstawie ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 576) oraz od podmiotów, na zlecenie których przechowuje się zwłoki w związku z toczącym się postępowaniem karnym;
- 12) wysokość opłat za świadczenia zdrowotne, które mogą być, zgodnie z przepisami ustawy lub przepisami odrębnymi, udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością;
- 13) sposób kierowania Komórkami Organizacyjnymi podmiotu.

§ 4

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

§ 5

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

ROZDZIAŁ II

Cele i zadania Szpitala

§ 6

1. Szpital jest samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej.
2. Podmiotem tworzącym Szpital jest Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu.
3. Siedzibą Szpitala jest: Wrocław 50-556, ul. Borowska 213.
4. Szpital udziela świadczeń zdrowotnych w lokalizacjach, we Wrocławiu: przy ul. Borowskiej, przy ul. M. Skłodowskiej-Curie, przy wyb. L. Pasteura, przy ul. T. Chałubińskiego oraz w Strzelinie: przy ul. Wrocławskiej.
5. Skrócona nazwa Szpitala brzmi: Uniwersytecki Szpital Kliniczny.
6. Szpital może posługiwać się skróconą nazwą literową USK oraz oznaczeniem graficznym (logo) zawierającym nazwę szpitala oraz symbol graficzny zgodnie ze wzorem przedstawionym na stronie tytułowej statutu.
7. Obszarem działania Szpitala jest terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
8. Szpital wpisany jest do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Dolnośląskiego pod numerem 000000018589 oraz do Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem 0000136478.

§ 7

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

§ 8

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

§ 9

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

ROZDZIAŁ III

Przebieg procesu udzielania świadczeń

§ 10

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

§ 11

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

§ 12

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

§ 13

1. Informacje o obowiązujących zasadach związanych z wysokością pobieranych przez Szpital opłat za:
 - 1) udostępnianie dokumentacji medycznej;
 - 2) przechowywanie zwłok pacjenta;
 - 3) świadczenia zdrowotne, które mogą być, zgodnie z przepisami ustawy lub przepisami odrębnymi, udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością;

- 4) pobyt w Szpitalu pacjenta, którego stan zdrowia nie wymaga dalszego udzielania stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych są zawarte w cenniku Szpitala i podane do wiadomości przez ich umieszczenie na tablicach informacyjnych umieszczonych w widocznym miejscu, stronie internetowej Szpitala pod adresem www.usk.wroc.pl, w Biuletynie Informacji Publicznej Szpitala oraz w Dziale Sprzedaży;
- 5) Cennik Usług Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. Jana Mikulicza Radeckiego we Wrocławiu stanowi Załącznik nr 2 do niniejszego Regulaminu.

§ 14

1. Laboratoryjne badania diagnostyczne pacjenta wykonywane są przez Dział Diagnostyki Laboratoryjnej (DDL) oraz jednostki zajmujące się diagnostyką laboratoryjną poza Szpitalem, jeśli wykonywanie badań w Szpitalu nie jest możliwe. Badania diagnostyczne wykonywane są również odpłatnie wg cennika obowiązującego w Szpitalu. Wyniki tych badań są wydawane wyłącznie pacjentowi/ przedstawicielowi ustawowemu lub na podstawie upoważnienia wskazanej przez pacjenta osobie.
2. Rodzaje badań diagnostycznych ustala lekarz prowadzący.
3. Wszystkie badania diagnostyczne wykonywane są na podstawie zlecenia lekarzy Szpitala bez zbędnej zwłoki. W uzasadnionych przypadkach (np. stan pacjenta, specyfika badania) mogą być wykonane w terminie późniejszym. Badania oznaczone „pilne” wykonywane są niezwłocznie.
4. Do badania lub pobrania materiału do badań pacjent winien być odpowiednio przygotowany pod względem fizycznym i psychicznym oraz zgodnie z procedurami medycznymi i zasadami zapobiegania zakażeniom.
5. Wykonywane badania są rejestrowane w odpowiednich rejestrach.
6. Wszystkie zlecenia na badania, w tym również wykonywane poza Szpitalem oraz materiał do tych badań są kierowane do odpowiednich jednostek organizacyjnych DDL.
7. Pobieranie materiału do badań od pacjentów hospitalizowanych dokonywane jest na oddziałach, od pacjentów ambulatoryjnych dokonywane jest w gabinecie zabiegowym, zgodnie z obowiązującymi procedurami.
8. Jednostki organizacyjne DDL zapewniają dostępność badań klinicznym komórkom medycznym przez całą dobę, zgodnie z obowiązującymi wykazami.
9. Każdy wynik badania jest zatwierdzany przez diagnostę laboratoryjnego.
10. Skierowania na badania diagnostyczne przechowuje się przez okres 5 lat, a dotyczące Służby Krwi - zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

ROZDZIAŁ IV

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

§ 15

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

§ 16

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

§ 17

1. Szpital organizuje transport pacjentów do innych podmiotów leczniczych, zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami.
2. Szpital udostępnia wymaganą, niezbędną, dokumentację medyczną podmiotowi leczniczemu, do którego został przekazany pacjent i przekazuje ją zgodnie z obowiązującymi przepisami.
3. Pacjenci przy opuszczeniu Szpitala są wypisywani i otrzymują kartę informacyjną zgodną z przepisami w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.
4. Szpital w czasie przekazania pacjenta do innego podmiotu leczniczego zapewnia stałą opiekę wykwalifikowanego personelu lub zleca wykonanie tej usługi innym uprawnionym jednostkom.
5. Szczegółowy zakres zadań Szpitala w zakresie transportu jest uregulowany zarządzeniem Dyrektora Szpitala.

§ 18

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

ROZDZIAŁ V
Rodzaj działalności leczniczej
oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych

§ 19

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

1. UNIWERSYTECKIE CENTRUM OPIEKI STACJONARNEJ

1.1. Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii

1.1.1. Oddział Kliniczny Anestezjologii i Intensywnej Terapii

1.1.2. Oddział Kliniczny Anestezjologii i Intensywnej Terapii Dziecięcej

1.2. Instytut Chorób Wewnętrznych

1.2.1. Klinika Alergologii i Chorób Wewnętrznych

1.2.1.1. Oddział Kliniczny Alergologii i Chorób Wewnętrznych

1.2.1.2. Pracownia Spirometrii

1.2.2. Klinika Angiologii i Chorób Wewnętrznych

1.2.2.1. Oddział Kliniczny Angiologii i Chorób Wewnętrznych

1.2.3. Klinika Diabetologii, Nadciśnienia Tętniczego i Chorób Wewnętrznych

1.2.3.1. Oddział Kliniczny Diabetologii, Nadciśnienia Tętniczego i Chorób Wewnętrznych

1.2.3.2. Pracownia Nieinwazyjnych Badań Diagnostycznych w Chorobach Wewnętrznych

1.2.4. Klinika Endokrynologii i Chorób Wewnętrznych

1.2.4.1. Oddział Kliniczny Endokrynologii i Chorób Wewnętrznych

1.2.4.2. Pracownia Medycyny Nuklearnej

1.2.4.3. Pracownia Densytometrii

1.2.5. Klinika Geriatrii i Chorób Wewnętrznych

1.2.5.1. Oddział Kliniczny Geriatrii i Chorób Wewnętrznych

1.2.6. Klinika Gastroenterologii, Hepatologii i Chorób Wewnętrznych

1.2.6.1. Oddział Kliniczny Gastroenterologii, Hepatologii i Chorób Wewnętrznych

1.2.6.2. Pracownia Endoskopii Kapsułkowej

1.2.6.3. Pracownia USG Układu Pokarmowego

1.2.6.4. Pracownia Badań Czynnościowych Przewodu Pokarmowego

1.2.7. Klinika Nefrologii, Medycyny Transplantacyjnej i Chorób Wewnętrznych

1.2.7.1. Oddział Kliniczny Nefrologii i Chorób Wewnętrznych

- 1.2.7.2. Oddział Kliniczny Transplantacji
- 1.2.7.3. Regionalny Ośrodek Kwalifikujący
- 1.2.8. **Klinika Reumatologii i Chorób Wewnętrznych**
 - 1.2.8.1. Oddział Kliniczny Reumatologii i Chorób Wewnętrznych
- 1.3. **Klinika Chirurgii Naczyniowej, Ogólnej i Transplantacyjnej**
 - 1.3.1. Oddział Kliniczny Chirurgii Naczyniowej
 - 1.3.2. Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej
 - 1.3.3. Oddział Kliniczny Transplantologii
 - 1.3.4. Ponadregionalne Centrum Chirurgii Endowaskularnej
- 1.4. **Uniwersyteckie Centrum Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej**
 - 1.4.1. Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej z Pododdziałem Torakochirurgii i Pododdziałem Chirurgii Plastycznej
- 1.5. **Instytut Chorób Serca**
 - 1.5.1. **Klinika Kardiologii**
 - 1.5.1.1. Oddział Interwencyjnego Leczenia Chorób Serca
 - 1.5.1.1.1. Pododdział Hemodynamiki i Chorób Strukturalnych
 - 1.5.1.1.2. Pododdział Elektrofizjologii
 - 1.5.1.2. Oddział Intensywnej Terapii Kardiologicznej
 - 1.5.1.2.1. Pododdział Intensywnej Terapii Kardiologicznej
 - 1.5.1.2.2. Pododdział Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego
 - 1.5.1.3. Oddział Kliniczny Kardiologii Ogólnej
 - 1.5.1.3.1. Pododdział Niewydolności Serca
 - 1.5.1.3.2. Pododdział Wad Wrodzonych i Nadciśnienia Płucnego
 - 1.5.1.4. Oddział Szybkiej Diagnostyki Kardiologicznej
 - 1.5.1.4.1. Pracownia Elektrofizjologii i Telemedycyny
 - 1.5.1.4.2. Pracownia Hemodynamiki
 - 1.5.2. **Klinika Kardiochirurgii**
 - 1.5.2.1. Oddział Kliniczny Kardiochirurgii
 - 1.5.2.2. Oddział Transplantacji Mechanicznego Wspomagania Krążenia
 - 1.5.3. Zakład Obrazowania Układu Sercowo-Naczyniowego
 - 1.5.4. Zakład Fizjoterapii Chorób Układu Krążenia
 - 1.5.5. Zakład Badań Klinicznych Chorób Układu Krążenia
- 1.6. **Uniwersyteckie Centrum Chirurgii Głowy i Szyi**
 - 1.6.1. **Klinika Otolaryngologii, Chirurgii Głowy i Szyi**
 - 1.6.1.1. Oddział Kliniczny Otolaryngologii Chirurgii Głowy i Szyi
 - 1.6.1.2. Pracownia Doboru Aparatów Słuchowych u Małych Dzieci i Dopasowania Implantów Słuchowych
 - 1.6.1.3. Pracownia Badania Słuchu
 - 1.6.1.4. Pracownia Endoskopii Laryngologicznej
 - 1.6.1.5. Pracownia Rynologiczna i Dokumentacji Fotograficznej
 - 1.6.1.6. Pracownia Badań Zaburzeń Równowagi

- 1.6.2. **Klinika Chirurgii Szczękowo-Twarzowej**
 - 1.6.2.1. Oddział Kliniczny Chirurgii Szczękowo-Twarzowej
- 1.7. **Klinika Chirurgii i Urologii Dziecięcej**
 - 1.7.1. Oddział Kliniczny Chirurgii i Urologii Dziecięcej
 - 1.7.2. Oddział Kliniczny Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej Dziecięcej
- 1.8. **Uniwersyteckie Centrum Dermatologii Ogólnej i Onkologicznej**
 - 1.8.1. Oddział Kliniczny Dermatologii Ogólnej i Onkologicznej
 - 1.8.2. Pracownia Immunodermatologii i Dermatopatologii Skóry
 - 1.8.3. Pracownia Mykologiczna
 - 1.8.4. Pracownia Światłolecznictwa
- 1.9. **Klinika Pediatrii, Endokrynologii, Diabetologii i Chorób Metabolicznych**
 - 1.9.1. Oddział Kliniczny Endokrynologii Dziecięcej
- 1.10. **Uniwersyteckie Centrum Położnictwa i Ginekologii**
 - 1.10.1. Oddział Kliniczny Położnictwa i Ginekologii
 - 1.10.2. Dział Szybkiej Diagnostyki Endoskopowej i Kolposkopii
 - 1.10.3. Dział Szybkiej Diagnostyki Prenatalnej
 - 1.10.4. Sala Porodowa
 - 1.10.5. Hospicjum Perinatalne
 - 1.10.6. Szkoła Rodzenia
 - 1.10.7. Ośrodek Leczenia Niepłodności
- 1.11. **Klinika Hematologii, Terapii Komórkowych i Chorób Wewnętrznych**
 - 1.11.1. Oddział Kliniczny Hematologii i Chorób Wewnętrznych
 - 1.11.2. Oddział Kliniczny Transplantacji Szpiku i Terapii Komórkowych
 - 1.11.3. Oddział Kliniczny Hematologiczny Pobytu Dziennego
 - 1.11.4. Oddział Onkologii Klinicznej z Dziennym Oddziałem Onkologii
 - 1.11.5. Regionalne Centrum Leczenia Chłoniaków
 - 1.11.6. Przykliniczne Laboratorium Hematologiczne:
 - 1.11.6.1. Pracownia Cytometrii Przepływowej i Cytomorfologii
 - 1.11.6.2. Pracownia Biologii Molekularnej i Cytogenetyki
 - 1.11.6.3. Bank Komórek Krwiotwórczych
- 1.12. **Klinika Okulistyki**
 - 1.12.1. Oddział Kliniczny Okulistyczny
 - 1.12.2. Oddział Kliniczny Okulistyczny Dziecięcy
 - 1.12.3. Blok Operacyjny Okulistyczny
 - 1.12.3.1. Sala iniekcyjna
 - 1.12.3.2. Sala zabiegowa
 - 1.12.4. Pracownia Angiografii Fluoresceinowej
 - 1.12.5. Pracownia Laseroterapii Okulistycznej
- 1.13. **Klinika Nefrologii Pediatrycznej**
 - 1.13.1. Oddział Kliniczny Nefrologii Pediatrycznej
 - 1.13.2. Pracownia Badań Urodynamicznych i Uroterapii

- 1.14. **Klinika Neonatologii**
 - 1.14.1. Oddział Kliniczny Intensywnej Terapii Noworodków
 - 1.14.2. Oddział Kliniczny Neonatologiczny
 - 1.14.3. Bank Mleka Kobięcego
- 1.15. **Uniwersyteckie Centrum Neurologii i Neurochirurgii**
 - 1.15.1. Oddział Kliniczny Neurologii
 - 1.15.1.1. Pododdział Udarowy
 - 1.15.1.2. Pracownia Potencjałów Wywołanych
 - 1.15.1.3. Pracownia Elektromiografii
 - 1.15.1.4. Pracownia Elektroencefalografii
 - 1.15.1.5. Pracownia Ultrasonografii
 - 1.15.1.6. Pracownia Neuropsychologiczna
 - 1.15.2. Oddział Kliniczny Neurochirurgii
 - 1.15.2.1. Pracownia Angiografii
- 1.16. **Klinika Ortopedii, Traumatologii Narządu Ruchu i Chirurgii Ręki**
 - 1.16.1. Oddział Kliniczny Ortopedii, Traumatologii Narządu Ruchu i Chirurgii Ręki
- 1.17. **Klinika Pediatrii, Alergologii i Kardiologii**
 - 1.17.1. Oddział Kliniczny Alergologii Dziecięcej
 - 1.17.2. Oddział Kliniczny Kardiologiczno-Pediatryczny
 - 1.17.3. Pracownia Badań Czynnościowych Układu Oddechowego u Dzieci
- 1.18. **Klinika Pediatrii i Chorób Infekcyjnych**
 - 1.18.1. Oddział Kliniczny Zakaźny
- 1.19. **Klinika Pediatrii, Gastroenterologii i Żywienia**
 - 1.19.1. Oddział Kliniczny Pediatrii i Gastroenterologii
 - 1.19.2. Pracownia Endoskopowa
 - 1.19.3. Pracownia pH-metrii Przetyku i Motoryki Przewodu Pokarmowego
- 1.20. **Uniwersyteckie Centrum Urologii**
 - 1.20.1. Klinika Urologii i Klinika Urologii Małoinwazyjnej i Robotycznej
 - 1.20.1.1. Oddział Kliniczny Urologii
 - 1.20.1.2. Dział Endoskopii Urologicznej
- 1.21. **Ponadregionalne Centrum Onkologii Dziecięcej - „Przylądek Nadziei”**
 - 1.21.1. Klinika Transplantacji Szpiku, Onkologii i Hematologii Dziecięcej
 - 1.21.1.1. Oddział Kliniczny Pediatrii i Onkologii Dla Dzieci
 - 1.21.1.2. Oddział Kliniczny Immunologii, Przeszczepiania Szpiku i Terapii Genowej
 - 1.21.1.3. Oddział Kliniczny Onkologii i Hematologii Dziecięcej z Pododdziałem Wzmoczonego Nadzoru
 - 1.21.1.4. Bank Komórek Krwiotwórczych
 - 1.21.1.5. Pracownia Cytogenetyki Kliniki Transplantacji Szpiku, Onkologii i Hematologii Dziecięcej
- 1.22. **Dział Dializ**

- 1.22.1. Stacja Dializ
- 1.22.2. Pracownia Dializ Otrzewnowych
- 1.23. **Centrum Leczenia Urazów Wielonarządowych i Mnogich**
 - 1.23.1. Szpitalny Oddział Ratunkowy – Klinika Medycyny Ratunkowej
- 1.24. **Uniwersyteckie Centrum Transplantacji i Donacji**
- 1.25. **Uniwersyteckie Centrum Onkologii**
- 1.26. **Uniwersyteckie Centrum Chirurgii Robotycznej**
- 1.27. **Uniwersyteckie Centrum Chorób Rzadkich**
- 1.28. **Centralna Izba Przyjęć Pediatryczna (lok. MSC)**
- 1.29. **Centralny Punkt Przyjęć Planowych (lok. Borowska)**
- 1.30. **Izba Przyjęć (lok. Strzelin)**
- 1.31. **Apteka Szpitalna**
- 1.32. **Dział Farmacji Klinicznej**
- 1.33. **Dział Fizyki Medycznej i Ochrony Radiologicznej**
- 1.34. **Dział Bloków Operacyjnych**
- 1.35. **Dział Sterylizacji**
- 1.36. **Biuro ds. Transplantacji i Donacji**
- 1.37. **Oddział Chorób Wewnętrznych (lok. Strzelin)**
- 1.38. **Oddział Medycyny Paliatywnej (lok. Strzelin)**

2. UNIWERSYTECKIE CENTRUM OPIEKI AMBULATORYJNEJ

2.1. Uniwersytecka Przychodnia Specjalistyczna, ul. Borowska 213

- 2.1.1. Poradnia Przykliniczna Angiologiczna
- 2.1.2. Poradnia Przykliniczna CADO/ ADO
- 2.1.3. Poradnia Przykliniczna Chirurgii Naczyniowej
- 2.1.4. Poradnia Przykliniczna Chirurgii Ogólnej
- 2.1.5. Poradnia Przykliniczna Chirurgii Onkologicznej
- 2.1.6. Poradnia Przykliniczna Ginekologiczno-Położnicza
- 2.1.7. Poradnia Przykliniczna Ginekologii Onkologicznej
- 2.1.8. Poradnia Przykliniczna Ginekologiczna dla Dziewcząt
- 2.1.9. Poradnia Przykliniczna Chirurgii Szcękowo-Twarzowej
- 2.1.10. Poradnia Przykliniczna Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej
- 2.1.11. Poradnia Przykliniczna Diabetologiczna
- 2.1.12. Poradnia Przykliniczna Gastroenterologiczna
- 2.1.13. Poradnia Przykliniczna Hematologiczna
- 2.1.14. Poradnia Przykliniczna Kardiochirurgiczna
- 2.1.15. Poradnia Przykliniczna Kardiologiczna
- 2.1.16. Poradnia Przykliniczna Leczenia Bólu
- 2.1.17. Poradnia Przykliniczna Nefrologiczna
- 2.1.18. Poradnia Przykliniczna Nefrologiczna dla Dzieci

- 2.1.19. Poradnia Przykliniczna Neonatologiczna
- 2.1.20. Poradnia Przykliniczna Neurochirurgiczna
- 2.1.21. Poradnia Przykliniczna Neurologiczna
- 2.1.22. Poradnia Przykliniczna Okulistyczna
- 2.1.23. Poradnia Przykliniczna Okulistyczna dla Dzieci
- 2.1.24. Poradnia Przykliniczna Onkologiczna
- 2.1.25. Poradnia Przykliniczna Osteoporozy
- 2.1.26. Poradnia Przykliniczna Otolaryngologiczna
- 2.1.27. Poradnia Przykliniczna Otolaryngologiczna Dziecięca
- 2.1.28. Poradnia Podstawowej Opieki Zdrowotnej
- 2.1.29. Poradnia Przykliniczna Chorób Metabolicznych
- 2.1.30. Poradnia Pediatria
- 2.1.31. Punkt Szczepień
- 2.1.32. Gabinet Zabiegowy
- 2.1.33. Poradnia Pielęgniarki i Położnej Środowiskowej
- 2.1.34. Poradnia Przykliniczna Proktologiczna
- 2.1.35. Poradnia Przykliniczna Reumatologiczna
- 2.1.36. Poradnia Chorób Wewnętrznych
- 2.1.37. Poradnia Medycyny Pracy
- 2.1.38. Poradnia Przykliniczna Transplantacji
- 2.1.39. Poradnia Przykliniczna Urologiczna
- 2.1.40. Poradnia Przykliniczna Chirurgii Transplantacyjnej
- 2.1.41. Poradnia Przykliniczna Chirurgii Klatki Piersiowej
- 2.1.42. Poradnia Przykliniczna Onkologiczna dla Dzieci
- 2.1.43. Poradnia Przykliniczna Hematologiczna dla Dzieci
- 2.1.44. Poradnia Przykliniczna Transplantologii dla Dzieci
- 2.1.45. Poradnia Przykliniczna Skaz Krwotocznych u Dzieci
- 2.1.46. Pracownia EEG
- 2.1.47. Pracownia EMG
- 2.1.48. Pracownia EKG
- 2.1.49. Pracownia Audiologiczna
- 2.1.50. Poradnia Logopedyczna
- 2.1.51. Poradnia Przykliniczna Chirurgii Dziecięcej
- 2.1.52. Poradnia Przykliniczna Chirurgii Onkologicznej
- 2.1.53. Poradnia Przykliniczna Urologii dla Dzieci
- 2.1.54. Poradnia Przykliniczna Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej dla Dzieci
- 2.1.55. Poradnia Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej.

2.2. Uniwersytecka Przychodnia Specjalistyczna, ul. M. Skłodowskiej-Curie

- 2.2.1. Poradnia Przykliniczna Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Endokrynologicznej

- 2.2.2. Poradnia Przykliniczna Alergologiczna
- 2.2.3. Poradnia Przykliniczna Dermatologiczna
- 2.2.4. Poradnia Przykliniczna Chirurgii Plastycznej
- 2.2.5. Poradnia Przykliniczna Endokrynologiczna
- 2.2.6. Poradnia Przykliniczna Diabetologiczna
- 2.2.7. Poradnia Przykliniczna Hematologiczna
- 2.2.8. Poradnia Przykliniczna Zaburzeń Krzepnięcia
- 2.2.9. Poradnia Przykliniczna Transplantacji Szpiku
- 2.2.10. Poradnia Przykliniczna Psychogeriatryczna
- 2.2.11. Poradnia Przykliniczna Zdrowia Psychicznego
- 2.2.12. Poradnia Genetyczna
- 2.2.13. Poradnia Przykliniczna Psychologiczna
- 2.2.14. Poradnia Przykliniczna Leczenia Uzależnień
- 2.2.15. Poradnia Przykliniczna Diabetologiczna Dziecięca
- 2.2.16. Poradnia Przykliniczna Endokrynologii Dziecięcej
- 2.2.17. Poradnia Przykliniczna Alergologiczna Dziecięca
- 2.2.18. Poradnia Przykliniczna Kardiologiczna Dziecięca
- 2.2.19. Poradnia Przykliniczna Chorób Wątroby dla Dzieci
- 2.2.20. Poradnia Przykliniczna Chorób Zakaźnych Dziecięca
- 2.2.21. Punkt Szczepień Kliniki Pediatrii i Chorób Infekcyjnych
- 2.2.22. Poradnia Przykliniczna HIV i AIDS Dziecięca
- 2.2.23. Poradnia Przykliniczna Gastroenterologiczna i Zaburzeń Metabolicznych dla Dzieci

2.3. Uniwersytecka Przychodnia Specjalistyczna w Strzelinie

- 2.3.1. Poradnia Chirurgiczna
- 2.3.2. Poradnia Diabetologiczna
- 2.3.3. Poradnia Reumatologiczna
- 2.3.4. Poradnia Onkologiczna
- 2.3.5. Poradnia Gastroenterologiczna
- 2.3.6. Poradnia Ginekologiczno-Położnicza
- 2.3.7. Poradnia Podstawowej Opieki Zdrowotnej
- 2.3.8. Poradnia Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej
- 2.3.9. Poradnia Medycyny Pracy

2.4. Uniwersyteckie Centrum Rehabilitacji

- 2.4.1. Dzienny Ośrodek Rehabilitacji
- 2.4.2. Poradnia Rehabilitacyjna
- 2.4.3. Dział Rehabilitacji

2.5. Uniwersytecki Ośrodek Rehabilitacji Leczniczej

2.5.1. Oddział Rehabilitacji Ogólnoustrojowej (lok. Strzelin)

3. Uniwersyteckie Centrum Zdrowia Psychicznego

3.1. Klinika Psychiatrii

- 3.1.1. Oddział Kliniczny Psychiatryczny i Psychogeriatryczny
- 3.1.2. Oddział Kliniczny Dzienny Psychiatryczny
- 3.1.3. Oddział Kliniczny Dzienny Leczenia Nerwic
- 3.1.4. Oddział Kliniczny Dzienny Psychogeriatryczny
- 3.1.5. Przykliniczna Poradnia Zdrowia Psychicznego
- 3.1.6. Przykliniczna Poradnia Psychogeriatryczna
- 3.1.7. Zespół Psychiatryczno-Psychologiczny Konsultacyjny
- 3.1.8. Zespół Leczenia Środowiskowego

4. Dział Diagnostyki Laboratoryjnej

- 4.1.1. Laboratorium Analityczne z Pracownią Diagnostyki Hematologicznej i Transplantacyjnej Kliniki Transplantacji Szpiku, Onkologii i Hematologii Dziecięcej i z Pracownią Andrologiczną.
- 4.1.2. Laboratorium Analityczne (lok. Pasteura 2)
- 4.1.3. Pracownia Diagnostyki Laboratoryjnej (lok. Strzelin)
- 4.1.4. Laboratorium Mikrobiologiczne
- 4.1.5. Laboratorium Biologii Molekularnej z Pracownią Chimeryzmu i Biologii Molekularnej Kliniki Transplantacji Szpiku, Onkologii i Hematologii Dziecięcej
- 4.1.6. Pracownia Serologii Transfuzjologicznej z Bankiem Krwi 1
- 4.1.7. Pracownia Serologii Transfuzjologicznej z Bankiem Krwi nr 2 (lok. Pasteura 2)
- 4.1.8. Specjalistyczne Laboratorium Immunologiczne Kliniki Nefrologii i Medycyny Transplantacyjnej.

5. Uniwersyteckie Centrum Wsparcia Badań Klinicznych

- 5.1.1. Oddział Badań Klinicznych Wczesnych Faz
- 5.1.2. Poradnia Przykliniczna Chorób Wewnętrznych

6. Uniwersytecki Zakład Opiekuńczo-Lecniczy

- 6.1. Oddział Pielęgnacyjno-Opiekuńczy (lok. Strzelin)

7. Dział Diagnostyki Endoskopowej

- 7.1. Pracownia Endoskopii
- 7.2. Pracownia Endoskopii (lok. Strzelin)

8. Uniwersyteckie Centrum Diagnostyki Obrazowej

- 8.1. Zakład Radiologii Ogólnej, Zabiegowej i Neuroradiologii
 - 8.1.1. Pracownia Tomografii Komputerowej

8.1.2. Pracownia Rezonansu Magnetycznego

8.1.3. Pracownia RTG

8.1.4. Pracownia Radiologii Stomatologicznej

8.1.5. Pracownia USG

8.1.6. Pracownia Radiologii Zabiegowej

8.1.7. Pracownia EKG

8.1.8. Pracownia Densytometrii

8.2. Zakład Radiologii Ogólnej i Pediatricznej (lok. MCS)

8.2.1. Pracownia RTG (lok. MCS)

8.2.2. Pracownia USG (lok. MCS)

8.2.3. Pracownia Rezonansu Magnetycznego (lok. MCS)

8.2.4. Pracownia Tomografii Komputerowej (lok. MCS)

8.3. Dział Diagnostyki Obrazowej (lok. Strzelin)

8.3.1. Pracownia RTG (lok. Strzelin)

8.3.2. Pracownia Tomografii Komputerowej (lok. Strzelin)

8.3.3. Pracownia USG (lok. Strzelin)

9. Zakład Patomorfologii i Cytologii Klinicznej

9.1. Pracownia Histopatologiczna

9.2. Pracownia Immunologii i Biologii Molekularnej

10. Centrum Leczenia Bólu i Medycyny Paliatywnej

10.1. Poradnia Medycyny Paliatywnej

11. Jednostki organizacyjne działalności pomocniczej:

11.1. ekonomiczno-administracyjnej;

11.2. statystyczno-informatycznej;

11.3. organizacyjno-prawnej;

11.4. technicznej;

11.5. żywienia;

11.6. usługowej;

11.7. bezpieczeństwa procesów medycznych;

11.8. innej.

12. Jednostki organizacyjne o działalności naukowo-dydaktycznej:

12.1. Dział Zdrowia Publicznego

12.2. Dział Badań Klinicznych i Naukowych

13. Jednostki organizacyjne związane z prowadzoną działalnością gospodarczą

Szpital udziela świadczeń zdrowotnych w zakresach:

1. opieki stacjonarnej ze szczególnym uwzględnieniem świadczeń wyspospecjalistycznych wykonywanych w zakresie: alergologii, alergologii dziecięcej, anestezjologii i intensywnej terapii, anestezjologii i intensywnej terapii dziecięcej, angiologii, audiologii i foniatrii, bankowania komórek krwiotwórczych, toksykologii klinicznej, chirurgii dziecięcej, chirurgii głowy i szyi, chirurgii klatki piersiowej, chirurgii małoinwazyjnej i proktologicznej, chirurgii naczyniowej, chirurgii ogólnej, chirurgii onkologicznej, chirurgii onkologicznej dziecięcej, chirurgii plastycznej, chirurgii przewodu pokarmowego, chirurgii ręki, chirurgii szczękowo-twarzowej, chirurgii transplantacyjnej, chorób infekcyjnych dla dzieci, chorób wewnętrznych, chorób zawodowych, dermatologii i wenerologii, diabetologii, diabetologii dziecięcej, dializoterapii, dializoterapii dziecięcej, endokrynologii, endokrynologii dziecięcej, gastroenterologii, gastroenterologii dziecięcej, geriatrici, ginekologii onkologicznej, hepatologii, hipertensjologii, immunologii, immunologii klinicznej, kardiochirurgii, kardiologii, kardiologii dziecięcej, leczenia urazów wielonarządowych i mnogich w ramach Centrum Urazowego, medycyny ratunkowej, medycyny transplantacyjnej, nefrologii, nefrologii dziecięcej, neonatologii, neurochirurgii, neurologii, neuropatologii, okulistyki, okulistyki dziecięcej, onkologii klinicznej, onkologii i hematologii dziecięcej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, ortopedii i traumatologii narządu ruchu dziecięcej, otolaryngologii, otolaryngologii dziecięcej, patomorfologii, pediatrii, położnictwa i ginekologii, psychiatrii, radiologii i diagnostyki obrazowej, rehabilitacji medycznej, urologii, urologii dziecięcej, reumatologii, transplantacji szpiku i terapii genowej, transfuzjologii klinicznej, transplantologii klinicznej, zdrowia publicznego;
2. specjalistycznej opieki ambulatoryjnej w zakresie: alergologii dziecięcej, andrologii, angiologii, audiologii i foniatrii, chemioterapii, chirurgii dziecięcej, chirurgii endokrynologicznej, chirurgii klatki piersiowej, chirurgii naczyniowej, chirurgii ogólnej, chirurgii onkologicznej, chirurgii onkologicznej dziecięcej, chirurgii plastycznej, chirurgii przewodu pokarmowego, chirurgii ręki, chirurgii szczękowo-twarzowej, chirurgii transplantacyjnej, chirurgii urazowo-ortopedycznej dla dzieci, chirurgii wątroby, chorób wewnętrznych, chorób zakaźnych u dzieci, dermatologii, diabetologii, diabetologii dziecięcej, endokrynologii, endokrynologii dziecięcej, endokrynologii ginekologicznej, gastroenterologii, gastroenterologii i zaburzeń metabolicznych dla dzieci, genetyki, ginekologii onkologicznej, hematologii, hepatologii, hipertensjologii, kardiochirurgii, kardiologii, kardiologii dziecięcej, leczenia bólu, leczenia jaskry, leczenia niepłodności, leczenia skaz krwotocznych u dzieci, logopedii, medycyny nuklearnej, medycyny pracy, medycyny rodzinnej, medycyny sportowej, nefrologii, nefrologii dziecięcej, neonatologii, neurochirurgii, neurologii, neurologii dziecięcej, neuropatologii, okulistyki, okulistyki dziecięcej, onkologii, onkologii i hematologii dziecięcej, onkologii klinicznej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, osteoporozy, otolaryngologii, otolaryngologii dziecięcej, patologii ciąży, logopedii, pediatrii, planowania rodziny i rozrodczości, położnictwa i ginekologii, proktologii, psychologii, psychogeriatrici, radiologii i diagnostyki obrazowej,

- rehabilitacji medycznej, reumatologii, transplantologii klinicznej, transplantologii dla dzieci, urologii, urologii dziecięcej, zdrowia psychicznego, zdrowia publicznego;
3. diagnostyki i zabiegów realizowanych przez zakłady i pracownie diagnostyczne i zabiegowe: angiografii fluoresceinowej, audiometrii, badań EKG metodą Holtera, 24-godzinne monitorowanie ciśnienia tętniczego, bronchoskopii, diagnostyki laboratoryjnej, densytometrii, elektroencefalografii, elektrofizjologii, elektrokardiografii i badań czynnościowych układu krążenia, elektromiografii, elektronystagmografii, elektrostymulacji serca, endoskopii, foniatrii, hemodynamiki, laseroterapii, litotrypsji, motoryki przewodu pokarmowego, pH-metrii, radiologii i diagnostyki obrazowej, rezonansu magnetycznego, tomografii komputerowej, ultrasonografii, urodynamiki dorosłych i dzieci, wewnątrznaczyniowych zabiegów naczyń serca, obwodowych i naczyń mózgu;
 4. rehabilitacji, fizjoterapii i fizykoterapii;
 5. podstawowej opieki zdrowotnej;
 6. opieki farmaceutycznej.

ROZDZIAŁ VI

Porządek postępowania w ramach hospitalizacji

§ 21

Przyjęcie chorego do leczenia stacjonarnego może nastąpić:

- 1) w trybie planowanym;
- 2) w trybie nagłym;
- 3) w przypadku katastrof.

§ 22

Chory po przybyciu do Szpitala kierowany jest do Punktu Przyjęć Planowych albo do Rejestracji Pacjentów - SOR - Punkt Przyjęć Pacjenta / Rejestracji Pacjentów - Izba Przyjęć / Rejestracji Pacjentów - Centralna Izba Przyjęć Pediatriczna.

§ 23

1. W przypadku planowego przyjęcia chorego do leczenia stacjonarnego o przyjęciu decyduje Kierownik komórki medycznej lub upoważnieni przez Kierownika lekarze z zespołu, a w przypadkach spornych Konsylium Medyczne (w skład konsylium wchodzi nie mniej niż trzech lekarzy specjalistów), powołane przez Z-cę Dyrektora ds. Medycznych.
2. W przypadkach przyjęcia chorego w trybie nagłym, lekarz SOR / Izby Przyjęć / Centralnej Izby Przyjęć Pediatricznej po ustaleniu stanu pacjenta i rodzaju schorzenia, decyduje o:
 - 1) kwalifikacji pacjenta do leczenia stacjonarnego i kieruje do właściwego oddziału szpitalnego, po porozumieniu z jego lekarzem kierującym lub lekarzem dyżurnym;
 - 2) braku podstaw do leczenia stacjonarnego;
 - 3) przekazaniu pacjenta do innego podmiotu leczniczego w porozumieniu z lekarzem kierującym lub lekarzem dyżurnym innego podmiotu leczniczego, w sytuacji, gdy umieszczenie pacjenta w Szpitalu nie jest możliwe z powodu: braku miejsca, niewystarczającego zakresu świadczeń udzielanych przez Szpital, względów epidemiologicznych. Przed przekazaniem lekarz SOR / Izby Przyjęć / Centralnej Izby Przyjęć Pediatricznej zobowiązany jest do udzielenia niezbędnej pomocy pacjentowi i określenia sposobu wykonania transportu pacjenta;
 - 4) po uzyskaniu zgody pacjenta w porozumieniu z lekarzem kierującym lub lekarzem dyżurnym innego podmiotu leczniczego, przekazuje pacjenta do innego podmiotu leczniczego. Przed przekazaniem lekarz zobowiązany jest do udzielenia niezbędnej pomocy pacjentowi i określenia sposobu wykonania transportu pacjenta.
3. W przypadku katastrof lub innego zdarzenia o charakterze masowym obowiązuje tryb przyjęć oparty o zasadę segregacji ofiar katastrofy, w zależności od oceny stanu zdrowia. SOR / Izba Przyjęć / Centralna Izba Przyjęć Pediatriczna odpowiada za przygotowanie do

przyjęcia ofiar katastrof, to jest za powiadomienie lekarzy dyżurnych specjalności niezbędnych do diagnostyki i wdrożenia leczenia chorych, przygotowanie leków, zestawów narzędzi i sprzętu niezbędnego do udzielenia pomocy medycznej w stanie zagrożenia życia, powiadomienie personelu bloku operacyjnego o konieczności przygotowania sal operacyjnych.

4. Czynności te podejmuje do chwili przybycia Dyrektora lub Z-cy Dyrektora ds. Medycznych lekarz dyżurny SOR / Izby Przyjęć / Centralnej Izby Przyjęć Pediatricznej wraz z lekarzem inspekcyjnym Szpitala, zgodnie z obowiązującym Planem Zarządzania Kryzysowego.

§ 24

1. Badanie i kwalifikowanie chorego do leczenia stacjonarnego w trybie planowym następuje według zasad:

- 1) pacjent zgłaszający się do leczenia szpitalnego zgodnie z harmonogramem przyjęć ma przedstawić skierowanie wystawione przez lekarza;
- 2) przyjęcie do Szpitala następuje po uzyskaniu pisemnej zgody pacjenta w trybie określonym w § 31 Regulaminu;
- 3) lekarz upoważniony przez Kierownika komórki medycznej bada chorego i podejmuje decyzję o przyjęciu pacjenta, następnie kieruje go do Centralnego Punktu Przyjęć Planowych. Jeżeli mimo stwierdzenia zasadności umieszczenia pacjenta w Szpitalu, nie jest to możliwe z powodu: braku miejsca, niewystarczającego zakresu świadczeń udzielanych przez Szpital, wyczerpania limitów świadczeń określonych przez płatnika w ramach ustawy o świadczeniach, względów epidemiologicznych - lekarz pisemnie odmawia przyjęcia pacjenta, podając przyczynę odmowy i wyznacza nowy termin planowanego przyjęcia;
- 4) w Centralnym Punkcie Przyjęć Planowych:
 - a) następuje weryfikacja uprawnień pacjenta do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. W razie rozbieżności informacji, co do posiadania uprawnień do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, od pacjenta pobiera się oświadczenie, co do jego uprawnień, wraz z pouczeniem o skutkach prawnych złożenia takiego oświadczenia,
 - b) przy rejestracji należy w sposób wyraźny poinformować pacjenta, że Szpital jest jednostką uprawnioną do kształcenia studentów nauk medycznych, lekarzy oraz innego personelu medycznego, w rozumieniu art. 36 ust. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentysty i przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych mogą uczestniczyć, bądź być obecne ww. osoby w zakresie niezbędnym do celów dydaktycznych,
 - c) pacjenta należy w sposób wyraźny i na piśmie poinformować o wyposażeniu niektórych pomieszczeń i terenu Szpitala w system monitoringu wizyjnego,
 - d) pacjenta należy w sposób wyraźny i na piśmie poinformować o możliwości udostępniania przez Szpital dokumentacji medycznej lub danych tam zawartych

w niezbędnym zakresie w celu przygotowania osób do wykonywania zawodu medycznego i kształcenia osób wykonujących zawód medyczny, na podstawie art. 26 ust. 3a oraz ust. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta,

- e) zakładana jest karta przyjęcia zgodnie z obowiązującą w Szpitalu procedurą,
- f) pacjentowi zakładana jest opaska identyfikacyjna,
- g) pacjent udaje się do depozytu ubraniowego, w celu pozostawienia tam za pokwitowaniem: odzieży, obuwia i innych rzeczy osobistych,
- h) po przebraniu w odzież szpitalną udaje się na właściwy oddział, gdzie przedkłada w Punkcie pielęgniarskim historię choroby,
- i) personel pielęgniarski potwierdza przyjęcie pacjenta w systemie informatycznym Szpitala,
- j) personel pielęgniarski informuje pacjenta o możliwości oddania do depozytu przedmiotów wartościowych zgodnie z obowiązującą w Szpitalu procedurą.

§ 25

1. Pacjentom kwalifikowanym do leczenia stacjonarnego w trybie nagłym świadczeń udziela SOR/Izba Przyjęć/Centralna Izba Przyjęć Pediatriczna zgodnie z Regulaminem SOR / Procedurą „Przyjęcie do szpitala w trybie nagłym. Odmowa przyjęcia. Postępowanie w sytuacjach szczególnych”
2. W sytuacji zagrożenia życia chorego do obowiązków lekarza dyżurnego SOR/ lekarza dyżurnego Izby Przyjęć/Centralnej Izby Przyjęć Pediatricznej wraz z zespołem należy, w zależności od potrzeb:
 - 1) powiadomienie lekarza anestezjologa i pielęgniarki anestezjologicznej;
 - 2) podjęcie niezbędnych czynności diagnostyczno-terapeutycznych z zakresu medycyny ratunkowej.
3. Po zaopatrzeniu medycznym pacjenta w SOR/Izby Przyjęć/Centralnej Izby Przyjęć Pediatricznej, na zlecenie lekarza SOR/lekarza Izby Przyjęć/lekarza Centralnej Izby Przyjęć Pediatricznej w uzgodnieniu z lekarzem kierującym oddziałem lub lekarzem dyżurnym oddziału, pacjent przewożony jest do wskazanego oddziału. W razie rozbieżności co do kwalifikacji pacjenta decyzję o oddziale, na którym ma być kontynuowane leczenie pacjenta podejmuje Z-ca Dyrektora ds. Medycznych, a podczas jego nieobecności Lekarz Inspekcyjny Szpitala.
4. W przypadku pacjenta, u którego wystąpiło zagrożenie życia, lekarz SOR/lekarz Izby Przyjęć/lekarz Centralnej Izby Przyjęć Pediatricznej za zgodą pacjenta powiadamia osobę wskazaną przez pacjenta, a w razie braku możliwości (nieskuteczności) jej powiadomienia albo braku możliwości uzyskania zgody od pacjenta, jednostkę policji właściwą dla miejsca zamieszkania pacjenta.
5. W przypadku pacjenta, u którego wystąpiły obrażenia wskazujące na możliwość popełnienia przestępstwa przeciwko życiu lub zdrowiu, lekarz SOR/lekarz Izby

Przyjęć/lekarz Centralnej Izby Przyjęć Pediatricznej powiadamia jednostkę policji właściwą dla Szpitala.

6. Lekarz SOR/lekarz Izby Przyjęć/lekarz Centralnej Izby Przyjęć Pediatricznej powiadamia pisemnie Z-cę Dyrektora ds. Medycznych, a podczas jego nieobecności Lekarza Inspekcyjnego Szpitala o zdiagnozowaniu u pacjenta choroby podlegającej zgłoszeniu do Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej.
7. W przypadku nagłego porodu, lekarz dyżurny SOR/lekarz Izby Przyjęć przekazuje rodzącą bezpośrednio na Salę Porodową.
8. W przypadku pacjenta, którego tożsamości nie można ustalić albo potwierdzić na podstawie dokumentów stwierdzających tożsamość lekarz SOR/lekarz Izby Przyjęć/lekarz Centralnej Izby Przyjęć Pediatricznej zawiadamia Komisariat Policji Wrocław - Krzyki o fakcie przyjęcia pacjenta. Zawiadomienia należy dokonać w okresie do 8 godzin od przyjęcia.
9. Lekarz SOR/lekarz Izby Przyjęć/lekarz Centralnej Izby Przyjęć Pediatricznej informację o tym zdarzeniu, zapisuje w dokumentacji medycznej opisując przyczynę braku możliwości ustalenia tożsamości i odnotowuje w dokumentacji medycznej przyjęcie pacjenta o nieznanym nazwisku i pochodzeniu.
10. W przypadku pacjenta małoletniego, z którego przedstawicielem ustawowym albo opiekunem faktycznym nie można się skontaktować, lekarz SOR/lekarz Izby Przyjęć/lekarz Centralnej Izby Przyjęć Pediatricznej zawiadamia Komisariat Policji Wrocław - Krzyki o fakcie przyjęcia pacjenta małoletniego. Zawiadomienia należy dokonać w okresie do 4 godzin od przyjęcia.
11. Lekarz SOR/lekarz Izby Przyjęć/lekarz Centralnej Izby Przyjęć Pediatricznej informację o tym zdarzeniu wpisuje w dokumentacji medycznej opisując przyczynę braku możliwości kontaktu i odnotowuje w dokumentacji medycznej przyjęcie pacjenta małoletniego.
12. W przypadku stwierdzenia przez lekarza SOR/lekarza Izby Przyjęć/lekarza Centralnej Izby Przyjęć Pediatricznej braku wskazań do leczenia szpitalnego, pacjentowi udzielane jest świadczenie zdrowotne udokumentowane w Księdze Odmów Przyjęć i Porad Ambulatoryjnych i wydawana jest informacja dla pacjenta, o przyczynie odmowy i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.

§ 26

1. Szpital jest zobowiązany do prowadzenia harmonogramu przyjęć, w tym listy oczekujących zgodnie z Ustawą o świadczeniach i właściwymi przepisami wykonawczymi.
2. Harmonogram przyjęć, w tym, lista oczekujących na udzielenie świadczenia stanowi integralną część dokumentacji medycznej prowadzonej przez Szpital.
3. Harmonogram przyjęć, w tym listę oczekujących prowadzi się w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz zgodnie z kryteriami medycznymi określonymi w odrębnych przepisach.

4. Kierownik komórki medycznej ustala kolejność przyjęć, zapewnia prawidłowe prowadzenie harmonogramu przyjęć, w tym list oczekujących i informuje pacjenta o terminie udzielenia . Kierownik komórki może wyznaczyć osoby odpowiedzialne za realizację tych zadań.
5. W razie zmiany stanu zdrowia pacjenta, wskazującej na potrzebę wcześniejszego niż w ustalonym terminie udzielenia świadczenia, pacjent informuje o tym Kierownika komórki lub osobę przez niego wyznaczoną, która, jeżeli wynika to z kryteriów medycznych, może zmienić termin udzielenia świadczenia i informuje niezwłocznie pacjenta o nowym terminie.
6. W razie wystąpienia okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili ustalania terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, a które uniemożliwiają zachowanie terminu wynikającego z harmonogramu przyjęć, Kierownik komórki informuje pacjenta w każdy dostępny sposób, o zmianie terminu wynikającego ze zmiany kolejności udzielenia świadczenia i jej przyczynie. Przepis ten dotyczy również przypadku zmiany terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej na wcześniejszy.
7. W przypadku, gdy pacjent nie może stawić się w Szpitalu w określonym terminie lub gdy zrezygnował ze świadczenia opieki zdrowotnej, jest on obowiązany niezwłocznie powiadomić o tym Kierownika komórki medycznej.
8. W celu otrzymania jednego świadczenia opieki zdrowotnej na podstawie skierowania pacjent może wpisać się na jedną listę oczekujących u jednego świadczeniodawcy.
9. Szpital prowadzi listy oczekujących na świadczenia wysokospecjalistyczne zgodnie z zasadami, o których mowa w ust. 5-9.
10. Szpital przekazuje co miesiąc oddziałowi wojewódzkiemu Narodowego Funduszu Zdrowia, właściwemu ze względu na miejsce udzielania świadczenia, informację o liczbie oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej i średnim czasie oczekiwania.
11. Kierownik komórki medycznej lub wyznaczona przez niego osoba, wpisuje datę i przyczynę skreślenia pacjenta w prowadzonym harmonogramie przyjęć.

§ 27

Wypisanie pacjenta hospitalizowanego ze Szpitala następuje:

- 1) gdy stan zdrowia nie wymaga dalszego leczenia stacjonarnego;
- 2) na żądanie pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego;
- 3) gdy wymaga przekazania do innego podmiotu leczniczego;
- 4) gdy pacjent przebywający w Szpitalu w sposób rażąco narusza Regulamin Organizacyjny oraz Regulamin Przebywania Pacjenta w Szpitalu, a nie zachodzi obawa, że odmowa lub zaprzestanie udzielania świadczeń może spowodować bezpośrednie niebezpieczeństwo dla jego życia lub zdrowia albo życia lub zdrowia innych osób.

§ 28

1. O wypisanie ze Szpitala na własne żądanie może wystąpić:

- 1) osoba pełnoletnia, z wyłączeniem sytuacji, gdy na skutek ubezwłasnowolnienia częściowego lub całkowitego nie jest wymagana jej zgoda na leczenie;
 - 2) przedstawiciel ustawowy małoletniego, z wyłączeniem sytuacji, gdy żądaniu wypisania sprzeciwia się drugi przedstawiciel ustawowy, który nie został pozbawiony władzy rodzicielskiej;
 - 3) ustanowiony przez sąd opiekun prawny małoletniego, opiekun prawny lub kurator osoby pełnoletniej.
2. Osoby wymienione w ust. 1 występujące o wypisanie ze Szpitala na własne żądanie, są informowane przez lekarza o możliwych następstwach zaprzestania leczenia w Szpitalu. Osoby te składają pisemne oświadczenie o wypisaniu ze Szpitala na własne żądanie. W przypadku odmowy złożenia takiego oświadczenia lekarz sporządza adnotację w dokumentacji medycznej.
3. Kierownik komórki medycznej może odmówić przedstawicielowi ustawowemu, opiekunowi prawnemu, kuratorowi wypisu chorego, którego stan zdrowia wymaga dalszego leczenia szpitalnego. W takim przypadku należy bezzwłocznie zawiadomić o odmowie wypisania i przyczynach tej odmowy właściwy dla miejsca zamieszkania pacjenta sąd opiekuńczy, a w sytuacji, gdy nie można ustalić miejsca zamieszkania pacjenta Sąd Rejonowy dla Wrocławia-Krzyki we Wrocławiu Wydział Rodzinny i Nieletnich. Do czasu wydania w tej sprawie orzeczenia sądu opiekuńczego albo zakończenia leczenia stacjonarnego pacjent pozostaje w Szpitalu.
4. W przypadku samowolnego oddalenia się pacjenta z oddziału/Szpitala, jeśli pacjent oddalił się nie informując personelu o swoim zamiarze, a także w sytuacji, kiedy pacjent oddalił się za wiedzą personelu, a rzeczywisty powrót pacjenta opóźnia się, lekarz prowadzący lub lekarz dyżurny sporządza adnotację w dokumentacji medycznej, powiadamia Lokalne Centrum Nadzoru w Szpitalu oraz Policję.

§ 29

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

ROZDZIAŁ VII

Prawa i obowiązki pacjenta

§ 30

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

§ 31

1. Pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych w zakresie wynikającym z ustawy o świadczeniach zdrowotnych, w szczególności do:
 - 1) badań i porad lekarskich;
 - 2) badań diagnostycznych;
 - 3) leczenia ambulatoryjnego i szpitalnego.
2. Pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom wiedzy medycznej i normom etycznym, a w sytuacji ograniczonych możliwości udzielania odpowiednich świadczeń – do korzystania z rzetelnej, opartej na kryteriach medycznych procedury ustalającej kolejność dostępu do tych świadczeń.
3. Pacjent ma prawo zgodnie z ustawą o zawodach lekarza i lekarza dentysty do uzyskania od lekarza na każdym etapie udzielanych świadczeń zdrowotnych informacji o swoim stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu.
4. Pacjent ma prawo do natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia.
5. W przypadku porodu pacjentka ma prawo do uzyskania świadczeń zdrowotnych związanych z porodem.
6. Pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym. Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych osoby wykonujące zawód medyczny kierują się zasadami etyki zawodowej określonymi przez właściwe samorządy zawodów medycznych.
7. Pacjent ma prawo do informacji o swoim stanie zdrowia.
 - 1) Pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, lub jego przedstawiciel ustawowy mają prawo do uzyskania od osoby wykonującej zawód medyczny przystępnej informacji o

- stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu, w zakresie udzielanych przez tę osobę świadczeń zdrowotnych oraz zgodnie z posiadanymi przez nią uprawnieniami;
- 2) Pacjent lub jego ustawowy przedstawiciel mają prawo do wyrażenia zgody na udzielenie informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu innym osobom.
 - 3) Pacjent ma prawo żądać, aby osoba wykonująca zawód medyczny nie udzielała mu informacji, o której mowa w pkt 1.
 - 4) Po uzyskaniu informacji, o której mowa w pkt 1, pacjent ma prawo przedstawić osobie wykonującej zawód medyczny swoje zdanie w tym zakresie.
 - 5) W sytuacjach wyjątkowych, jeżeli rokowanie jest niepomyślne dla pacjenta, lekarz może ograniczyć informację o stanie zdrowia i o rokowaniu, jeżeli według oceny lekarza przemawia za tym dobro pacjenta. W takich przypadkach lekarz informuje przedstawiciela ustawowego pacjenta lub osobę upoważnioną przez pacjenta. Na żądanie pacjenta lekarz ma jednak obowiązek udzielić mu żądanej informacji, o której mowa w pkt. 1, w pełnym zakresie.
 - 6) Pacjent małoletni, który nie ukończył 16 lat, ma prawo do uzyskania od osoby wykonującej zawód medyczny informacji, o której mowa w pkt 1, w zakresie i formie potrzebnej do prawidłowego przebiegu procesu diagnostycznego lub terapeutycznego.
 - 7) Pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, lub jego ustawowy przedstawiciel mają prawo do uzyskania od pielęgniarki, położnej przystępnej informacji o jego pielęgnacji i zabiegach pielęgniarstwie.
 - 8) Pacjent ma prawo do informacji o prawach pacjenta określonych w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz w przepisach odrębnych, uwzględniającej ograniczenia tych praw określone w przepisach. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia tę informację w formie pisemnej, poprzez umieszczenie jej w swoim lokalu, w miejscu ogólnodostępnym. W przypadku pacjenta niemogącego się poruszać, informację udostępnia się w sposób umożliwiający zapoznanie się z nią w pomieszczeniu, w którym pacjent przebywa.
8. Pacjent ma prawo do zachowania w tajemnicy przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym udzielające mu świadczeń zdrowotnych, informacji z nim związanych, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu medycznego. W celu realizacji prawa, o którym mowa, osoby wykonujące zawód medyczny są obowiązane zachować w tajemnicy informacje związane z pacjentem, w szczególności ze stanem zdrowia pacjenta. Przepisu nie stosuje się, w przypadku, gdy:
- 1) tak stanowią przepisy odrębnych ustaw;

- 2) zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób;
 - 3) pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraża zgodę na ujawnienie tajemnicy;
 - 4) zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych innym osobom wykonującym zawód medyczny, uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń.
9. Pacjent ma prawo do wyrażenia zgody lub sprzeciwu na udzielanie świadczeń zdrowotnych po uzyskaniu informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu.
- 1) Pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, ma prawo do wyrażenia zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych.
 - 2) Przedstawiciel ustawowy pacjenta małoletniego, całkowicie ubezwłasnowolnionego lub niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody, ma prawo do wyrażenia zgody.
 - 3) W przypadku braku przedstawiciela ustawowego prawo to, w odniesieniu do badania, może wykonać opiekun faktyczny.
 - 4) Zgoda oraz sprzeciw, o których mowa w pkt 1, 3 i 5, mogą być wyrażone ustnie albo przez takie zachowanie się osób wymienionych w tych przepisach, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się czynnościom proponowanym przez osobę wykonującą zawód medyczny albo brak takiej woli.
 - 5) Pacjent małoletni, który ukończył 16 lat, osoba ubezwłasnowolniona albo pacjent chory psychicznie lub upośledzony umysłowo, lecz dysponujący dostatecznym rozeznanem, ma prawo do wyrażenia sprzeciwu co do udzielenia świadczenia zdrowotnego, pomimo zgody przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego. W takim przypadku wymagane jest zezwolenie sądu opiekuńczego.
 - 6) W przypadku zabiegu operacyjnego albo zastosowania metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta, zgodę, wyraża się w formie pisemnej.
10. Pacjent ma prawo do poszanowania intymności i godności, w szczególności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych. Prawo do poszanowania godności obejmuje także prawo do umierania w spokoju i godności.
11. Pacjent ma prawo do leczenia bólu. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych jest obowiązany podejmować działania polegające na określeniu stopnia natężenia bólu, leczeniu bólu oraz monitorowaniu skuteczności tego leczenia.
12. Pacjent ma prawo do poszanowania jego intymności i godności w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych, z uwzględnieniem prowadzenia w Szpitalu działalności dydaktycznej przed i podyplomowej w zakresie nauk medycznych.
- 1) W przypadku przyjęć planowych, pacjenta należy w sposób wyraźny i na piśmie poinformować o działalności dydaktycznej Szpitala i związanej z tym obecności osób trzecich (studentów, stażystów).
 - 2) Pacjent ma prawo do ochrony przed zniewagą fizyczną i psychiczną.

13. Na życzenie pacjenta przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych może być obecna osoba bliska. Osoba wykonująca zawód medyczny udzielająca świadczeń zdrowotnych pacjentowi może odmówić obecności osoby bliskiej przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w przypadku istnienia prawdopodobieństwa wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjenta. Odmowę odnotowuje się w dokumentacji medycznej.
14. Pacjent ma prawo do ochrony mienia osobistego. Celem zapewnienia ochrony przedmioty osobiste powinien oddać do właściwego depozytu.
15. Pacjent ma prawo do kontaktu osobistego, telefonicznego z osobami z zewnątrz w czasie hospitalizacji oraz do opieki duszpasterskiej. Szpital jest uprawniony do wprowadzenia ograniczeń, jeżeli wymagają tego względy epidemiologiczne, sanitarne lub stan zdrowia pacjentów.
16. Pacjent ma prawo do składania skarg za naruszenie jego praw.
17. Pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy bądź opiekun faktyczny ma prawo zgłaszania działania niepożądanego produktu leczniczego osobom wykonującym zawód medyczny, Prezesowi Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych lub podmiotowi odpowiedzialnemu za wprowadzenie produktu leczniczego do obrotu.

§ 32

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

- 9) pacjent ma obowiązek przestrzegania regulaminu wewnątrzoddziałowego i poleceń personelu Szpitala;
- 10) łatwo psujące się produkty żywnościowe pacjent ma obowiązek przechowywać w lodówce dostępnej dla pacjentów poza kuchenką oddziałową;
- 11) pacjent nie ma prawa zmieniać łóżka bez zgody pielęgniarki ani kłaść się na łóżku w odzieży (innej niż piżama) i obuwiu;
- 12) pacjenta obowiązuje przestrzeganie higieny osobistej;
- 13) pacjent powinien dbać o czystość pomieszczeń, w których przebywa;
- 14) pacjent powinien przestrzegać godzin wyznaczonych na spożywanie posiłków;
- 15) pacjent obłożnie chory spożywa posiłki w łóżku, jeśli jest to konieczne - z pomocą personelu pielęgniarskiego;
- 16) pacjent jest odpowiedzialny za rzeczy szpitalne oddane mu do użytku na czas pobytu w Szpitalu;
- 17) pacjent jest obowiązany szanować mienie będące własnością Szpitala, a w szczególności nie ma prawa manipulować przy aparatach i urządzeniach leczniczych, elektrycznych, wentylacyjnych itp.;
- 18) pacjent ani inne osoby przebywające na terenie Szpitala nie mają prawa wykonywać zdjęć lub nagrań audio-video na terenie Szpitala z udziałem innych pacjentów i pracowników Szpitala, bez uzyskania ich uprzedniej zgody;
- 19) pacjent jest obowiązany do naprawienia szkody mienia Szpitala w przypadku spowodowania jej z własnej winy;
- 20) pacjent w przypadku negatywnej weryfikacji uprawnień ubezpieczeniowych, zobowiązany jest do złożenia oświadczenia o przysługującym prawie do świadczeń opieki zdrowotnej lub do złożenia oświadczenia o zobowiązaniu się do pokrycia kosztów leczenia w przypadku potwierdzenia braku posiadania uprawnień;
- 21) pacjent jest obowiązany odnosić się kulturalnie i z szacunkiem do innych pacjentów i personelu Szpitala;
- 22) pacjent jest obowiązany przestrzegać ciszy nocnej w godzinach od 22.00 do 6.00;
- 23) korzystanie przez pacjentów z telefonów komórkowych powinno się odbywać w sposób niezakłócający pracy personelu Szpitala, niestwarzający uciążliwości dla innych pacjentów, bez naruszenia praw innych osób przewidzianych przepisami prawa i poza godzinami ciszy nocnej. Ze względu na obecność aparatury medycznej i możliwość powstania zakłóceń w jej funkcjonowaniu Dyrektor Szpitala może określić strefy i pomieszczenia, w których obowiązuje całkowity zakaz korzystania z telefonów komórkowych;
- 24) pacjent jest obowiązany udzielać w trakcie wywiadu lekarskiego, pielęgniarskiego lub farmaceutycznego pełnej i prawdziwej informacji o swoim stanie zdrowia. Szpital nie ponosi odpowiedzialności za szkody wynikłe z zatajenia bądź udzielenia nieprawdziwej informacji co do istotnych spraw dotyczących zdrowia pacjenta.

1. Informacje o godzinach odwiedzin umieszczone są przy wejściu do Klinik/Oddziałów w widocznym miejscu.
2. Osoby odwiedzające zobowiązane są podporządkować się wszelkim poleceniom i wskazówkom personelu szpitalnego.
3. Osoby odwiedzające pacjentów lub sprawujące nad nimi dodatkową opiekę obowiązane są przestrzegać następujących zakazów:
 - 1) wnoszenia i spożywania na terenie Szpitala napojów alkoholowych, palenia wyrobów tytoniowych oraz obrotu, posiadania i używania narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych i innych podobnie działających substancji; obowiązuje zakaz wstępu na teren Szpitala dla osób odwiedzających pozostających pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych podobnych środków;
 - 2) uprawiania gier hazardowych;
 - 3) handlu obnośnego;
 - 4) wprowadzania zwierząt do budynku Szpitala;
 - 5) siadania na łózkach chorych;
 - 6) robienia zdjęć i filmowania bez pisemnej zgody Kierownika komórki medycznej.
4. Ze względu na warunki przebywania w Szpitalu innych pacjentów oraz ich ewentualny dyskomfort, pacjenta mogą odwiedzać w salach chorych jednocześnie nie więcej niż dwie osoby.
5. Dzieci do lat 7 mogą odwiedzać pacjentów wraz z osobą dorosłą i za zgodą Kierownika komórki medycznej lub innego wyznaczonego lekarza.
6. Informacji o stanie zdrowia pacjentów, udzielają wyłącznie lekarze w godzinach ustalonych przez Kierownika komórki medycznej i podanych do wiadomości ogólnej wyłącznie osobom upoważnionym, tj. przedstawicielom ustawowym lub osobom wskazanym pisemnie przez pacjenta.
7. O stanie zdrowia ciężko chorych pacjentów bądź w przypadkach szczególnie uzasadnionych lekarze udzielają informacji w każdym czasie z zastrzeżeniem ust. 6 powyżej.
8. Lekarz nie może udzielić informacji o stanie zdrowia pacjenta, gdy nie jest możliwa jednoznaczna identyfikacja osoby, której informacja ma być przekazana (np. telefonicznie).
9. Kierownik komórki medycznej jest uprawniony do czasowego wstrzymania odwiedzin ze względu na zagrożenie epidemiologiczne.
10. Personel Szpitala ma prawo nakazać natychmiastowe opuszczenie Szpitala osobom znajdującym się pod wpływem alkoholu bądź odurzonych narkotykami albo naruszającym w sposób rażący niniejszy Regulamin.

ROZDZIAŁ VIII
Obowiązki Szpitala w razie śmierci pacjenta

§ 34

1. W przypadku stwierdzenia zgonu pacjenta, obowiązkiem personelu medycznego danej komórki organizacyjnej jest:
 - 1) niezwłoczne zawiadomienie o zgonie wskazanej przez chorego osoby lub instytucji, przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego oraz udokumentowanie zawiadomienia w historii choroby pacjenta wraz z podaniem daty, godziny, minuty, sposobu zawiadomienia oraz nazwiska osoby powiadamiającej i powiadamianej;
 - 2) w razie zgonu pacjenta, którego tożsamość nie została ustalona lub zgonu, co do którego istnieje pewność lub uzasadnione podejrzenie, że jest następstwem przestępstwa - osoba uprawniona przez Kierownika Kliniki/Lekarza kierującego oddziałem lub lekarz dyżurny niezwłocznie powiadamia Prokuratora Rejonowego lub właściwy Komisariat Policji;
 - 3) wygenerowanie z systemu Karty Zgonu i przekazanie jej do Działu Statystyki i Dokumentacji Medycznej;
 - 4) wykonanie toalety pośmiertnej i umieszczenie identyfikatorów na ciele osoby zmarłej;
 - 5) spisanie i zabezpieczenie wszystkich przedmiotów i dokumentów należących do zmarłego.
2. Zwłoki osoby, która zmarła w Szpitalu mogą być poddane sekcji (chyba że osoba ta za życia wyraziła sprzeciw lub uczynił to jej przedstawiciel ustawowy), nie wcześniej niż po upływie 12 godzin od stwierdzenia zgonu.
3. Z-ca Dyrektora ds. Medycznych na wniosek właściwego Kierownika Kliniki, zarządza dokonanie lub zaniechanie sekcji.
4. Tryb określony powyżej nie dotyczy dokonywania sekcji w sytuacjach:
 - 1) określonych w kodeksie postępowania karnego i ustawie o chorobach zakaźnych;
 - 2) gdy przyczyny zgonu nie można ustalić w sposób jednoznaczny;
 - 3) określonych w przepisach o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.
5. W okresie pomiędzy stwierdzeniem zgonu, a przewiezieniem do chłodni zwłoki osoby zmarłej, są przechowywane w specjalnie przeznaczonym do tego celu pomieszczeniu, a w razie jego braku w innym chłodnym miejscu, z zachowaniem godności należnej zmarłemu.
6. Do zadań i kompetencji lekarza w przypadku zgonu pacjenta należy w szczególności:
 - 1) dokonanie oględzin zmarłego, stwierdzenie zgonu i jego przyczyn oraz odnotowanie w historii choroby dnia i godziny śmierci;
 - 2) wypełnienie i wygenerowanie karty zgonu, karty statystycznej do karty zgonu zarówno dla osób zmarłych, jak i dzieci martwo urodzonych, bez względu na czas trwania ciąży. Kartę zgonu wystawia lekarz, który leczył chorego w Szpitalu;

- 3) w razie zgonu pacjenta, którego tożsamość nie została ustalona, bądź zgonu, co do którego istnieje uzasadnione podejrzenie, że jest następstwem przestępstwa, samobójstwa, otrucia, nieszczęśliwego wypadku albo uszkodzeń urazowych, zatrucia, uduszenia mechanicznego, działaniem wysokich temperatur, elektryczności lub sztucznego poronienia, lekarz prowadzący lub lekarz dyżurny, powiadamia bezzwłocznie prokuratora rejonowego lub najbliższą jednostkę policji. Organy te należy zawiadomić również w przypadku, gdy w czasie sekcji nasuwa się uzasadnione podejrzenie, że zgon nastąpił wskutek przestępstwa;
 - 4) umieszczenie w historii choroby adnotacji o powiadomieniu rodziny wraz z podaniem daty, godziny, minuty, sposobu zawiadomienia oraz nazwiska osoby powiadamiającej i powiadamianej;
 - 5) zgłoszenie do Powiatowego Inspektora Sanitarnego zgonu wskutek choroby zakaźnej oraz zgonu, co do którego zachodzi podejrzenie, że nastąpił z powodu choroby zakaźnej;
 - 6) w przypadkach, o których mowa w art. 31 ustawy o działalności leczniczej, stwierdzenie przyczyny zgonu następuje po przeprowadzeniu sekcji zwłok;
 - 7) w przypadku podjęcia decyzji o wykonaniu sekcji zwłok, po wypełnieniu części dotyczącej wypisu, przekazanie historii choroby do Zakładu Patomorfologii i Cytologii Klinicznej.
7. Do zadań i kompetencji pielęgniarki / położnej w przypadku zgonu pacjenta należy:
- 1) zawiadomienie o śmierci pacjenta przebywającego w Szpitalu lekarza leczącego lub lekarza dyżurnego;
 - 2) odnotowanie dnia, godziny i minut śmierci w raporcie pielęgniarskim, w Historii Pielęgowania oraz w Księdze Zgonów i Księdze Ruchu Chorych oddziału;
 - 3) umieszczenie na ciele osoby zmarłej identyfikatora zawierającego: datę i godzinę zgonu; imię i nazwisko oraz PESEL osoby zmarłej, a w przypadku braku numeru PESEL, serię i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość;
 - 4) wypełnienie po stwierdzeniu zgonu przez właściwego lekarza lub pielęgniarkę karty skierowania zwłok do chłodni, po czym zwłoki wraz z kartą przesyłane są do Zakładu Patomorfologii i Cytologii Klinicznej, nie wcześniej niż 2h po stwierdzeniu zgonu, nie później niż 4 h po zgonie stwierdzonym przez lekarza leczącego lub lekarza dyżurnego. Karta skierowania zwłok do chłodni zawiera: imię i nazwisko, PESEL osoby zmarłej, a w przypadku braku numeru PESEL, serię i numer dowodu stwierdzającego tożsamość, datę i godzinę zgonu, godzinę przyjęcia zwłok osoby zmarłej do chłodni, imię, nazwisko i podpis pielęgniarki wypełniającej kartę.
8. Czynności, o których mowa powyżej, nie stanowią przygotowania zwłok osoby zmarłej do pochowania i nie pobiera się za nie opłat.
9. Jeżeli nie jest możliwe ustalenie tożsamości osoby zmarłej, w karcie skierowania do chłodni oraz na identyfikatorze, dokonuje się oznaczenia -NN- oraz dodatkowego oznaczenia numerycznego umożliwiającego identyfikację pacjenta, do czasu ustalenia jego tożsamości a także podaje się przyczyny i okoliczności uniemożliwiające ustalenie tożsamości.

10. W razie śmierci pacjenta w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym / Centralnej Izbie Przyjęć / Centralnej Izbie Przyjęć Pediatrycznej czynności wymienione powyżej wykonuje pielęgniarka/ratownik medyczny Szpitalnego Oddziału Ratunkowego / Centralnej Izby Przyjęć / Centralnej Izby Przyjęć Pediatrycznej.
11. Kartę Zgonu wydaje się osobie do tego uprawnionej w 1 egzemplarzu, za wydanie Karty Zgonu w godzinach pracy sekretariatu (w dni powszednie 8:00-15:05) odpowiada pracownik sekretariatu. Poza godzinami pracy sekretariatu lekarz dyżurny może wydać Kartę Zgonu na prośbę rodziny. Kartę zgonu wydaje się po odebraniu Oświadczenia o wydaniu Karty Zgonu. Oświadczenie dołączane jest do historii choroby osoby zmarłej.
12. O pobieraniu organów zmarłego pacjenta albo pacjenta, wobec którego orzeczono śmierć mózgu dla celów transplantacji decyduje Pełnomocnik Dyrektora ds. Transplantacji, Z-ca Dyrektora ds. Medycznych lub lekarz przez nich upoważniony, przy zachowaniu zasad i trybu przewidzianych w przepisach o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów.

§ 35

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

ROZDZIAŁ IX

Depozyt rzeczy wartościowych

§ 36

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

§ 37

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

§ 38

Jeżeli pacjent został przyjęty do Szpitala w stanie wyłączającym świadome postępowanie, powinien być sporządzony spis przedmiotów znalezionych przy nim, w tym spis przedmiotów wartościowych. Jeżeli stan wyłączenia świadomego postępowania utrzymuje się dłużej niż 24 h szpital zobowiązuje się poinformować o przyjęciu rzeczy wartościowych do depozytu szpitalnego małżonka, wstępnych, zstępnych lub rodzeństwo pacjenta lub inne osoby upoważnione na podstawie odrębnych przepisów do dysponowania ruchomości pacjenta.

§ 39

Szpital prowadzi Księgę depozytów zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami.

§ 40

1. W razie zgonu pacjenta depozyt wartościowy wydaje się osobie upoważnionej przez pacjenta lub na podstawie odrębnych przepisów prawa spadkowego.

2. Jeżeli osoba nie została upoważniona przez pacjenta do odbioru depozytu wartościowego, depozyt wartościowy nie może być wydany bez potwierdzenia uprawnienia do nabycia spadku.
3. Osoba odbierająca depozyt kwituje odbiór podpisem i datą oraz przedstawia dowód osobisty.
4. Pracownik odpowiedzialny za wydanie depozytu, wpisuje do księgi depozytów nazwisko i imię oraz numer dowodu osobistego osoby odbierającej depozyt.
5. Pracownik odpowiedzialny za wydanie depozytu potwierdza jego wydanie podpisem i datą.

§ 41

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

§ 42

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

ROZDZIAŁ X

Dokumentacja medyczna

§ 43

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

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

§ 44

1. Szpital odpowiada za stworzenie warunków organizacyjnych i technicznych przechowywania dokumentacji zapewniających jej poufność, zabezpieczających przed dostępem osób nieupoważnionych, zniszczeniem lub zgubieniem oraz umożliwiających jej wykorzystanie bez zbędnej zwłoki.
2. Sposób i miejsce przechowywania bieżącej dokumentacji wewnętrznej wytworzoną w formie papierowej określają wewnętrzne procedury Szpitala.
3. Zakończoną dokumentację indywidualną wewnętrzną oraz zakończoną dokumentację zbiorczą wewnętrzną wytworzoną w formie papierowej przechowuje archiwum Szpitala.
4. Dokumentacja w formie papierowej przechowywana w archiwum, jest ewidencjonowana w Szpitalu na podstawie numeru księgi głównej. W Uniwersyteckiej Przychodni Specjalistycznej dokumentację medyczną wytworzoną w formie papierowej przechowuje się w układzie alfabetycznym w podziale na poszczególne poradnie specjalistyczne. Po upływie okresów przechowywania określonych w odrębnych przepisach, dokumentacja zostaje zniszczona w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta, którego dotyczyła.
5. Dokumentacja indywidualna wewnętrzna przewidziana do zniszczenia może zostać wydana na wniosek:
 - 1) pacjenta;

- 2) jego przedstawiciela ustawowego, a w razie śmierci pacjenta osoby przez niego upoważnionej do uzyskiwania dokumentacji w przypadku jego zgonu, za pokwitowaniem, o czym Szpital obowiązany jest poinformować pacjenta albo te osoby.
6. W przypadku likwidacji Szpitala dokumentacja archiwalna jest przekazywana do archiwum wskazanego przez:
 - 1) podmiot, który utworzył Szpital;
 - 2) organ prowadzący rejestr podmiotów leczniczych, jeżeli wykreślenie szpitala z rejestru nastąpi w trybie i na zasadach określonych w ustawie o działalności leczniczej.

§ 45

Dokumentacja medyczna jest przechowywana przez okres 20 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu, z wyjątkiem:

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

§ 46

1. Szpital udostępnia dokumentację:
 - 1) pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta;
 - 2) po śmierci pacjenta dokumentacja medyczna jest udostępniana osobie upoważnionej przez pacjenta za życia lub osobie, która w chwili zgonu pacjenta była jego przedstawicielem ustawowym. Dokumentacja medyczna jest udostępniana także osobie bliskiej, chyba że udostępnieniu sprzeciwi się inna osoba bliska lub sprzeciwił się temu pacjent za życia, z zastrzeżeniem ust. 2 i 3 poniżej;
 - 3) podmiotom udzielającym świadczeń zdrowotnych, jeżeli dokumentacja ta jest niezbędna do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych;
 - 4) organom władzy publicznej, w tym Rzecznikowi Praw Pacjenta, Narodowemu Funduszowi Zdrowia, organom samorządu zawodów medycznych oraz konsultantom 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;

- 5) podmiotom, o których mowa w art. 119 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia kontroli na zlecenie ministra właściwego do spraw zdrowia;
- 6) upoważnionym przez podmiot, o którym mowa w art. 121 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, osobom wykonującym zawód medyczny, w zakresie niezbędnym do sprawowania nadzoru nad podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą,
- 7) Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, w zakresie niezbędnym do wykonywania przez nią zadań określonych w art. 31n Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- 8) Agencji Badań Medycznych w zakresie określonym ustawą z dnia 21 lutego 2019 r. o Agencji Badań Medycznych (t.j. Dz. U. z 2023. poz.2064 z późn. zm.);
- 9) ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, sądom, w tym sądom dyscyplinarnym, prokuraturom, lekarzom sądowym i rzecznikom odpowiedzialności zawodowej, w związku z prowadzonym postępowaniem;
- 10) uprawnionym na mocy odrębnych ustaw organom i instytucjom, jeżeli badanie zostało przeprowadzone na ich wniosek;
- 11) organom rentowym oraz zespołom do spraw orzekania o niepełnosprawności, w związku z prowadzonym przez nie postępowaniem;
- 12) podmiotom prowadzącym rejestry usług medycznych, w zakresie niezbędnym do prowadzenia rejestrów;
- 13) zakładom ubezpieczeń, za zgodą pacjenta;
- 14) komisjom lekarskim podległym ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych, wojskowym komisjom lekarskim oraz komisjom lekarskim Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego lub Agencji Wywiadu, podległym Szefom właściwych Agencji;
- 15) 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;
- 16) wojewódzkiej komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, w zakresie prowadzonego postępowania;
- 17) spadkobiercom w zakresie prowadzonego postępowania przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych;
- 18) osobom wykonującym czynności kontrolne na podstawie ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (t.j. Dz. U. z 2023. poz. 2465 z późn. zm.), w zakresie niezbędnym do ich przeprowadzenia;
- 19) członkom zespołów kontroli zakażeń szpitalnych, w zakresie niezbędnym do wykonywania ich zadań;

- 20) szkole wyższej lub instytutowi badawczemu do wykorzystania w celach naukowych, bez ujawniania nazwiska i innych danych umożliwiających identyfikację osoby, której dokumentacja dotyczy.
2. W przypadku sporu między osobami bliskimi o udostępnienie dokumentacji medycznej, zgodę na udostępnienie wyraża sąd w postępowaniu nieprocesowym na wniosek osoby bliskiej lub osoby wykonującej zawód medyczny. Osoba wykonująca zawód medyczny może wystąpić z wnioskiem do sądu także w przypadku uzasadnionych wątpliwości, czy osoba występująca o udostępnienie dokumentacji lub sprzeciwiająca się jej udostępnieniu jest osobą bliską.
 3. W przypadku gdy pacjent za życia sprzeciwił się udostępnieniu dokumentacji medycznej, o którym mowa w pkt 3, sąd, w postępowaniu nieprocesowym na wniosek osoby bliskiej, może wyrazić zgodę na udostępnienie dokumentacji medycznej i określić zakres jej udostępnienia, jeżeli jest to niezbędne w celach określonych w art. 26 ust. 2b ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
 4. Dokumentacja medyczna podmiotów leczniczych, o których mowa w art. 89 ust. 1 i 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, instytutów badawczych, o których mowa w art. 3 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych (t.j. Dz. U. z 2024r. poz. 534), i innych podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych uczestniczących w przygotowaniu osób do wykonywania zawodu medycznego i kształceniu osób wykonujących zawód medyczny jest udostępniana tym osobom wyłącznie w zakresie niezbędnym do realizacji celów dydaktycznych
 5. Sposoby udostępniania dokumentacji medycznej:
 - 1) do wglądu, w tym także do baz danych w zakresie ochrony zdrowia, w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych, z wyłączeniem medycznych czynności ratunkowych albo w siedzibie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem pacjentowi lub innym uprawnionym organom lub podmiotom możliwości sporządzenia notatek lub zdjęć;
 - 2) przez sporządzenie jej wyciągu, odpisu, kopii (kserokopia bądź skan), wydruku;
 - 3) przez wydanie oryginału za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, na żądanie organów władzy publicznej albo sądów powszechnych, a także w przypadku, gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta;
 - 4) za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej;
 - 5) na informatycznym nośniku danych;
 - 6) elektroniczna dokumentacja medyczna, jest udostępniana na zasadach określonych w przepisach ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy z dnia 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne.
 6. W przypadku wydania oryginałów dokumentacji w Szpitalu należy pozostawić kopię lub pełny odpis wydanej dokumentacji. W sytuacji, gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby narazić pacjenta na szkodę wydawana jest ona natychmiastowo.

7. Odmowa wydania dokumentacji wymaga zachowania formy pisemnej oraz podania przyczyny.
8. Za udostępnienie dokumentacji medycznej Szpital pobiera opłatę w wysokości określonej w cenniku Szpitala, opłata nie może być wyższa:
 - 1) za jedną stronę wyciągu albo odpisu dokumentacji medycznej – kwotę równą 0,002 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale, ogłaszanego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski” na podstawie art. 20 pkt 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz.1631, z późn. zm.), począwszy od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym nastąpiło ogłoszenie;
 - 2) za jedną stronę kopii albo wydruku dokumentacji medycznej – kwotę równą 0,00007 przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa w pkt 1;
 - 3) za udostępnienie dokumentacji medycznej na informatycznym nośniku danych – kwotę równą 0,0004 przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa w pkt 1;
 - 4) Opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej nie pobiera się w przypadku udostępnienia dokumentacji medycznej:
 - a) pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu po raz pierwszy w żądanym zakresie,
 - b) w związku z postępowaniem przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych,
 - c) w przypadku udostępnienia dokumentacji medycznej Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oraz Agencji Badań Medycznych.

ROZDZIAŁ XI

Zasady kierowania Szpitalem

§ 47

1. Dyrektor jest przełożonym wszystkich pracowników Szpitala. Kieruje Szpitalem reprezentując go na zewnątrz.
2. Dyrektor reprezentuje Szpital jako pracodawcę w rozumieniu przepisów prawa pracy oraz jako stronę umów cywilnoprawnych.
3. Centrami klinicznymi szpitala kierują kierownicy powoływani przez Dyrektora Szpitala, po uzyskaniu zgody Rektora. Bezpośrednim przełożonym kierownika Centrum jest Z-ca Dyrektora ds. Medycznych.
4. Dyrektor kieruje działalnością Szpitala przy pomocy:
 - 1) Z-cy Dyrektora ds. Medycznych;
 - 2) Z-cy Dyrektora ds. Pielęgniarstwa;
 - 3) Głównego Księgowego;
 - 4) Z-cy Dyrektora ds. Personalnych i Jakości;
 - 5) Z-cy Dyrektora ds. Sprzedaży;
 - 6) Z-cy Dyrektora ds. Operacyjnych;
 - 7) Kierowników Komórek Organizacyjnych.
5. Dyrektor Szpitala zatrudnia i zwalnia swoich Zastępców i pracowników na samodzielne stanowiska oraz ustanawia pełnomocników i doradców.
6. Dyrektora Szpitala w czasie nieobecności, zastępuje jeden ze wskazanych przez niego Zastępców na podstawie udzielonego w formie pisemnej pełnomocnictwa.
7. Do obowiązków i uprawnień Dyrektora należy w szczególności:
 - 1) organizowanie pracy w sposób zapewniający osiągnięcie celów oraz realizację zadań statutowych Szpitala;
 - 2) gospodarka mieniem;
 - 3) prowadzenie polityki kadrowej Szpitala;
 - 4) gospodarowanie środkami finansowymi i rzeczowymi pozostającymi w dyspozycji Szpitala;
 - 5) współpraca z organizacjami związkowymi i zawodowymi działającymi na terenie Szpitala;
 - 6) nadzór nad opracowywaniem planów i programów w zakresie remontów, inwestycji, zakupów inwestycyjnych oraz nadzorowanie ich realizacji;
 - 7) nadzór nad przedsięwzięciami wchodzącymi w zakres przygotowania Szpitala do wykonania zadań obronnych oraz realizacji zadań w obszarze zarządzania kryzysowego.
8. Dyrektor Szpitala posiada prawo do utworzenia nowego Oddziału bądź innej komórki leczniczej Szpitala, jak również ich likwidacji za zgodą podmiotu tworzącego.

9. Oddziałami klinicznymi Szpitala kierują lekarze kierujący oddziałami powoływani przez Dyrektora Szpitala po uzyskaniu zgody Rektora Uczelni.
10. Centra Kliniczne działają w ramach Uniwersyteckiego Centrum Opieki Stacjonarnej i koordynują współdziałania wydzielonych jednostek organizacyjnych wchodzących w ich skład. Kierownik Centrum jest bezpośrednim przełożonym lekarza kierującego oddziałem, wchodzącym w skład danego Centrum.

§ 48

Zasady organizacji pracy komórek administracyjnych

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

§ 49

Zasady opracowywania i wydawania aktów prawnych

1. Nadrzędnymi zewnętrznymi aktami prawnymi w oparciu, o które działa Szpital są akty prawne wskazane w § 1 niniejszego Regulaminu oraz akty wykonawcze do poszczególnych ustaw.
2. Wewnętrznymi aktami prawnymi Szpitala są:
 - 1) Statut USK - akt prawny regulujący zadania, strukturę organizacyjną i sposób działania Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu. Statut nadaje w drodze uchwały Senatu podmiot tworzący - Uniwersytet Medyczny im Piastów Śląskich we Wrocławiu;
 - 2) Uchwały Rady Społecznej - akt woli organu doradczego Dyrektora Szpitala wyrażający stanowisko Rady Społecznej w zakresie określonym Ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, wydany zgodnie z Regulaminem Rady Społecznej;
 - 3) Zarządzenia Dyrektora - akt normatywny, wydany przez Dyrektora Szpitala, regulujący wewnętrzne zasady postępowania we wszystkich obszarach działalności USK, za które odpowiada Biuro Zarządu. Ze względu na zakres obszarów Zarządzenia dzielimy na:
 - 1) Generalne - regulujące ogólne zasady polityki postępowania wyrażone m.in. w formie Regulaminu, w tym w szczególności:
 - Regulamin Organizacyjny - określa sprawy wskazane w art. 24 Ustawy o działalności leczniczej, dotyczące organizacji pracy, sposobu i warunków udzielania świadczeń zdrowotnych przez Szpital, nieuregulowane w ustawie lub statucie. Dyrektor Szpitala ustala Regulamin Organizacyjny, który wymaga zaopiniowania przez Radę Społeczną USK,
 - Regulamin Pracy - określa prawa i obowiązki zarówno pracownika jak i pracodawcy związane z procesem pracy. Regulamin Pracy ustala Dyrektor Szpitala w uzgodnieniu z organizacjami związkowymi Szpitala,

- Regulamin Wynagrodzeń - określa zasady wynagradzania za pracę oraz przyznawania innych świadczeń związanych z pracą, z wyjątkiem świadczeń wypłacanych z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych, których zasady określone są w odrębnych przepisach. Regulamin Wynagrodzeń ustala Dyrektor Szpitala w uzgodnieniu z organizacjami związkowymi Szpitala,
 - i inne Regulaminy szczegółowe;
- 2) Indywidualne - regulujące indywidualne i/lub jednorazowe zasady postępowania np. dotyczące powołania członków Komisji, Zespołów, Komitetów itp.:
- polecenia służbowe - pisemne zlecenie pracownikowi konkretnych obowiązków lub czynności do wykonania w danym terminie udzielone przez bezpośredniego przełożonego. Wykonywanie poleceń służbowych dotyczących pracy jest jednym z podstawowych obowiązków pracowniczych, a nieusprawiedliwiona odmowa wykonania polecenia jest uznawana za ciężkie naruszenie tych obowiązków,
 - pełnomocnictwo - oświadczenie woli Dyrektora Szpitala wyrażone każdorazowo w formie pisemnej, którego treścią jest upoważnienie określonej osoby do dokonania w imieniu i ze skutkiem prawnym dla Szpitala czynności prawnej indywidualnie oznaczonej albo czynności określonych rodzajowo.
 - procedury - opis koniecznych do spełnienia przez USK trybów postępowania wynikających ze standardów jakościowych (tj. wyrażonych akceptowanych norm bądź kryteriów, w stosunku do których można odnieść jakość świadczeń lub zachowań zawodowych) wskazanych i ewidencjonowanych przez Pełnomocnika ds. Jakości,
 - instrukcje - załączniki do Procedur, Regulaminów i Zarządzeń stanowiące dokładny opis poszczególnych czynności w danym przedmiocie.
3. Akty prawne opracowywane są z inicjatywy: Z-ców Dyrektora, Kierowników komórek organizacyjnych, a także pracowników zajmujących samodzielne stanowiska w oparciu o obowiązujące przepisy prawne w związku z prowadzoną przez Szpital działalnością.
4. Opracowywanie projektów aktów prawnych należy do właściwych kierowników komórek organizacyjnych Szpitala, w których zakresie działania znajduje się problematyka podlegająca regulacji w formie danego aktu prawnego oraz pracowników zajmujących samodzielne stanowiska. Projekty aktów prawnych opiniują Radcy Prawni Szpitala.
5. Odpowiedzialność za merytoryczną treść projektu aktu prawnego ponosi projektodawca a pod względem formalno-prawnym Radca Prawny Szpitala.
6. Wszyscy pracownicy Szpitala, niezależnie od podstawy prawnej zatrudnienia, zobowiązani są do bieżącego zapoznawania się z treścią aktów prawnych, które mają bezpośredni wpływ na realizację ich zadań.

ROZDZIAŁ XII
Zakres zadań pionu Dyrektora Szpitala

§ 50
Dyrektor Szpitala

Dyrektorowi Szpitala bezpośrednio podlegają:

- 1) Biuro Zarządu;
- 2) Dział Kontroli i Zarządzania Bezpieczeństwem;
- 3) Dział Bezpieczeństwa i Higieny Pracy;
- 4) Zespół Radców Prawnych;
- 5) Zespół Audytorów Wewnętrznych;
- 6) Pełnomocnik ds. Ochrony Informacji Niejawnych;
- 7) Inspektor Ochrony Danych;
- 8) Centrum Nowoczesnych Technologii i Sztucznej Inteligencji;
- 9) Dział Fizyki Medycznej i Ochrony Radiologicznej;
- 10) Pełnomocnik ds. Komunikacji / Biuro Prasowe;
- 11) Pełnomocnik ds. Pacjenta / Biuro Pełnomocnika ds. Pacjenta;
- 12) Pełnomocnik ds. Jakości;
- 13) Dział Badań Klinicznych i Naukowych;
- 14) Pełnomocnik ds. Optymalizacji Procesów;
- 15) Uniwersyteckie Centrum Wspierania Badań Klinicznych.

§ 51
Biuro Zarządu

Do zadań Biura Zarządu należy tworzenie, prowadzenie, kontrolowanie i realizacja procesów administracyjnych, a w szczególności:

- 1) obsługa sekretarska (m.in. prowadzenie korespondencji, terminarza spotkań i spraw do załatwienia, przygotowywanie materiałów, zestawień i prezentacji);
- 2) przyjmowanie telefonów i obsługiwanie poczty elektronicznej;
- 3) koordynowanie przepływu korespondencji wpływającej do Biura Zarządu;
- 4) przyjmowanie, rejestrowanie i monitorowanie załatwiania spraw skierowanych do Dyrektora i jego Zastępców;
- 5) organizacja i obsługa we współpracy z innymi komórkami organizacyjnymi spotkań zwoływanych przez Dyrektora i jego Zastępców (m. in. przygotowywanie programu, materiałów, cateringu, opracowywanie protokołów);
- 6) organizacja wyjazdów służbowych Dyrektora i/lub jego Zastępców;

- 7) współpraca z podmiotem tworzącym - Uniwersytetem Medycznym we Wrocławiu w zakresie przekazywania formalnych sprawozdań oraz uchwał Rady Społecznej podlegających zatwierdzeniu/zaopiniowaniu przez Senat Uniwersytetu Medycznego;
- 8) organizowanie posiedzeń Rady Społecznej oraz Rady Klinikistów, przygotowywanie materiałów na posiedzenia, protokołowanie oraz prowadzenie i przechowywanie dokumentacji dotyczącej ich działalności;
- 9) opracowanie i aktualizacja (we współpracy z innymi komórkami organizacyjnymi), danych i dokumentów rejestrowych Szpitala tj. KRS, REGON, NIP, Księga Rejestrowa prowadzona przez Wojewodę Dolnośląskiego, Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą;
- 10) aktualizowanie we współpracy z komórkami merytorycznymi Szpitala wewnętrznych aktów prawnych Szpitala tj. Statutu, uchwał Rady Społecznej, Zarządzeń Dyrektora, Regulaminów;
- 11) prowadzenie Centralnego Rejestru Umów, Centralnego Rejestru Zarządzeń, Rejestru wewnętrznych aktów prawnych USK (tj. uchwały Rady Społecznej a w tym Statut, Regulamin Organizacyjny USK itp.), Rejestru pełnomocnictw i upoważnień Dyrektora, Rejestru poleceń służbowych, Rejestru pieczętek służbowych;
- 12) przechowywanie najważniejszych dokumentów USK;
- 13) koordynowanie procesu wyrażania zgód dla studentów/pracowników Uczelni wyższych w zakresie sporządzanych prac naukowych;
- 14) opracowywanie dokumentacji, udział w pracach komisji przetargowych oraz realizacja zakupów/dostaw i usług będących w kompetencji Biura zgodnie z obowiązującymi przepisami;
- 15) koordynowanie procesu podpisywania umów z zakresu będącego w kompetencjach Biura;
- 16) w obszarze kancelaryjnym:
 - a) przyjmowanie, rejestrowanie, rozdzielanie i przekazywanie korespondencji przychodzącej i wychodzącej Szpitala zgodnie z Instrukcją Kancelaryjną,
 - b) prowadzenie dokumentacji kancelaryjnej,
 - c) prowadzenie rachunkowości i rozliczeń dotyczących obsługi pocztowej,
 - d) merytoryczny nadzór nad elektronicznym obiegiem dokumentów w Szpitalu oraz przestrzeganiem zasad wynikających z Instrukcji Kancelaryjnej,
 - e) popularyzacja wiedzy o elektronicznym obiegu dokumentów,
 - f) przekazywanie dokumentacji wytworzonej przez Biura do archiwum zakładowego wg. obowiązujących przepisów.
- 17) w obszarze archiwalnym:
 - a) współpraca z komórkami organizacyjnymi w zakresie prawidłowego archiwizowania poprzez klasyfikowanie i kwalifikowanie dokumentacji oraz tworzenia teczek spraw i ich właściwego przygotowania do przekazania do archiwum zakładowego,

- b) szkolenie i udzielanie pomocy pracownikom Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w zakresie prawidłowego przygotowania akt przeznaczonych do przekazania do archiwum zakładowego, a w szczególności nadzór nad poprawnym sporządzaniem spisów zdawczo-odbiorczych,
- c) uzgadnianie terminów okresowego przekazywania dokumentacji z komórek organizacyjnych i samodzielnych stanowisk pracy do archiwum zakładowego,
- d) przyjmowanie akt z poszczególnych komórek organizacyjnych i samodzielnych stanowisk pracy,
- e) weryfikowanie przejętych akt ze spisami zdawczo-odbiorczymi,
- f) gromadzenie, scalanie i przechowywanie akt posiadanych w archiwum zakładowym oraz przejmowanych do archiwum zakładowego,
- g) rozmieszczanie i przemieszczanie akt w magazynach archiwalnych,
- h) zabezpieczanie zasobu archiwalnego oraz wykonanie niezbędnych prac konserwatorskich,
- i) prowadzenie archiwalnych środków ewidencyjnych i aktualizowanie ewidencji archiwum zakładowego,
- j) opracowywanie i porządkowanie dokumentacji niewłaściwie uporządkowanej,
- k) udostępnianie i wypożyczanie akt w celach służbowych, naukowych bądź innych,
- l) nadzór nad terminowym zwrotem akt wypożyczonych z archiwum zakładowego,
- m) inicjowanie i koordynowanie brakowania dokumentacji niearchiwalnej, udział w jej komisyjnym brakowaniu oraz przekazywanie wybrakowanej dokumentacji na makulaturę,
- n) zachowanie czystości i bezpieczeństwa archiwum zakładowego,
- o) monitorowanie wskaźników temperatury i wilgotności oraz prowadzenie rejestru,
- p) przekazywanie materiałów archiwalnych do właściwego terytorialnie archiwum państwowego,
- q) współpraca z właściwym miejscowo archiwum państwowym i innymi instytucjami,
- r) opracowywanie dokumentacji i udział w pracach komisji przetargowych oraz realizacji zakupów/dostaw i usług będących w kompetencji Biura zgodnie z obowiązującymi przepisami,
- s) przygotowywanie wszelkich analiz, zestawień oraz raportów dotyczących spraw archiwalnych,
- t) przygotowywanie stałej i okresowej sprawozdawczości dotyczącej:
 - akt przejętych z komórek organizacyjnych w podziale na materiały archiwalne i dokumentację niearchiwalną,
 - akt udostępnionych i wypożyczonych.

§ 52

Dział Kontroli i Zarządzania Bezpieczeństwem

1. W skład Działu Kontroli i Zarządzania Bezpieczeństwem wchodzi:

- 1) Zespół ds. Kontroli Wewnętrznej;
- 2) Główny Specjalista ds. Obronnych i Zarządzania Kryzysowego;
- 3) Główny Specjalista ds. Ochrony Przeciwpożarowej;
- 4) Lokalne Centrum Nadzoru.

2. **Zespół ds. Kontroli Wewnętrznej** realizuje zadania polegające w szczególności na:

- 1) prowadzeniu stałej kontroli pracy komórek organizacyjnych wytypowanych na podstawie dokonanej analizy;
- 2) prowadzeniu kontroli doraźnych na polecenie Dyrektora Szpitala;
- 3) prowadzenie Rejestru kontroli wewnętrznych oraz kontroli i audytów zewnętrznych realizowanych w USK oraz monitorowanie realizacji zaleceń pokontrolnych, a także prowadzenie, przechowywanie i archiwizowanie dokumentacji związanej z kontrolami;
- 4) badaniu efektywności, legalności i terminowości podejmowanych działań przez komórki organizacyjne Szpitala na podstawie przeprowadzonych kontroli wewnętrznych;
- 5) ustalaniu przyczyn i skutków stwierdzonych nieprawidłowości, ustalenie osób odpowiedzialnych za ich powstanie oraz wskazanie sposobów niezbędnych do ich wyeliminowania;
- 6) współpracy z Zespołem Audytorów Wewnętrznych.

Szczegółowy sposób i tryb przeprowadzania kontroli wewnętrznych w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu określa odrębne Zarządzenie Dyrektora.

3. **Główny Specjalista ds. Obronnych i Zarządzania Kryzysowego** działa m.in. na podstawie ustawy z dnia 11 marca 2022 r. o obronie Ojczyzny (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 248 z późn. zm.) Do zadań głównego Specjalisty ds. Obronnych i Zarządzania Kryzysowego w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym im. Jana Mikuliwicza-Radeckiego we Wrocławiu należy w szczególności:

- 1) opracowanie i uaktualnianie „Planu przygotowania Szpitala na potrzeby obronne państwa” oraz „Planu wydzielenia łóżek dla potrzeb służb mundurowych” zgodnie z zadaniami określonymi Decyzją Wojewody;
- 2) opracowanie i uaktualnianie dokumentacji dotyczącej aktywowania i utrzymania w gotowości do uruchomienia, w przypadku podniesienia gotowości obronnej państwa, „Stanowiska Kierowania Szpitalem” oraz „Stałego Dyżuru” ;

- 3) opracowanie i uaktualnianie „modułów zadaniowych” wprowadzanych w związku z ogłaszaniem stopniów alarmowymi charakteryzującymi stopień zagrożenia bezpieczeństwa państwa;
- 4) opracowywanie i przekazywanie do właściwych Wojskowych Centrów Rekrutacji wniosków o wyłączenie od obowiązku pełnienia służby wojskowej pracowników Szpitala oraz aktualizowanie na bieżąco danych dotyczących pracowników posiadających przydziały mobilizacyjne (w ramach prac organizacyjno-mobilizacyjnych Szpitala);
- 5) opracowanie planów szkolenia obronnego Szpitala na bieżący rok kalendarzowy oraz ich realizacja i składanie sprawozdań przełożonemu;
- 6) nadzór nad funkcjonowaniem systemu zarządzania kryzysowego w Szpitalu, w tym nadzór nad opracowaniem i przestrzeganiem wewnętrznej dokumentacji z przedmiotowego zakresu oraz przechowywanie ww. dokumentacji i jej udostępnianie;
- 7) organizacja, utrzymywanie i realizacja zadań w ramach obronności przez punkt kontaktowy Wsparcia Państwa Gospodarcza – Host Nation Support (HNS);
- 8) udział w organizowanych przez Dolnośląski Urząd Wojewódzki, cyklicznych ćwiczeniach i szkoleniach przygotowujących do realizacji zadań na potrzeby obronne państwa;
- 9) bieżąca współpraca z Wydziałem Bezpieczeństwa i Zarządzania Kryzysowego Dolnośląskiego Urzędu Wojewódzkiego, przedstawicielem resortowym MON, Wojewódzkim Sztabem Wojskowym oraz Wojskowymi Centrami Rekrutacji w zakresie realizacji zadań obronnych.

4. Główny Specjalista ds. Ochrony Przeciwpożarowej realizuje zadania na terenie Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w zakresie ochrony przeciwpożarowej. Do zadań Głównego Specjalisty ds. Ochrony Przeciwpożarowej należy w szczególności:

- 1) opracowanie i systematyczne uaktualnianie Instrukcji Przeciwpożarowej i Planu ewakuacji osób w przypadku powstania pożaru kłębki żywiołowej lub innego miejscowego zagrożenia na terenie Szpitala;
- 2) ocena skuteczności przyjętych rozwiązań w zakresie ewakuacji osób, poprzez organizację cyklicznych treningów i ćwiczeń w tym obszarze;
- 3) analiza stanu i nadzór nad wyposażeniem obiektów w elementy zautomatyzowanego systemu ostrzegania alarmowego, podręczny sprzęt gaśniczy, instrukcje przeciwpożarowe, tablice ostrzegawcze i informacyjne;
- 4) utrzymanie w ruchu i sprawności technicznej systemów przeciwpożarowych oraz bieżące reagowanie na ich uruchomienie.

5. Lokalne Centrum Nadzoru realizuje zadania w zakresie ochrony bezpośredniej, a w szczególności:

- 1) opracowanie i systematyczne uaktualnianie Planu ochrony obiektów Szpitala, nadzór nad tokiem pełnienia służby personelu ochrony, w tym planowanie i przeprowadzanie kontroli wewnętrznych z zakresu ochrony obiektów Szpitala;
- 2) egzekwowanie właściwej organizacji ruchu pojazdów na przyległych parkingach i wokół budynków (dostęp służb ratowniczo-ewakuacyjnych) zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
- 3) monitorowanie poprzez służby dyżurne w Lokalnym Centrum Nadzoru, sprawności podstawowych systemów bezpieczeństwa i funkcjonowania szpitala, oraz odbieranie w systemie powiadamiania kryzysowego sygnałów o zaistniałych zagrożeniach dla Szpitala. Przekazywanie poprzez system raportów informacji o zaistniałych zdarzeniach do Kierownika Działu, Dyrektora Szpitala i jego Zastępców - według kompetencji;
- 4) prowadzenie ciągłego monitoringu i kontroli sprawności podstawowych systemów zabezpieczających ciągłe funkcjonowanie Szpitala, w szczególności w sytuacjach kryzysowych;
- 5) monitorowanie funkcjonujących systemów powiadamiania i ostrzegania o zaistniałych awariach i sytuacjach kryzysowych oraz zgłaszanie tych zdarzeń Kierownikowi Działu, Dyrektorowi Szpitala i innym osobom odpowiedzialnym za likwidację skutków ich powstania;

§ 53

Dział Bezpieczeństwa i Higieny Pracy

1. Do zadań Działu Bezpieczeństwa i Higieny Pracy w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu należy prowadzenie całokształtu spraw związanych z zapewnieniem przestrzegania zasad bezpieczeństwa i higieny pracy a w szczególności:
 - 1) przeprowadzanie kontroli warunków pracy oraz przestrzegania przepisów i zasad bezpieczeństwa i higieny pracy, ze szczególnym uwzględnieniem stanowisk pracy, na których są zatrudnione kobiety w ciąży lub karmiące dziecko piersią, młodociani, niepełnosprawni, pracownicy wykonujący pracę zmianową, w tym pracujący w nocy, oraz osoby fizyczne wykonujące pracę na innej podstawie niż stosunek pracy w zakładzie pracy lub w miejscu wyznaczonym przez pracodawcę;
 - 2) informowanie pracodawcy o stwierdzonych zagrożeniach zawodowych, wraz z wnioskami zmierzającymi do usuwania tych zagrożeń;
 - 3) udział w opracowywaniu planów modernizacji i rozwoju zakładu pracy oraz przedstawianie propozycji dotyczących uwzględnienia w tych planach rozwiązań techniczno-organizacyjnych zapewniających poprawę stanu bezpieczeństwa i higieny pracy;
 - 4) udział w ocenie założeń i dokumentacji dotyczących modernizacji zakładu pracy albo jego części, a także nowych inwestycji, oraz zgłaszanie wniosków dotyczących

uwzględnienia wymagań bezpieczeństwa i higieny pracy w tych założeniach i dokumentacji;

- 5) udział w przekazywaniu do użytkowania nowo budowanych lub przebudowywanych obiektów budowlanych albo ich części, w których przewiduje się pomieszczenia pracy, urządzeń produkcyjnych oraz innych urządzeń mających wpływ na warunki pracy i bezpieczeństwo pracowników;
- 6) zgłaszanie wniosków dotyczących wymagań bezpieczeństwa i higieny pracy w stosowanych oraz nowo wprowadzanych procesach;
- 7) przedstawianie wniosków dotyczących zachowania wymagań ergonomii na stanowiskach pracy;
- 8) udział w opracowywaniu zakładowych układów zbiorowych pracy, wewnętrznych zarządzeń, regulaminów i instrukcji ogólnych dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy oraz w ustalaniu zadań osób kierujących pracownikami w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy;
- 9) opiniowanie szczegółowych instrukcji dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy na poszczególnych stanowiskach pracy;
- 10) udział w ustalaniu okoliczności i przyczyn wypadków przy pracy oraz w opracowywaniu wniosków wynikających z badania przyczyn i okoliczności tych wypadków oraz zachorowań na choroby zawodowe, a także kontrola realizacji tych wniosków;
- 11) prowadzenie rejestrów, kompletowanie i przechowywanie dokumentów dotyczących wypadków przy pracy, stwierdzonych chorób zawodowych podejrzeń o takie choroby, a także przechowywanie wyników badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy;
- 12) doradztwo w zakresie stosowania przepisów oraz zasad bezpieczeństwa i higieny pracy;
- 13) udział w dokonywaniu oceny ryzyka zawodowego, które wiąże się z wykonywaną pracą;
- 14) doradztwo w zakresie organizacji i metod pracy na stanowiskach pracy, na których występują czynniki niebezpieczne, szkodliwe dla zdrowia lub warunki uciążliwe, oraz doboru najwłaściwszych środków ochrony zbiorowej i indywidualnej;
- 15) współpraca z właściwymi komórkami organizacyjnymi lub osobami, w szczególności w zakresie organizowania i zapewnienia odpowiedniego poziomu szkoleń w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy oraz zapewnienia właściwej adaptacji zawodowej nowo zatrudnionych pracowników;
- 16) współpraca z laboratoriami upoważnionymi do dokonywania badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia lub warunków uciążliwych, występujących w środowisku pracy, w zakresie organizowania tych badań i pomiarów oraz sposobów ochrony pracowników przed tymi czynnikami lub warunkami;
- 17) współpraca z laboratoriami i innymi jednostkami zajmującymi się pomiarami stanu środowiska naturalnego, działającymi w systemie państwowego monitoringu środowiska;

- 18) współdziałanie z lekarzem sprawującym profilaktyczną opiekę zdrowotną nad pracownikami, a w szczególności przy organizowaniu okresowych badań lekarskich pracowników;
 - 19) współdziałanie ze społeczną inspekcją pracy oraz z zakładowymi organizacjami związkowymi przy podejmowaniu przez nie działań mających na celu przestrzeganie przepisów oraz zasad bezpieczeństwa i higieny pracy, w obowiązującym trybie i zakresie oraz podejmowanych przez pracodawcę przedsięwzięciach mających na celu poprawę warunków pracy;
 - 20) uczestniczenie w konsultacjach w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy, a także w pracach komisji bezpieczeństwa i higieny pracy oraz innych zakładowych komisji zajmujących się problematyką bezpieczeństwa i higieny pracy, w tym zapobieganiem chorobom zawodowym i wypadkom przy pracy;
 - 21) sporządzanie analiz stanu bezpieczeństwa i higieny pracy zawierających propozycje przedsięwzięć technicznych i organizacyjnych mających na celu zapobieganie zagrożeniom życia i zdrowia pracowników oraz poprawę warunków pracy;
 - 22) inicjowanie i rozwijanie na terenie zakładu pracy różnych form popularyzacji problematyki bezpieczeństwa i higieny pracy oraz ergonomii;
 - 23) prowadzenie szkoleń wstępnych ogólnych i okresowych w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy;
 - 24) prowadzenie archiwum dokumentacji związanej z zakresem zadań Działu według obowiązujących przepisów;
 - 25) przedkładanie do Działu Logistyki zapotrzebowań dotyczących zabezpieczenia pracowników USK w odzież ochronną i obuwie robocze.
2. Do uprawnień służby BHP należy:
- 1) przeprowadzanie kontroli stanu bezpieczeństwa i higieny pracy, a także przestrzegania przepisów oraz zasad w tym zakresie w zakładzie pracy i w każdym innym miejscu wykonywania pracy;
 - 2) występowanie do osób kierujących pracownikami z zaleceniami usunięcia stwierdzonych zagrożeń wypadkowych i szkodliwości zawodowych oraz uchybień w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy;
 - 3) występowanie do pracodawcy z wnioskami o nagradzanie pracowników wyróżniających się w działalności na rzecz poprawy warunków bezpieczeństwa i higieny pracy;
 - 4) występowanie do pracodawcy o zastosowanie kar porządkowych w stosunku do pracowników odpowiedzialnych za zaniedbanie obowiązków w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy;
 - 5) wstrzymanie pracy maszyny lub innego; urządzenia technicznego w razie wystąpienia bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia pracownika albo innych osób;
 - 6) odsunięcie od pracy pracownika zatrudnionego przy pracy wzbronionej;

- 7) odsunięcie od pracy pracownika, który swoim zachowaniem lub sposobem wykonywania pracy stwarza bezpośrednie zagrożenie życia lub zdrowia własnego albo innych osób;
- 8) wnioskowanie do pracodawcy o niezwłoczne wstrzymanie pracy w zakładzie pracy, w jego części lub w innym miejscu wyznaczonym przez pracodawcę do wykonywania pracy, w wypadku stwierdzenia bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia pracowników albo innych osób.

§ 54

Zespół Radców Prawnych

Do zadań Zespołu Radców Prawnych należy bieżąca obsługa prawna Szpitala, w tym zwłaszcza:

- 1) weryfikacja przepisów dotyczących działalności Szpitala oraz informowanie jednostek i komórek merytorycznych o zmianach w przepisach;
- 2) sporządzanie opinii prawnych na wniosek komórek organizacyjnych USK;
- 3) prowadzenie rejestru spraw cywilnych, karnych, pracowniczych;
- 4) występowanie w charakterze pełnomocnika Szpitala w postępowaniach likwidacyjnych, sądowych, administracyjnych oraz przed organami orzekającymi;
- 5) bieżąca współpraca z ubezpieczycielem w postępowaniu likwidacyjnym dotyczącym zgłaszanych szkód z tytułu odpowiedzialności Szpitala w związku z udzielanymi świadczeniami zdrowotnymi i innymi;
- 6) uczestniczenie na wniosek Dyrektorów w przeprowadzonych przez Szpital negocjacjach, których celem jest nawiązanie, zmiana bądź rozwiązanie stosunku prawnego;
- 7) współpraca w opracowywaniu i opiniowaniu umów, aneksów, porozumień oraz listów intencyjnych zawieranych przez Szpital, ze szczególnym uwzględnieniem zgodności umów z obowiązującymi przepisami oraz ich standaryzacja; nadzorowanie egzekucji należności Szpitala pod względem prawnym.

§ 55

Zespół Audytorów Wewnętrznych

1. Zespół Audytorów Wewnętrznych działa na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (t.j. Dz.U. z 2024 r. poz. 1530 z późn. zm.) oraz rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 4 września 2015 r. w sprawie audytu wewnętrznego oraz informacji o pracy i wynikach tego audytu (t.j. Dz.U. z 2018 r. poz. 506). Do zadań Audytu Wewnętrznego w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu należy wspieranie Dyrektora Szpitala w realizacji celów i zadań przez systematyczną ocenę kontroli zarządczej oraz czynności doradcze dotyczące wszystkich obszarów działania Szpitala, a w szczególności:

- 1) wspieranie Dyrektora Szpitala w osiąganiu wytyczonych celów i realizacji statutowych zadań jednostki poprzez systematyczne, niezależne i konsekwentne działanie o charakterze zapewniającym i doradczym, służące poprawie skuteczności zarządzania, w tym zarządzania ryzykiem;
 - 2) realizacja zadań audytowych zapewniających oraz doradczych mających na celu dokonanie oceny adekwatności, skuteczności i efektywności kontroli zarządczej w Szpitalu;
 - 3) przygotowanie do końca roku poprzedniego rocznego planu audytu w oparciu o analizę ryzyka;
 - 4) sporządzenie do końca stycznia sprawozdania z realizacji planu audytu wewnętrznego za poprzedni rok;
 - 5) stworzenie i wdrożenie systemu monitorowania realizacji zaleceń wynikających ze zrealizowanych zadań audytowych poprzez planowanie i wykonywanie czynności sprawdzających;
 - 6) opracowywanie i aktualizacja procedur audytu wewnętrznego obejmujących wszystkie aspekty jego działalności;
 - 7) przestrzeganie zasad etyki audytora;
 - 8) przestrzeganie standardów audytu wewnętrznego w jednostkach sektora finansów publicznych;
2. Szczegółowy zakres zadań audytu wewnętrznego określa odrębne Zarządzenie Dyrektora Szpitala.

§ 56

Pełnomocnik ds. Ochrony Informacji Niejawnych

1. Pełnomocnik ds. Ochrony Informacji Niejawnych działa m.in. na podstawie ustawy z dnia 5 sierpnia 2010 r. o ochronie informacji niejawnych (t.j. Dz. U. z 2024 r.742 poz.632 z późn.zm.) oraz stosownych Rozporządzeń Prezesa Rady Ministrów. Do zadań Pełnomocnika ds. Ochrony Informacji Niejawnych w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu należy w szczególności:
 - 1) zapewnienie ochrony informacji niejawnych, w tym stosowanie środków bezpieczeństwa fizycznego;
 - 2) zapewnienie ochrony systemów teleinformatycznych, w których są przetwarzane informacje niejawne, w tym udział w opracowaniu stosownej dokumentacji bezpieczeństwa teleinformatycznego;
 - 3) zarządzanie ryzykiem bezpieczeństwa informacji niejawnych, w szczególności szacowanie ryzyka;
 - 4) kontrola ochrony informacji niejawnych oraz przestrzegania przepisów o ochronie tych informacji, w szczególności okresowa kontrola ewidencji, materiałów i obiegu dokumentów, zabezpieczenie pomieszczeń służbowych i dokumentów w godzinach służbowych oraz poza normalną ordynacją Szpitala (w tym czuwanie nad

- przestrzeganiem zasad ochrony informacji wrażliwych dla Szpitala oraz stanowiących tajemnicę zakładu leczniczego w myśl ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji);
- 5) opracowywanie i aktualizowanie, wymagającego akceptacji kierownika jednostki organizacyjnej, planu ochrony informacji niejawnych w jednostce organizacyjnej, w tym w razie wprowadzenia stanu nadzwyczajnego i nadzorowanie jego realizacji;
 - 6) prowadzenie szkoleń w zakresie ochrony informacji niejawnych i wydawanie stosownych zaświadczeń;
 - 7) na polecenie Dyrektora Szpitala prowadzenie zwykłego postępowania sprawdzającego oraz przygotowywanie dokumentów do wydawania stosownych upoważnień w związku z dostępem do informacji niejawnych w stosunku do osób zatrudnionych w Szpitalu oraz osób, które podlegają takiemu sprawdzeniu z racji uczestnictwa w wykonywaniu lub bezpośredniej realizacji na rzecz Szpitala określonej umowy;
 - 8) prowadzenie aktualnego wykazu osób zatrudnionych w jednostce organizacyjnej albo wykonujących czynności zlecone, które posiadają uprawnienia do dostępu do informacji niejawnych;
 - 9) przekazywanie odpowiednio ABW lub SKW do ewidencji, o której mowa w art. 73 ust 1-2 ustawy z dnia 5 sierpnia 2010 r. o ochronie informacji niejawnych, wykazu osób uprawnionych do dostępu do informacji niejawnych, a także osób, którym odmówiono wydania poświadczenia bezpieczeństwa lub wobec których podjęto decyzję o cofnięciu poświadczenia bezpieczeństwa.

§ 57

Inspektor ds. Ochrony Danych

Inspektor ds. Ochrony Danych działa na podstawie ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz.U. z 2019 r. poz.1781) oraz rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia Dyrektywy 95/46/WE (RODO). Do zadań Inspektora ds. Ochrony Danych należy w szczególności:

- 1) informowanie Dyrektora Szpitala oraz pracowników, którzy przetwarzają dane osobowe o obowiązkach spoczywających na nich na mocy RODO, ustawy o ochronie danych osobowych oraz innych przepisów Unii lub państw członkowskich o ochronie danych i doradzanie im w tej sprawie;
- 2) monitorowanie przestrzegania RODO, innych przepisów o ochronie danych osobowych oraz Zarządzeń Dyrektora Szpitala w zakresie bezpieczeństwa informacji i ochrony danych osobowych;
- 3) udzielanie na żądanie zaleceń co do oceny skutków dla ochrony danych oraz monitorowanie ich wykonania;
- 4) współpraca z organem nadzorczym w zakresie ochrony danych osobowych;

- 5) pełnienie punktu kontaktowego dla organu nadzorczego w kwestiach związanych z przetwarzaniem danych osobowych;
- 6) prowadzenie wymaganej dokumentacji w zakresie ochrony danych osobowych;
- 7) prowadzenie szkoleń z personelem Szpitala w zakresie Bezpieczeństwa Informacji i ochrony danych osobowych;
- 8) kontrola działań komórek organizacyjnych Szpitala pod względem zgodności przetwarzania danych z przepisami o ochronie danych osobowych;
- 9) **udział w prowadzeniu postępowania wyjaśniającego w przypadku naruszenia ochrony danych osobowych;**
- 10) **udział w prowadzonych audytach w zakresie systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji.**

§ 58

Centrum Nowoczesnych Technologii i Sztucznej Inteligencji

Centrum Nowoczesnych Technologii i Sztucznej Inteligencji realizuje zadania związane z nawiązywaniem i podtrzymywaniem kontaktów ze środowiskami naukowo-medycznymi krajowymi i międzynarodowymi celem propagowania i wdrażania innowacyjnych projektów, produktów i usług w ochronie zdrowia, a w szczególności:

- 1) prowadzenie spraw wynikających ze współpracy z zagranicznymi ośrodkami partnerskimi, m.in. poprzez:
 - a) aktywną promocję i doradztwo w zakresie wymiany międzynarodowej pracowników oraz możliwości pozyskania do współpracy partnerów zagranicznych,
 - b) organizowanie zagranicznych wyjazdów służbowych pracowników USK,
 - c) obsługę organizacyjną i administracyjną wizyt gości przyjeżdżających do USK z zagranicy.
- 2) bieżące monitorowanie obszarów związanych z ochroną zdrowia, w których następuje rozwój nowych technologii.

§ 59

Dział Fizyki Medycznej i Ochrony Radiologicznej

Dział Fizyki Medycznej i Ochrony Radiologicznej działa w oparciu o przepisy ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. Prawo atomowe (t.j. Dz. U. z 2024. poz.1277 z późn. zm.), ustawy o ochronie przeciwpożarowej z dnia 24 sierpnia 1991 r. (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz.275 z późn. zm.) Do zadań Działu Fizyki Medycznej i Ochrony Radiologicznej należy w szczególności:

1. prowadzenie centralnego rejestru wszystkich źródeł promieniowania jonizującego znajdujących się na terenie jednostki;
2. zapewnienie przestrzegania wymagań bezpieczeństwa jądrowego i ochrony radiologicznej w jednostce;

3. tworzenie specyfikacji do zakupów sprzętu RTG oraz sprzętu do ochrony radiologicznej;
4. reprezentowanie jednostki przed państwowymi instytucjami, związanymi z obszarem ochrony radiologicznej: Państwowej Agencji Atomistyki, Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej we Wrocławiu – Higiena Radiacyjna, Głównego Inspektora Sanitarnego, Krajowym Centrum Ochrony Radiologicznej w Ochronie Zdrowia, Komisjach ds. Procedur i Audytów Klinicznych Zewnętrznych;
5. przeprowadzanie wewnętrznych szkoleń pracowników w zakresie ochrony radiologicznej;
6. przeprowadzanie testów eksploatacyjnych urządzeń radiologicznych oraz urządzeń pomocniczych stosowanych w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym;
7. nadzór nad testami specjalistycznymi wykonywanymi przez określone firmy zewnętrzne;
8. przeprowadzanie specjalistycznych testów monitorów opisowych;
9. prowadzenie specjalistycznej dokumentacji dotyczącej obszarów: kontroli jakości, ochrony radiologicznej, parametrów fizycznych, aparatury medycznej wykorzystującej promieniowanie jonizujące;
10. prowadzenie analiz i statystyk z obszaru ochrony radiologicznej;
11. prowadzenie ewidencji/rejestru sprzętu radiologicznego znajdującego się w jednostce;
12. prowadzenie i monitorowanie rejestru ekspozycji niezamierzonych lub narażenia przypadkowego;
13. analiza ekspozycji niezamierzonej lub narażenia przypadkowego;
14. przygotowywanie niezbędnej dokumentacji do zgłaszania ww. ekspozycji do wyznaczonych prawnie instytucji;
15. nadzór i weryfikacja merytoryczna systemu zapewnienia jakości w ochronie radiologicznej;
16. nadzór nad obowiązującymi prawnie medycznymi procedurami radiologicznymi;
17. czynny udział w audytach klinicznych wewnętrznych i zewnętrznych dotyczących obszaru ochrony radiologicznej;
18. zapewnienie kontroli dozymetrycznej dla pracowników narażonych na promieniowanie jonizujące.

§ 60

Pełnomocnik ds. komunikacji/Biuro Prasowe

Do zadań Biura Prasowego należy w szczególności:

- 1) budowanie pozytywnego wizerunku zgodnego ze strategią wizerunkową Szpitala m.in. za pośrednictwem mediów, w szczególności:
 - a) przygotowanie informacji prasowych dla mediów,
 - b) organizowanie spotkań prasowych (m.in. konferencji prasowych, śniadań prasowych),
 - c) przygotowanie wywiadów z ekspertami, pracownikami Szpitala,
 - d) przygotowanie stanowisk Szpitala w odniesieniu do sytuacji w otoczeniu zewnętrznym, komentowanie wydarzeń,

- e) współpraca z mediami w obszarze m.in. wydawania oświadczeń, przygotowywania odpowiedzi,
 - f) monitoring mediów,
 - g) utrzymywanie stałej współpracy z mediami oraz ich przedstawicielami.
- 2) wsparcie w tworzeniu komunikacji dla otoczenia zewnętrznego Szpitala, w szczególności:
 - a) instytucji państwowych i samorządowych,
 - b) przedsiębiorstw, podmiotów gospodarczych,
 - c) wydawanie newslettera USK.
 - 3) prowadzenie we współpracy z Działem Zarządzania Zespołami Ludzkimi komunikacji wewnętrznej;
 - 4) wdrożenie polityki promocyjnej, poprzez:
 - a) organizację kampanii społecznych i promocyjnych, przygotowywanie materiałów reklamowo-informacyjnych,
 - b) przygotowanie i prowadzenie oficjalnych profili w social mediach np. FB, Instagram, LinkedIn, etc.),
 - c) współtworzenie materiałów informacyjnych i promocyjnych zewnętrznych,
 - d) wspólnie z innymi Działami i Klinikami współtworzenie treści na strony internetowe Szpitala – zewnętrzną, służącą opinii publicznej oraz tzw. intranetem, służącym pracownikom,
 - e) współpracę z partnerami Szpitala oraz innymi instytucjami w zakresie działań promocyjnych.
 - 5) ścisła współpraca z Dyrekcją i pracownikami Szpitala w zakresie polityki informacyjnej Szpitala.

§ 61

Biuro Pełnomocnika ds. Praw Pacjenta/Pełnomocnik ds. Pacjenta

1. Biuro Pełnomocnika ds. Praw Pacjenta/Pełnomocnik ds. Pacjenta realizuje zadania, do których należy w szczególności:
 - 1) nadzór nad przestrzeganiem praw pacjenta w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu;
 - 2) stały monitoring realizacji praw pacjenta;
 - 3) podejmowanie działań interwencyjnych w przypadku naruszenia praw pacjenta;
 - 4) wskazanie trybu skargowego w przypadku naruszenia praw pacjenta;
 - 5) przyjmowanie skarg i wniosków pacjentów oraz udzielanie na nie odpowiedzi;
 - 6) zbiorcza półroczna i roczna analiza skarg i wniosków;
 - 7) prowadzenie rejestru złożonych lub nadesłanych do Pełnomocnika ds. Praw Pacjenta skarg i wniosków;
 - 8) bieżąca współpraca w zakresie przestrzegania praw pacjentów z Dyrektorem i jego Zastępcami, Pełnomocnikiem ds. Jakości, Radcą Prawnym oraz kierownikami komórek

organizacyjnych Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu;

- 9) współpraca z Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej w Izbie Lekarskiej i Izbie Pielęgniarek i Położnych;
- 10) współpraca z Wydziałem Spraw Świadczeniobiorców i Współpracy Międzynarodowej, Działem Skarg i Wniosków Dolnośląskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 11) przygotowanie dokumentów, uzyskanie wymaganych oświadczeń i informacji w zakresie zleconym przez Dyrektora i jego Zastępców, Radcę Prawnego, na potrzeby postępowań: przedsądowych, sądowych, cywilnych i karnych, wyjaśniającego dla Ministra Zdrowia, wyjaśniającego dla Rzecznika Praw Pacjenta, wyjaśniającego dla Narodowego Funduszu Zdrowia, przed wojewódzką komisją do spraw zdarzeń medycznych.

§ 62

Pełnomocnik ds. Jakości

1. Do zadań Pełnomocnika ds. Jakości należy:
 - 1) określanie zapotrzebowania Szpitala w zakresie pozyskiwania certyfikatów i akredytacji;
 - 2) stała współpraca z jednostkami normalizacyjnymi i certyfikacyjnymi;
 - 3) nadzór merytoryczny nad wdrażaniem standardów akredytacyjnych polskich oraz międzynarodowych;
 - 4) szkolenia pracowników w zakresie systemu zarządzania jakością;
 - 5) inicjowanie działań w przypadku ocen negatywnych otrzymanych w wyniku ankietyzacji pacjentów;
 - 6) opracowanie metodologii tworzenia procedur/standardów/instrukcji oraz organizowanie szkoleń personelu w tym zakresie;
 - 7) współpraca lub udział w pracach zespołów problemowych działających na terenie Szpitala;
 - 8) nadzór merytoryczny nad realizacją zadań Działu Akredytacji i Zintegrowanego Systemu Zarządzania Jakością;
 - 9) współpraca z kierownikami komórek organizacyjnych w zakresie działań jakościowych podejmowanych w Szpitalu.

§ 63

Dział Badań Klinicznych i Naukowych

Do zadań Działu Badań Klinicznych i Naukowych w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu należy:

- 1) Analiza warunków kontraktowych oraz koordynowanie negocjacji umowy na przeprowadzanie badań klinicznych/obserwacyjnych/naukowych;
- 2) Przygotowywanie dokumentów dla Zespołu Radców Prawnych niezbędnych do oceny umowy pod względem formalnoprawnym;
- 3) Przygotowywanie kalkulacji rentowności badania klinicznego w oparciu m.in. o protokół badania;
- 4) Negocjowanie budżetu badania klinicznego/obserwacyjnego/naukowego;
- 5) Prowadzenie rejestru badań klinicznych/obserwacyjnych/naukowych;
- 6) Procedowanie wniosku o założenie ośrodka powstawania kosztów do poszczególnych badań klinicznych/naukowych oraz przekazanie informacji o założonych ośrodkach powstawania kosztów do odpowiednich komórek Szpitala;
- 7) Zbieranie informacji o stopniu realizacji zawartych umów;
- 8) Rozliczanie realizowanej umowy;
- 9) Współpraca z Zespołem Badawczym.

§ 64

Pełnomocnik ds. Optymalizacji Procesów

1. Do zadań Pełnomocnika ds. Optymalizacji Procesów należy ścisła współpraca z Dyrektorem Szpitala w zakresie realizacji celów strategicznych Szpitala oraz rekomendacja proefektywnościowych rozwiązań optymalizujących wykorzystanie posiadanych zasobów.
2. Pełnomocnik ds. Optymalizacji Procesów zarządza Działem Controllingu i Analiz.
3. Do zadań działu Controllingu i Analiz należy w szczególności:
 - 1) Podejmowanie działań zorientowanych na realizację celów zarządczych, optymalizacja procesami Szpitala oraz zasilanie Dyrektora Szpitala w informacje usprawniające procesy decyzyjne;
 - 2) Opracowywanie analiz ekonomicznych na potrzeby Dyrektora Szpitala ukierunkowanych na strategiczne elementy działalności Szpitala mające istotny wpływ na jego efektywność finansową i ekonomiczną oraz realizację celów i proces decyzyjny;
 - 3) Ocena efektywności ekonomicznej i finansowej podejmowanych działań z ukierunkowaniem na eliminację ograniczeń i wzrost efektywności;
 - 4) Wspieranie Działu Księgowości w przygotowywaniu założeń do planu finansowego Szpitala;
 - 5) Wspieranie Działu Księgowości w opracowywaniu planów finansowych Szpitala;
 - 6) Wspieranie Dyrektora Szpitala i jednostki organizacyjne oraz udział w opracowywaniu planów strategicznych;
 - 7) Monitorowanie realizacji działań strategicznych w aspekcie krótko i długofalowych;
 - 8) Tworzenie okresowej informacji controllingowo-zarządczej w zakresie realizacji celów strategicznych na rzecz Dyrektora Szpitala;
 - 9) Wspieranie Działu Księgowości w rozliczeniach procedur medycznych oraz innych usług świadczonych przez Szpital na rzecz świadczeniodawców.

§ 65

Uniwersyteckie Centrum Wspierania Badań Klinicznych

1. Do zadań Uniwersyteckiego Centrum Wspierania Badań Klinicznych w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu należy:
 - 1) pozyskiwania i prowadzenia komercyjnych i niekomercyjnych badań klinicznych, w których Partner będzie działał w charakterze ośrodka badawczego a Lider - akademickiego CRO, przy czym, niezależnie od niniejszej umowy Partner ma prawo do prowadzenia innych badań klinicznych w charakterze ośrodka, bez udziału Lidera;
 - 2) pozyskiwania i prowadzenia eksperymentów medycznych, w których Partner będzie działał w charakterze ośrodka badawczego, przy czym, niezależnie od niniejszej umowy Partner ma prawo do prowadzenia innych eksperymentów w charakterze ośrodka, bez udziału Lidera;
 - 3) rekrutacja i zarządzanie personelem Partnera zatrudnionym w ramach OFW zgodnie z przydzielonym budżetem Projektu;
 - 4) współpraca z Liderem przy tworzeniu specyfikacji technicznej w sprawie zakupu systemów jakościowych i innych systemów wspierających wskazanych we Wniosku o dofinansowanie oraz obowiązującym Standardzie Modelowego Centrum Wsparcia Badań Klinicznych 2.0;
 - 5) wyznaczanie strategii ciągłego rozwoju Ośrodka Faz Wczesnych (OFW) oraz odpowiedzialność za stały rozwój oraz aktywne pozyskiwanie nowych badań i partnerów do współpracy w OFW we współpracy z Liderem;
 - 6) zarządzanie operacyjne OFW oraz nadzór nad zapewnieniem spełnienia wymogów formalnych dla placówki o standardach medycznych;
 - 7) kompleksowy nadzór nad infrastrukturą OFW oraz nad prawidłowością wyposażenia medycznego jednostki;
 - 8) przygotowywanie, w zakresie realizowanych przez siebie zadań, sprawozdań, raportów i innych dokumentów projektowych do ABM oraz współpraca z Liderem w zakresie spełnienia wymogów i wskaźników związanych z realizacją Projektu;
 - 9) wdrożenie procedur jakościowych - wdrażanie, realizacja i monitoring standardów medycznych, procedur i instrukcji medycznych;
 - 10) prowadzenie wspólnej ewidencji/rejestru realizowanych przez Strony badań klinicznych, obejmującej wszystkie wspólnie realizowane przez Strony badania w ramach Projektu oraz badania kliniczne realizowane samodzielnie przez Lidera i Partnera, poza obszarem niniejszej Umowy.

ROZDZIAŁ XII

Zakres zadań pionu Z-cy Dyrektora ds. Medycznych

§ 66

Komórki organizacyjne w pionie Z-cy Dyrektora ds. Medycznych:

- 1) Instytuty;
- 2) Uniwersyteckie Centra Kliniczne;
- 3) Kliniki i Oddziały Kliniczne;
- 4) Centrum Leczenia Urazów Wielonarządowych i Mnogich;
- 5) Apteka Szpitalna;
- 6) Dział Bloków Operacyjnych;
- 7) Dział Zdrowia Publicznego;
- 8) Izba Przyjęć / Centralna Izba Przyjęć Pediatriczna;
- 9) Dział Farmacji Klinicznej;
- 10) Uniwersytecka Przychodnia Specjalistyczna;
- 11) Dział Diagnostyki Laboratoryjnej;
- 12) Bank Krwi;
- 13) Dział Diagnostyki Endoskopowej;
- 14) Zakład Patomorfologii i Cytologii Klinicznej;
- 15) Centrum Leczenia Bólu i Medycyny Paliatywnej;
- 16) Dział Dializ;
- 17) Biuro ds. Transplantacji i Donacji

§ 67

Z-ca Dyrektora ds. Medycznych

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

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

§ 68

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

- 1) zapewnienie opieki stacjonarnej w reprezentowanej specjalności;
- 2) rozpoznawanie, leczenie i orzekanie o stanie zdrowia;
- 3) udzielanie kwalifikowanej pomocy w nagłych wypadkach i nagłych zachorowaniach;
- 4) prowadzenie dokumentacji zgodnie z ustalonymi zasadami;
- 5) monitorowanie i ciągła poprawa jakości usług medycznych;
- 6) udzielanie konsultacji specjalistycznych;
- 7) dbałość o podnoszenie kwalifikacji personelu medycznego;
- 8) realizacja programów rządowych z zakresu lecznictwa i profilaktyki;
- 9) realizacja polityki zapobiegania zakażeniom szpitalnym i higieny szpitalnej;
- 10) działalność oświatowo-zdrowotna i promocja zdrowia;
- 11) udzielanie informacji osobom uprawnionym o stanie zdrowia pacjenta lub o jego śmierci;
- 12) prowadzenie działalności dydaktycznej i badawczej na potrzeby Szpitala;
- 13) składanie propozycji do planów: zakupów rocznych i inwestycyjnego;
- 14) świadczenia zdrowotne w komórkach medycznych lecznictwa stacjonarnego udzielane są codziennie przez całą dobę;
- 15) organizacja i zapewnienie pacjentom szybkiej ścieżki onkologicznej w ramach diagnostyki i leczenia onkologicznego.

§ 69

Centrum Leczenia Urazów Wielonarządowych i Mnogich

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

§ 70

Apteka Szpitalna

Do zadań Apteki Szpitalnej należy zabezpieczanie zaplecza terapeutycznego pacjentom w produkty lecznicze i wyroby medyczne poprzez:

- 1) zakup i ewidencja produktów leczniczych, wyrobów medycznych, w tym gazów medycznych;
- 2) przygotowywanie leków recepturowych, aptecznych, leków do żywienia pozajelitowego, leków cytostatycznych z zachowaniem zasad dobrej praktyki wytwarzania;
- 3) praktyczną realizację opieki farmaceutycznej;
- 4) udzielanie fachowej informacji o lekach personelowi medycznemu;
- 5) ocenę jakości leków i monitoring działań niepożądanych;

- 6) organizowanie zaopatrzenia szpitala w produkty lecznicze i wyroby medyczne;
 - 7) udział w racjonalizacji farmakoterapii, poprzez aktywny udział w pracach komitetów i zespołów działających na terenie szpitala;
 - 8) współuczestniczenie w prowadzeniu gospodarki produktami leczniczymi i wyrobami medycznymi w szpitalu;
 - 9) ustalanie procedur wydawania oraz bieżące wydawanie komórkom działalności podstawowej szpitala produktów leczniczych i wyrobów medycznych – zgodnie z zapotrzebowaniem oraz z ustalonymi zasadami;
 - 10) prowadzenie ewidencji uzyskiwanych darów produktów leczniczych i wyrobów medycznych;
 - 11) wstrzymywanie i wycofywanie z obrotu szpitalnego produktów leczniczych i wyrobów medycznych zgodnie z decyzjami głównego inspektora farmaceutycznego;
 - 12) wprowadzenie ewidencji leków i materiałów medycznych służących realizacji badań klinicznych w szpitalu;
 - 13) składanie do działu zamówień publicznych wniosków o wszczęcie procedury zamówienia publicznego oraz merytoryczny udział w postępowaniach;
 - 14) wydawanie cytostatyków doustnych pacjentom ambulatoryjnym Kliniki Hematologii, Terapii Komórkowych i Chorób Wewnętrznych;
 - 15) przekazywania do działu sprzedaży danych niezbędnych do rozliczania świadczeń;
 - 16) wydawania hormonu wzrostu pacjentom kliniki endokrynologii i diabetologii wieku rozwojowego.
2. Apteka Szpitalna czynna jest:
 - 1) w dni robocze w godz. 07.00 -17.00;
 - 2) w święta i dni wolne od pracy w godz. 7.30-15.30.
 3. Apteka funkcjonuje w lokalizacji przy ul. Borowskiej 213; Punk apteczny w lokalizacji: Wyb. L. Pasteura 7a Wrocławiu.

§ 71

Dział Bloków Operacyjnych

1. Do Działu Bloków Operacyjnych zalicza się:
 - 1) Centralny Blok Operacyjny;
 - 2) Blok Operacyjny Oddziału Okulistycznego;
 - 3) Blok Operacyjny Oddziału Otolaryngologicznego;
 - 4) Blok Operacyjny Chirurgii Szczękowo-Twarzowej;
 - 5) Sala zabiegowa Oddziału Chirurgii Urazowej i Chirurgii Ręki.
2. Do zadań Działu Bloków Operacyjnych należy w szczególności:
 - 1) przeprowadzanie zabiegów operacyjnych przez wykwalifikowany personel oraz całodobowa gotowość do świadczenia usług medycznych w tym zakresie, prowadzenie znieczuleń do zabiegów diagnostycznych i operacyjnych, zapewnienie wczesnej opieki pooperacyjnej po zabiegach;

- 2) utrzymywanie w stałym pogotowiu oraz organizacja bloku operacyjnego w trybie możliwości niezwłocznego przystąpienia do zabiegu operacyjnego;
 - 3) opieka nad operowanym na sali pooperacyjnej;
 - 4) w razie śmierci pacjenta w trakcie zabiegu operacyjnego, lekarz operujący zawiadamia kierownika właściwej komórki;
 - 5) nadzór nad prawidłowością i rzetelnością prowadzenia dokumentacji medycznej przez osoby uczestniczące w procedurach wykonywanych w Dziale Bloków Operacyjnych. Rodzaj i zakres obowiązkowej dokumentacji medycznej jest zawarty w Regulaminie Bloku Operacyjnego;
 - 6) realizacja polityki zapobiegania zakażeniom szpitalnym i higieny szpitalnej.
3. Dział Bloków Operacyjnych funkcjonuje w oparciu o Regulamin Bloku Operacyjnego wprowadzony Zarządzeniem Dyrektora Szpitala. Działem kieruje kierownik przy pomocy zastępcy kierownika i pielęgniarki oddziałowej.

§ 72

Dział Zdrowia Publicznego

Do zadań Działu Zdrowia Publicznego należy w szczególności:

1. kształcenie podyplomowe w dziedzinach: zdrowie publiczne, epidemiologia oraz w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia - zdrowie publiczne;
2. nadzór nad jakością procesu kształcenia podyplomowego lekarzy;
3. administrowanie Systemem Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych (SMK);
4. realizacja zadań z obszaru zdrowia publicznego w zakresie zbierania danych, ich przetwarzania, analizy oraz wprowadzania wynikających z nich wniosków i zaleceń, w tym dotyczących analizy efektywności wykorzystania zasobów medycznych;
5. gromadzenie, analiza i wykorzystanie danych z zakresu zdrowia publicznego na potrzeby bieżącej działalności szpitala;
6. współpraca z podmiotami zewnętrznymi realizującymi zadania z zakresu zdrowia publicznego;
7. realizowanie zadań epidemiologii opisowej i analitycznej pod kątem trendów epidemiologicznych i potrzeb zdrowotnych;
8. analiza potrzeb zdrowotnych w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia ze szczególnym uwzględnieniem szczepień ochronnych i racjonalnej antybiotykoterapii;
9. współpraca z instytucjami zewnętrznymi w zakresie kształcenia podyplomowego;
10. opracowywanie strategii epidemiologicznej oraz szczegółowych wytycznych epidemiologicznych;
11. współuczestniczenie w wypracowywaniu strategii Szpitala w zakresie ciągłego podnoszenia poziomu świadczonych usług zdrowotnych zgodnych z wymogami standardów akredytacyjnych Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia oraz innych Ośrodków Certyfikujących;

12. współpraca ze wszystkimi klinicznymi i administracyjnymi jednostkami organizacyjnymi Szpitala w zakresie jakości usług świadczonych w Szpitalu;
13. udział w pracach zespołów, komitetów i komisji na potrzeby działalności szpitala,;
14. inne zadania z zakresu zdrowia publicznego.

§ 73

Izba Przyjęć / Centralna Izba Przyjęć Pediatryczna

1. Centralna Izba Przyjęć Pediatryczna udziela świadczeń kwalifikowanym do leczenia stacjonarnego w trybie nagłym w lokalizacji przy ul. M. Curie-Skłodowskiej we Wrocławiu i pracuje w trybie ciągłym.
2. Izba Przyjęć udziela świadczeń kwalifikowanym do leczenia stacjonarnego w trybie nagłym w lokalizacji przy ul. Wrocławskiej w Strzelinie i pracuje w trybie ciągłym.
3. Do zadań Centralnej Izby Przyjęć Pediatrycznej, Izby Przyjęć należy:
 - 1) rejestracja osoby zgłaszającej się, z jednoczesną kontrolą uprawnień do korzystania ze świadczeń zdrowotnych (e-WUŚ);
 - 2) zapewnienie niezwłocznego zbadania pacjenta przez lekarza Izby Przyjęć;
 - 3) objęcie pacjenta doraźną opieką lekarską i pielęgniarską stosownie do jego stanu, w tym wykonanie niezbędnych badań i podanie leków;
 - 4) przyjęcie do szpitala i przekazanie do oddziału pacjenta zakwalifikowanego do hospitalizacji;
 - 5) udzielenie porady i pomocy doraźnej pacjentowi niezakwalifikowanemu do leczenia szpitalnego;
 - 6) prowadzenie dokumentacji medycznej i statystycznej.
4. W sytuacji, gdy dochodzi do wystąpienia zdarzenia mnogiego, tzn., gdy w Izbie Przyjęć przebywa więcej niż jeden pacjent, a zaopatrzenie tych pacjentów nie przekracza sił i środków, jakimi dysponuje Izba Przyjęć w ramach normalnego funkcjonowania, wówczas przyjmowanie pacjentów odbywa się zgodnie z zasadą, że w pierwszej kolejności przyjmowani są pacjenci w stanach zagrożenia życia i w sytuacjach nagłych, w dalszej pacjenci, których stan zdrowia pozwala na oczekiwanie na badanie lekarskie.
5. W przypadku zaistnienia sytuacji kryzysowej (m. in. zdarzenia masowego, katastrofy) personel Izby Przyjęć stosuje się do odrębnych procedur w tym zakresie.
6. Szczegółowa organizacja i funkcjonowanie Izby Przyjęć zostało określone w „Procedurze określającej funkcjonowanie Izby Przyjęć. Przyjmowanie pacjentów nieplanowych”.

§ 74

Dział Farmacji Klinicznej

Do zadań Działu Farmacji Klinicznej należą:

- 1) kreowanie polityki lekowej szpitala;
- 2) racjonalizacja farmakoterapii;

- 3) nadzór i analizy dotyczące farmakoterapii oraz opracowywanie wytycznych i rekomendacji mających na celu zapewnienie racjonalności w zakresie polityki lekowej;
- 4) sprawowanie nadzoru nad procesem farmakoterapii, m.in. poprzez audyty antybiotykowe, audyty dotyczące profilaktyki przeciwzakrzepowej;
- 5) audyty lekowe na oddziałach USK;
- 6) analizy dotyczące zużycia stosowanych produktów leczniczych;
- 7) analiza działań niepożądanych produktów leczniczych zgłaszanych na terenie szpitala;
- 8) szkolenie personelu w zakresie bezpiecznej farmakoterapii;
- 9) edukacja pacjentów;
- 10) udział w komitetach i zespołach działających na terenie szpitala;
- 11) implementacja komunikatów bezpieczeństwa dotyczących produktów leczniczych na Receptariusz Szpitalny.

§ 75

Uniwersytecka Przychodnia Specjalistyczna

Uniwersytecka Przychodnia Specjalistyczna

1. Do zadań Uniwersyteckiej Przychodni Specjalistycznej należy prowadzenie diagnostyki i leczenia, przeprowadzanie konsultacji lekarskich pacjentów Poradni Specjalistycznych, Podstawowej Opieki Zdrowotnej i Medycyny Pracy. Systematyczne wprowadzanie standardów postępowania medycznego w poszczególnych jednostkach chorobowych i dbałość o jakość świadczonej opieki.
2. Do zadań Poradni Specjalistycznej należy w szczególności:
 - 1) zapewnienie opieki ambulatoryjnej w reprezentowanej specjalności;
 - 2) diagnozowanie, leczenie, profilaktyka, wczesne wykrywanie chorób i orzekanie o stanie zdrowia;
 - 3) udzielanie świadczeń konsultacyjnych oraz kwalifikowanie i kierowanie chorych do szpitala lub leczenia w innych podmiotach leczniczych;
 - 4) opieka poszpitalna nad chorymi hospitalizowanymi w Szpitalu;
 - 5) promocja zdrowia i realizacja programów zdrowotnych;
 - 6) dbałość o podnoszenie kwalifikacji personelu medycznego;
 - 7) prowadzenie obowiązującej dokumentacji;
 - 8) świadczenia zdrowotne w poradniach specjalistycznych, w tym w poradniach przyklinicznych udzielane są w oparciu o ustalony harmonogram pracy w godzinach działalności Uniwersyteckiej Przychodni Specjalistycznej, zgodnie z zawartymi umowami z Narodowym Funduszem Zdrowia, według kolejności zgłoszenia wynikającej z list oczekujących oraz poza kolejnością dla wszystkich pacjentów w stanie zagrożenia zdrowia i życia;
 - 9) organizacja i zapewnienie pacjentom szybkiej ścieżki onkologicznej w ramach diagnostyki i leczenia onkologicznego.

3. Do zadań Poradni Podstawowej Opieki Zdrowotnej należy w szczególności:
 - 1) współpraca lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej z:
 - a) pielęgniarką podstawowej opieki zdrowotnej i położną podstawowej opieki zdrowotnej, wybranymi przez świadczeniobiorcę,
 - b) pielęgniarką środowiskową,
 - c) przedstawicielami organizacji i instytucji działających na rzecz zdrowia.
 - 2) lekarz Podstawowej Opieki Zdrowotnej w zakresie działań mających na celu zachowanie zdrowia pacjenta:
 - a) prowadzi edukację zdrowotną,
 - b) prowadzi systematyczną i okresową ocenę stanu zdrowia w ramach badań bilansowych i badań przesiewowych zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami,
 - c) koordynuje wykonanie i dokonuje kwalifikacji do obowiązkowych szczepień ochronnych pacjenta oraz zapewnia wykonywanie szczepień, zgodnie z odrębnymi przepisami, oraz informuje o szczepieniach zalecanych,
 - d) planuje i koordynuje postępowanie diagnostyczne i terapeutyczne, stosownie do stanu zdrowia pacjenta,
 - e) kieruje pacjenta na konsultacje specjalistyczne w celu dalszej diagnostyki leczenia,
 - f) kieruje pacjenta do jednostek leczenia zamkniętego w celu dalszej diagnostyki i leczenia,
 - g) świadczenia zdrowotne w Podstawowej Opieki Zdrowotnej udzielane są zgodnie z zawartą umową z Narodowym Funduszem Zdrowia.
4. Do zadań Poradni Medycyny Pracy należy w szczególności:
 - 1) sprawowanie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi przez: wykonywanie badań wstępnych, okresowych, kontrolnych, celowanych, badań do celów sanitarno-epidemiologicznych;
 - 2) wykonywanie badań umożliwiających wczesną diagnostykę chorób zawodowych;
 - 3) czynne poradnictwo w stosunku do chorych na choroby zawodowe oraz osób niepełnosprawnych;
 - 4) gromadzenie, przechowywanie informacji o narażeniu zawodowym, ryzyku zawodowym i stanie zdrowia osób objętych profilaktyczną opieką zdrowotną zgodnie z obowiązującymi przepisami;
 - 5) współpraca z Działem Personalnym oraz Działem BHP;
 - 6) współpraca z podmiotami zewnętrznymi, dla których świadczone są usługi w zakresie medycyny pracy.

§ 76

Dział Diagnostyki Laboratoryjnej

1. Do zadań Działu Diagnostyki Laboratoryjnej należy w szczególności:

- 1) wykonywanie badań laboratoryjnych zgodnie z aktualną wiedzą medyczną dla pacjentów hospitalizowanych i ambulatoryjnych;
 - 2) współpraca z oddziałami Szpitala, Poradniami specjalistycznymi w zakresie wykonywania badań laboratoryjnych, przekazywania wyników, standaryzacji postępowania diagnostycznego i działań poprawiających jakość świadczeń medycznych;
 - 3) wykonywanie badań z zakresu hematologii i koagulologii, biochemii, analityki ogólnej, immunologii, monitorowania stężenia leków, serologii, transfuzjologii, poziomu hormonów i ich metabolitów, mikrobiologii;
 - 4) zabezpieczenie oddziałów Szpitala w krew i preparaty krwiopochodne;
 - 5) wykonywanie badań laboratoryjnych pacjentom komórek medycznych Szpitala na podstawie skierowania wydanego przez lekarza zatrudnionego w Szpitalu, pacjentom skierowanym przez inne podmioty lecznicze, z którymi Szpital zawarł stosowne umowy;
 - 6) wykonywanie odpłatnych badań laboratoryjnych pacjentom bez skierowania i pacjentom, których lekarz kierujący zobowiązał się do pokrycia kosztów związanych z tym badaniem;
 - 7) działalność oświatowo-zdrowotna i promocja zdrowia;
 - 8) prowadzenie obowiązującej dokumentacji;
 - 9) realizacja polityki zapobiegania zakażeniom szpitalnym i higieny szpitalnej.
2. Świadczenia zdrowotne w Dziale Diagnostyki Laboratoryjnej udzielane są przez:
- 1) Laboratorium Analityczne z Pracownią Diagnostyki Hematologicznej Transplantacyjnej Kliniki Transplantacji Szpiku, Onkologii i Hematologii Dziecięcej;
 - 2) Laboratorium Mikrobiologiczne;
 - 3) Pracownię Immunologii Transfuzjologicznej z Bankiem Krwi;
 - 4) Laboratorium Biologii Molekularnej z Pracownią Chimeryzmu i Biologii Molekularnej Kliniki Transplantologii Szpiku, Onkologii i Hematologii Dziecięcej;
 - 5) Specjalistyczne Laboratorium Immunologiczne Kliniki Nefrologii i Medycyny Transplantacyjnej;
 - 6) Laboratorium Andrologiczne.
3. Świadczenia udzielane są:
- 1) pacjentom hospitalizowanym – codziennie przez całą dobę;
 - 2) pacjentom ambulatoryjnym – od poniedziałku do piątku w godz. od 8.00 do 18.00.

§ 77

Bank Krwi

1. Do zadań Banku Krwi należy w szczególności:
 - 1) składanie zamówień na krew i jej składniki oraz ich odbiór w najbliższym Regionalnym Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa, zgodnie z zamówieniami uprawnionych komórek medycznych Szpitala;

- 2) oznaczanie grupy krwi, czynnika Rh, przeciwciał odpornościowych do antygenów krwinek czerwonych, wykonanie bezpośredniego testu antyglobulinowego, wykonanie próby zgodności serologicznej między dawcą i biorcą, kwalifikacje do podania immunoglobuliny anti-RhD, wykonywanie badań serologicznych dla noworodków;
- 3) przechowywanie krwi i jej składników do czasu ich wydania zamawiającemu oraz wydawanie krwi i jej składników do uprawnionych komórek medycznych Szpitala;
- 4) prowadzenie dokumentacji:
 - a) dotyczącej przychodów i rozchodów krwi i jej składników,
 - b) zapewniającej identyfikację dawcy i biorcy krwi lub jej składników.
- 5) prowadzenie sprawozdawczości zużycia krwi i jej składników;
- 6) współpraca z Regionalnym Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa i komórkami medycznymi Szpitala;
- 7) współpraca z oddziałami Szpitala w zakresie gospodarki krwią.

§ 78

Dział Diagnostyki Endoskopowej

1. Dział Diagnostyki Endoskopowej (DDE) stanowi wydzieloną komórkę organizacyjną, która realizuje zadania Szpitala w zakresie endoskopii.
2. W skład Działu Diagnostyki Endoskopowej wchodzi:
 - 1) Pracownia Endoskopii;
 - 2) Pracownia Endoskopii (lok. Strzelin).
3. Dział Diagnostyki Endoskopowej (DDE) wykonuje endoskopowe procedury diagnostyczne i terapeutyczne w zakresie przewodu pokarmowego, układu moczowego i dróg oddechowych.
4. Procedury endoskopowe wykonywane są w gabinetach endoskopowych na terenie obu Pracowni lub w wyjątkowych przypadkach na oddziałach szpitalnych lub sali operacyjnej USK.
5. Do zadań DDE należy w szczególności:
 - 1) wykonywanie badań diagnostycznych i procedur zabiegowych u pacjentów hospitalizowanych w USK i pacjentów ambulatoryjnych;
 - 2) współuczestniczenie w kwalifikacji pacjentów hospitalizowanych do procedur zabiegowych;
 - 3) prowadzenie prewencji i wczesnego wykrywania schorzeń układu pokarmowego, układu moczowego i układu oddechowego;
 - 4) wykonywanie procedur medycznych w ramach umów zawartych z NFZ i innymi podmiotami leczniczymi;
 - 5) prowadzenie stosownej dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami;
 - 6) prowadzenie działalności zgodnej z przestrzeganiem higieny szpitalnej oraz zapobiegającej zakażeniom szpitalnym;

- 7) organizacja i zapewnienie pacjentom szybkiej ścieżki onkologicznej w ramach diagnostyki i leczenia onkologicznego.
6. Świadczenia zdrowotne w Dziale Diagnostyki Endoskopowej udzielane są pacjentom hospitalizowanym w Szpitalu przez całą dobę, a dla pacjentów ambulatoryjnych dostępne są od poniedziałku do piątku w godzinach 7.30 – 14.30.

§ 79

Zakład Patomorfologii i Cytologii Klinicznej

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

- 9) konsultacji preparatów cytologicznych i histologicznych.
3. Pracownia Immunopatologii i Biologii Molekularnej – głównym zadaniem jest prowadzenie badań dotyczących oceny mutacji w genach:
 - 1) badania molekularne dotyczące statusu genów jako potencjalnych celów terapii ukierunkowanej w chorobach nowotworowych;
 - 2) ocena amplifikacji genu HER2 w rakach piersi i żołądka;
 - 3) ocena mutacji genów KRAS, NRAS, BRAF, ALK, EGFR.
4. Zakład Patomorfologii i Cytologii Klinicznej czynny jest od poniedziałku do piątku w godz. od 7.30 do 15.05. Odbiór zwłok z pomieszczeń *pro morte* odbywa się przez całą dobę na wezwanie.

§ 80

Centrum Leczenia Bólu i Medycyny Paliatywnej

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

§ 81

Dział Dializ

Do zadań Działu Dializ należą w szczególności:

- 1) zapewnienie kompleksowej opieki chorym wymagającym terapii nerkozastępczej;
- 2) realizacja świadczeń w zakresie hemodializy i dializy otrzewnowej;
- 3) edukacja pacjentów oraz ich rodzin na temat leczenia za pomocą hemodializy i dializy otrzewnowej;
- 4) współpraca z innymi komórkami organizacyjnymi Szpitala, w szczególności z Kliniką Nefrologii, Medycyny Transplantacyjnej i Chorób Wewnętrznych, Kliniką Nefrologii Pediatricznej oraz z Uniwersyteckim Centrum Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej w zakresie zakładania cewników do dializy otrzewnowej;

- 5) zapewnienie dostępu naczyniowego do hemodializoterapii, plazmaferezy w tym m.in. zakładanie cewników, wykonywanie przetok, korekta przetok;
- 6) kwalifikacja pacjenta do przeszczepienia nerki.

§ 82

Biuro ds. Transplantacji i Donacji

Do zadań Biura ds. Transplantacji i Donacji należą w szczególności:

- 1) Koordynacja przeszczepu dawca-biorca;
- 2) Koordynacja procesu donacji narządów;
- 3) Koordynacja procesu donacji tkanek;
- 4) Szkolenie personelu medycznego w zakresie donacji i transplantacji;
- 5) Działania promujące donację i transplantację.

§ 83

Szpitalny Oddział Ratunkowy – Klinika Medycyny Ratunkowej

1. Do zadań Szpitalnego Oddziału Ratunkowego - Kliniki Medycyny Ratunkowej należy w szczególności: udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej polegających na wstępnej diagnostyce, podjęciu leczenia w zakresie niezbędnym dla stabilizacji funkcji życiowych osób, które znajdują się w stanie nagłego zagrożenia zdrowia i życia oraz transportu medycznego pacjentów Szpitala przez Zespół Transportu Medycznego;
2. Do szczegółowych zadań Szpitalnego Oddziału Ratunkowego należy:
 - 1) monitorowanie i podtrzymywanie funkcji życiowych;
 - 2) prowadzenie resuscytacji krążeniowo-oddechowo-mózgowej;
 - 3) wykonywanie pełnego zakresu wczesnej diagnostyki i wstępnego leczenia urazów;
 - 4) prowadzenie resuscytacji płynowej;
 - 5) leczenie bólu;
 - 6) wstępne leczenie zatruc;
 - 7) opracowywanie chirurgiczne ran i urazów;
 - 8) przyjmowanie przez całą dobę pacjentów w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego;
 - 9) przyjmowanie kobiet do odbycia porodu;
 - 10) prowadzenie obowiązkowej dokumentacji.
3. Do szczegółowych zadań Zespołu Transportu Medycznego należy:
 - 1) zabezpieczenie transportu własnego w zakresie: materiałów biologicznych związanych z programem transplantacyjnym, narządów do transplantacji, zespołu ds. transplantacji;
 - 2) zabezpieczenia transportu zewnętrznego typu: „S”, „P” i „T” w zakresie: przewozu pacjentów;
 - 3) prowadzenie ewidencji ww. transportów i przesyłanie jej w wymaganych terminach do Działu Rachunkowości i Kontroli Zarządczej;

- 4) nadzorowanie eksploatacji ambulansów służbowych, w tym napraw, przeglądów okresowych i technicznych;
 - 5) nadzorowanie sprzętu medycznego znajdującego się w ambulansach służbowych w tym napraw i przeglądów technicznych; w zakresie wynikającym z Procedury DT/P/26 Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego;
 - 6) zapewnienie wyposażenia w sprzęt i materiały medyczne niezbędne do ciągłej pracy ambulansów z uwzględnieniem budżetów, limitów oraz planu finansowego Szpitala.
4. Szpitalny Oddział Ratunkowy – Klinika Medycyny Ratunkowej czynny jest przez całą dobę.
 5. Szczegółowe zasady funkcjonowania SOR określa Regulamin wprowadzony Zarządzeniem Dyrektora Szpitala.

§ 84

Uniwersyteckie Centrum Transplantacji i Donacji

1. Uniwersyteckie Centrum Transplantacji i Donacji jest wydzieloną częścią funkcjonalną Szpitala.
2. Nadzór nad działalnością Centrum sprawuje Pełnomocnik Dyrektora ds. Transplantacji.
3. Do zadań Uniwersyteckiego Centrum Transplantacji i Donacji należy w szczególności organizowanie i nadzór nad prawidłowym wykonywaniem procedur transplantacyjnych i donacyjnych zgodnie z obowiązującymi przepisami.
4. Kierownikiem Uniwersyteckiego Centrum Transplantacji i Donacji jest Pełnomocnik Dyrektora ds. Transplantacji.
5. Centrum działa na bazie komórek organizacyjnych Szpitala, w tym w szczególności:
 - 1) Kliniki Nefrologii, Medycyny Transplantacyjnej i Chorób Wewnętrznych;
 - 2) Kliniki Chirurgii Naczyniowej, Ogólnej i Transplantacyjnej;
 - 3) Kliniki Gastroenterologii, Hepatologii i Chorób Wewnętrznych;
 - 4) Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii;
 - 5) Kliniki Urologii i Onkologii Urologicznej;
 - 6) Kliniki Okulistyki;
 - 7) Klinika Kardiochirurgii;
 - 8) Klinika Ortopedii, Traumatologii Narządu Ruchu i Chirurgii Ręki;
 - 9) Uniwersyteckim Centrum Neurologii i Neurochirurgii;
 - 10) Kliniki Hematologii, Terapii Komórkowych i Chorób Wewnętrznych;
 - 11) Klinika Transplantacji Szpiku, Onkologii i Hematologii Dziecięcej;
 - 12) Biura ds. Transplantacji i Donacji.
6. Szczegółowe zasady funkcjonowania Centrum określa Regulamin Uniwersyteckiego Centrum Transplantacji i Donacji.

§ 85

Uniwersyteckie Centrum Zdrowia Psychicznego

1. W skład Uniwersyteckiego Centrum Zdrowia Psychicznego wchodzi Klinika Psychiatrii, w strukturze której działają:
 - 1) Oddział Kliniczny Dzienny Psychiatryczny;
 - 2) Oddział Kliniczny Dzienny Leczenia Nerwic;
 - 3) Oddział Kliniczny Dzienny Psychogeriatryczny;
 - 4) Oddział Kliniczny Psychiatryczny i Psychogeriatryczny;
 - 5) Przykliniczna Poradnia Psychogeriatryczna;
 - 6) Zespół Psychiatryczno-Psychologiczny Konsultacyjny;
 - 7) Zespół Psychologów.
2. Zadaniem oddziałów jest zapewnienie pacjentom opieki oraz kompleksowego postępowania diagnostyczno-leczniczego w zakresie wszystkich zaburzeń i chorób psychicznych, z uwzględnieniem tzw. trudnych przypadków klinicznych, poradnictwa i diagnostyki psychologicznej; psychoterapii indywidualnej i grupowej oraz wczesnej rehabilitacji chorych psychicznie w warunkach oddziału dziennego oraz poradni konsultacyjnej i terapii zajęciowej.
3. Do zadań Zespołu Psychologów należy w szczególności:
 - 1) rozwiązywanie problemów zdrowotnych pacjentów hospitalizowanych w zakresie kompetencji psychologów;
 - 2) pomoc i interwencje psychologiczne ukierunkowane na promocję zdrowia, prewencję zaburzeń, interwencje w stanach kryzysu i przejściowych trudności i psychologiczna terapia zaburzeń pacjentów hospitalizowanych;
 - 3) opisywanie i wyjaśnianie zdrowych i zaburzonych form zachowania, przeżywania i funkcjonowania somatycznego pacjenta, określenie ich przyczyn oraz wypełnianie zadań praktycznych, polegających na diagnozie zdrowia i / lub zaburzeń w celu zastosowania profesjonalnych, psychologicznych form pomocy i interwencji;
 - 4) opisywanie zdrowych i zaburzonych funkcji psychicznej i somatycznej oraz zachowania pacjentów hospitalizowanych;
 - 5) wyjaśnianie przyczyn zdrowia i zaburzeń oraz ich biopsychospołecznego mechanizmu;
 - 6) określanie zasad postępowania mającego na celu promocję i ochronę zdrowia, prewencję zaburzeń i pomoc psychoterapeutyczną;
 - 7) współpraca z lekarzami prowadzącymi w zakresie terapii zespołowej pacjentów hospitalizowanych.

§ 86

Uniwersyteckie Centrum Diagnostyki Obrazowej

1. W skład Uniwersyteckiego Centrum Diagnostyki Obrazowej wchodzi:
 - 1) Zakład Radiologii Ogólnej, Zabiegowej i Neuroradiologii;
 - 2) Zakład Radiologii Ogólnej i Pediatricznej;

- 3) Dział Diagnostyki obrazowej (lok. Strzelin).
2. Do zadań Uniwersyteckiego Centrum Diagnostyki Obrazowej należy w szczególności:
 - 1) udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu diagnostyki obrazowej;
 - 2) wykonywanie badań radiologicznych, szczególnie diagnostyka obrazowa i EKG;
 - 3) wykonywanie badań USG konwencjonalnych i dopplerowskich;
 - 4) wykonywanie badań tomografii komputerowej;
 - 5) wykonywanie badań metodą rezonansu magnetycznego;
 - 6) przeprowadzanie badań naczyniowych i neuroradiologicznych (aortografia, angiografia obwodowa i mózgowa);
 - 7) wykonywanie zabiegów wewnątrznaczyniowych (embolizacje naczynek i tętniaków, neuroradiologia);
 - 8) prowadzenie obowiązującej dokumentacji;
 - 9) prowadzenie kontroli jakości badań;
 - 10) zapewnienie pacjentom pełnej ochrony i bezpieczeństwa radiologicznego zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa;
 - 11) przeprowadzania konsultacji lekarskich pacjentów hospitalizowanych;
 - 12) przeprowadzanie diagnostyki obrazowej pacjentów hospitalizowanych na oddziałach szpitalnych, jeśli stan pacjenta tego wymaga;
 - 13) ścisła współpraca z oddziałami szpitalnymi, poradniami specjalistycznymi, POZ w części dotyczącej kompleksowej opieki nad pacjentem, standaryzacji diagnostyki obrazowej;
 - 14) realizacja polityki zapobiegania zakażeniom szpitalnym i higieny szpitalnej;
 - 15) organizacja i zapewnienie pacjentom szybkiej ścieżki onkologicznej w ramach diagnostyki i leczenia onkologicznego.
3. Świadczenia zdrowotne w Uniwersyteckim Centrum Diagnostyki Obrazowej udzielane są: całodobowo pacjentom hospitalizowanym w Szpitalu i od poniedziałku do soboty w godz. 7.30 do 22.00 pacjentom ambulatoryjnym w Zakładzie Radiologii Ogólnej, Zabiegowej i Neuroradiologii oraz od poniedziałku do soboty w godz. 7.30 do 20.00 pacjentom ambulatoryjnym w Zakładzie Radiologii Ogólnej i Pediatricznej.

§ 87

Uniwersyteckie Centrum Rehabilitacji

1. Do zadań Uniwersyteckiego Centrum Rehabilitacji należy w szczególności:
 - 1) udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu rehabilitacji leczniczej w warunkach szpitalnych, ambulatoryjnych oraz w ramach ośrodka dziennego;
 - 2) udział w realizacji zadań dydaktycznych i badawczych Uczelni oraz innych uczelni i instytucji prowadzących działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie fizjoterapii i masażu w zakresie wynikającym z obowiązujących przepisów i zawartych umów;
 - 3) uczestniczenie w przygotowywaniu osób do wykonywania zawodu medycznego oraz doskonaleniu zawodowym kadr medycznych w zakresie wynikającym z obowiązujących przepisów i zawartych umów;

- 4) prowadzenie działalności mającej na celu promocję zdrowia i profilaktykę zdrowotną;
 - 5) przywracanie aktywności fizycznej, psychicznej i społecznej;
 - 6) działania terapeutyczne mające na celu przywrócenie pełnego zdrowia lub wytworzenie mechanizmów kompensacyjnych;
 - 7) działania terapeutyczne mające na celu wczesne uruchomienie pacjenta i zapobieganie skutkom unieruchomienia;
 - 8) prowadzenie dokumentacji zgodnie z obowiązującymi przepisami;
 - 9) edukacja zdrowotna;
 - 10) realizacja polityki zapobiegania zakażeniom szpitalnym i higieny szpitalnej.
2. Świadczenia zdrowotne w Uniwersyteckim Centrum Rehabilitacji udzielane są od poniedziałku do piątku w godz. od 8.00 do 18.00. oraz w soboty w godzinach od 8.00 do 13.00.

§ 88

Uniwersyteckie Centrum Chirurgii Robotycznej

1. Uniwersyteckie Centrum Chirurgii Robotycznej jest wydzieloną częścią funkcjonalną Szpitala.
2. Do zadań Uniwersyteckiego Centrum Chirurgii Robotycznej należy w szczególności organizacja, koordynacja i nadzór nad prawidłowym wykonywaniem procedur z użyciem systemu chirurgii Robotycznej.
3. Centrum działa na bazie komórek organizacyjnych Szpitala, w tym w szczególności:
 - 1) Oddziału Klinicznego Urologii Uniwersyteckiego Centrum Urologii Kliniki Urologii Małoinwazyjnej i Robotycznej;
 - 2) Oddziału Klinicznego Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej z Pododdziałem Torakochirurgii i Pododdziałem Chirurgii Plastycznej Uniwersyteckiego Centrum Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej;
 - 3) Oddziału Klinicznego Położnictwa i Ginekologii Uniwersyteckiego Centrum Położnictwa i Ginekologii;
 - 4) Oddziału Klinicznego Chirurgii i Urologii Dziecięcej Kliniki Chirurgii i Urologii Dziecięcej;
 - 5) Oddziału Klinicznego Kardiochirurgii Kliniki Kardiochirurgii;
 - 6) Oddziału Klinicznego Otolaryngologii, Chirurgii Głowy i Szyi Uniwersyteckiego Centrum Chirurgii Głowy i Szyi;
 - 7) Oddziału Klinicznego Anestezjologii i Intensywnej Terapii;
 - 8) Centralnego Bloku Operacyjnego.
4. Szczegółowe zasady funkcjonowania Centrum określa Regulamin Uniwersyteckiego Centrum Chirurgii Robotycznej.

§ 89

Uniwersyteckie Centrum Chorób Rzadkich

1. Uniwersyteckie Centrum Chorób Rzadkich jest wydzieloną częścią funkcjonalną Szpitala.
2. Do zadań Uniwersyteckiego Centrum Chorób Rzadkich należy w szczególności zapewnienie skoordynowanej opieki nad pacjentami z chorobami rzadkimi poprzez ustalanie optymalnej diagnostyki (w tym diagnostyki genetycznej) oraz kompleksowej opieki terapeutycznej.
3. Centrum działa na bazie komórek organizacyjnych USK.
4. Szczegółowe zasady funkcjonowania Centrum określa Regulamin Uniwersyteckiego Centrum Chorób Rzadkich.

ROZDZIAŁ XIV
Zakres zadań pionu
Z-cy Dyrektora ds. Pielęgniarstwa

§ 90

1. Komórki organizacyjne w pionie Z-cy Dyrektora ds. Pielęgniarstwa:
 - 1) Dział Sterylizacji;
 - 2) Dział Epidemiologii;
 - 3) Dział Higieny Szpitalnej i Transportu Wewnętrznego Pacjentów;
 - 4) Uniwersytecki Zakład Opiekuńczo-Lecznicy;
 - 5) Dział Żywienia;
 - 6) Zespół Transportu Medycznego (działający w ramach Szpitalnego Oddziału Ratunkowego- Kliniki Medycyny Ratunkowej).
2. Personel podległy w pionie Z-cy Dyrektora ds. Pielęgniarstwa:
 - 1) kierownicy ds. organizacji opieki pielęgniarskiej i położniczej;
 - 2) pielęgniarki i położne oddziałowe oraz koordynujące;
 - 3) pielęgniarki i położne;
 - 4) ratownicy medyczni (w tym pracownicy Zespołu Transportu Medycznego);
 - 5) opiekunowie medyczni,
 - 6) technicy elektroradiologii,
 - 7) pracownicy działu sterylizacji;
 - 8) pracownik administracyjny;
 - 9) salowe;
 - 10) sanitariusze;
 - 11) noszowi;
 - 12) konserwatorzy powierzchni płaskich / sprzątaczk;

§ 91

Z-ca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa

1. Z-ca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.
2. Jest bezpośrednim zwierzchnikiem kierowników ds. organizacji pracy pielęgniarskiej i położniczej oraz kierowników podległych działów, a pośrednio pielęgniarek i położnych oddziałowych oraz koordynujących, a także pracowników działów.
3. Z-ca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa odpowiedzialny jest za organizację pracy oraz poziom usług świadczonych przez podległy mu personel. Do zakresu zadań Z-cy Dyrektora ds. Pielęgniarstwa należy:
 - 1) planowanie, organizowanie, motywowanie, przewodzenie, kontrolowanie i ocenianie pracy podległego personelu zgodnie z zakresem obowiązków;

- 2) opracowywanie planu zatrudnienia personelu pielęgniarskiego, położniczego, ratowników medycznych, opiekunów medycznych oraz pozostałych pracowników podległych działów z uwzględnieniem organizacji pracy i liczby etatów na poszczególne komórki organizacyjne;
- 3) systematyczne szacowanie rzeczywistego zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską oraz określanie liczby i rodzaju stanowisk pracy;
- 4) opracowywanie i doskonalenie systemu wynagradzania, oceniania i motywowania podległych pracowników;
- 5) ustalanie zakresu obowiązków, odpowiedzialności i uprawnień dla podległego personelu;
- 6) uczestniczenie w naborze personelu;
- 7) kierowanie pracowników na kursy, szkolenia, specjalizacje itp. wymagane na danym stanowisku pracy;
- 8) organizowanie szkoleń dla podległego personelu;
- 9) dokonywanie zmian stanowisk pracy pielęgniarek, położnych, ratowników medycznych, opiekunów medycznych oraz pozostałych pracowników podległych działów zgodnie z potrzebami kadrowymi;
- 10) nadzór nad przestrzeganiem przez podległy personel ustalonego porządku, regulaminu pracy, przepisów bhp oraz przeciwpożarowych, wynikających z kodeksu pracy i zarządzeń wewnętrznych;
- 11) dokonywanie okresowych kontroli pracy podległego personelu;
- 12) zatwierdzanie procedur, instrukcji oraz standardów postępowania dotyczących opieki nad pacjentem oraz organizacji pracy podległego personelu;
- 13) dokonywanie systematycznej oceny jakości i dostępności realizowanych świadczeń oraz przestrzegania standardów i procedur opieki pielęgniarskiej;
- 14) nadzór i koordynacja pracy Komitetów, Zespołów i Komisji powołanych zgodnie z regulaminem Komitetów, Zespołów i Komisji działających w Szpitalu bezpośrednio podlegających Z-cy Dyrektora ds. Pielęgniarstwa;
- 15) koordynowanie wolontariatów pielęgniarek i położnych w ramach przeszkolenia wynikającego z przerwy w wykonywaniu zawodu, trwającej dłużej niż 5 lat oraz powierzenie nadzoru nad przebiegiem przeszkolenia pielęgniarkom i położnym pracującym w Szpitalu;
- 16) nadzór nad realizacją umów zawartych ze Szpitalem w zakresie realizacji praktycznej nauki zawodu w ramach kształcenia przed i podyplomowego pielęgniarek i położnych oraz innego podległego personelu;
- 17) koordynowanie i pełnienie nadzoru nad realizacją działalności dydaktycznej w zakresie praktycznej nauki zawodu w ramach kształcenia przed i podyplomowego pielęgniarek i położnych;
- 18) prowadzenie korespondencji z uczelniami, szkołami w zakresie ustaleń zapisów warunków realizacji praktycznej nauki zawodu na bazie Szpitala;

- 19) przeprowadzanie postępowań konkursowych na stanowiska podlegające tym wymagom zgodnie z Zarządzeniami Dyrektora Szpitala;
- 20) tworzenie warunków i koordynowanie współdziałania pielęgniarek i położnych z innym personelem medycznym.

§ 92

Dział Sterylizacji

1. Świadczenie usług dekontaminacji wyrobów medycznych i sprzętu wysokospecjalistycznego wielokrotnego użycia w zakresie:
 - 1) mycia/oczyszczania i dezynfekcji;
 - 2) sterylizacji wysokotemperaturowej, parą wodną w nadciśnieniu;
 - 3) sterylizacji niskotemperaturowej, plazmowej i tlenkiem etylenu.
2. Monitorowanie procesów sterylizacji – kontrola sprzętu, pakietu, wsadu z wykorzystaniem metod fizycznych, chemicznych i biologicznych.
3. Wykorzystywanie narzędzi kontroli procesów dekontaminacji maszynowej – mycia i dezynfekcji, sterylizacji poprzez karty kontrolne, wskaźniki chemiczne.
4. Dokumentowanie zachodzących procesów dekontaminacji w elektronicznym systemie zarządzania procesami ze śledzeniem obiegu produktów (narzędzi, zestawów operacyjnych) na każdym etapie postępowania wraz z ich archiwizacją w miejscu.
5. Wykonywanie dekontaminacji łóżek szpitalnych w oparciu o instrukcję epidemiologiczną.
6. Szybka dezynfekcja pomieszczeń metodą zamgławiania z wykorzystaniem suchej mgły.
7. Dezynfekcja komorowa materacy, kontenerów transportowych i innych sprzętów.
8. Realizacja polityki zapobiegania zakażeniom szpitalnym i higieny szpitalnej poprzez rejestrację zdarzeń niepożądanych oraz sporządzanie sprawozdawczości i analiz dotyczących działalności działu.
9. Prowadzenie rozliczeń kosztów w ujęciu punktowym w skali miesięcznej, z przyporządkowaniem na poszczególne jednostki organizacyjne Szpitala.
10. Planowanie działań inwestycyjnych, wnioskowanie o doposażenie i wymianę sprzętu w celu zapewnienia działalności działu z wykorzystaniem nowoczesnych technologii, wpływających na poprawę organizacji pracy i bezpieczeństwo pacjentów.
11. Udział w przygotowywaniu wniosków na materiały eksploatacyjne i wyposażenie oraz uczestnictwo w komisjach dotyczących wszczęcia postępowania przetargowego.
12. Dbanie o racjonalną politykę magazynową; środków dezynfekcyjnych i czystościowych, materiałów sterylizacyjnych i innych niezbędnych artykułów potrzebnych do bieżącego zarządzania działem.
13. Uczestniczenie w kształtowaniu polityki kadrowej działu związanej z pozyskiwaniem pracowników, ich rozwojem i zarazem podnoszeniem kwalifikacji zawodowych oraz motywowanie do większej kreatywności i zaangażowania w wykonywane czynności.

14. Branie udziału w szkoleniach, dzielenie się wiedzą i doświadczeniem z pracownikami, budowanie jedności w zespole, wyrabianie nawyków higienicznych.
15. Stała współpraca z Zespołem Kontroli Zakażeń Szpitalnych.
16. Ścisła współpraca z DBO oraz z innymi komórkami organizacyjnymi, biorącymi udział w wytwarzaniu wyrobów sterylnych w warunkach szpitalnych.
17. Świadczenie usług sterylizacyjnych dla podmiotów zewnętrznych w ramach zawartych umów i przygotowywanie specyfikacji do faktury, w rozliczeniu miesięcznym dla poszczególnych świadczeniobiorców usług sterylizacyjnych.

§ 93

Dział Epidemiologii

Dział Epidemiologii merytorycznie podlega Głównemu Epidemiologowi Szpitala, służbowo podlega Z-cy Dyrektora ds. Pielęgniarstwa. Do zadań Działu Epidemiologii należy:

- 1) opracowywanie i aktualizowanie systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych oraz szerzenia się czynników alarmowych, zgodnie z Ustawą z dnia 5 grudnia 2008 roku o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 924 z późn. zm.);
- 2) ocena ryzyka i monitorowanie zakażeń szpitalnych związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych oraz monitorowanie czynników alarmowych (prowadzenie rejestru pacjentów z zakażeniem szpitalnym oraz rejestr „alert patogenów”);
- 3) prowadzenie dochodzenia epidemiologicznego, inicjowanie działań zmierzających do zlikwidowania ogniska zakażenia oraz usunięcia jego przyczyn;
- 4) planowanie opieki nad pacjentem z zakażeniem szpitalnym;
- 5) udzielanie porad w zakresie profilaktyki i kontroli zakażeń;
- 6) określanie warunków izolacji pacjentów z zakażeniem lub chorobą zakaźną oraz pacjentów szczególnie podatnych na zakażenia szpitalne;
- 7) opracowanie i wdrożenie, a następnie nadzorowanie stosowania procedur zapobiegających zakażeniom i chorobom zakaźnym związanym z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, w tym dekontaminacji skóry i błon śluzowych lub innych tkanek, wyrobów medycznych oraz powierzchni pomieszczeń i urządzeń;
- 8) określenie obszarów i stref sanitarnych środowiska szpitalnego oraz opracowanie planu higieny szpitalnej uwzględniającego zasady, metody, środki oraz sprzęt niezbędny do utrzymania należytego stanu higieniczno- sanitarnego pomieszczeń, sprzętów i innego wyposażenia pomieszczeń poszczególnych obszarów i stref sanitarnych środowiska szpitalnego;
- 9) sporządzanie i przekazanie właściwemu państwowemu inspektorowi sanitarnemu raportów o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitala (bieżące zgłaszanie występowania chorób zakaźnych, zgłaszanie w ciągu 24 godzin potwierdzonego epidemicznego wzrostu liczby zakażeń szpitalnych);

- 10) opracowanie rocznych raportów dotyczących występowania zakażeń szpitalnych i „alert patogenów”;
- 11) przeprowadzanie kontroli wewnętrznej zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2010 r. w sprawie zakresu, sposobu i częstotliwości prowadzenia kontroli wewnętrznej w obszarze realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych. (Dz. U. Nr 100, poz. 646);
- 12) szkolenie personelu w zakresie kontroli zakażeń szpitalnych, określanie zapotrzebowania edukacyjnego, prowadzenie edukacji personelu z zakresu zakażeń szpitalnych;
- 13) konsultowanie osób podejrzanych o zakażenie lub chorobę zakaźną oraz tych, u których rozpoznano zakażenie lub chorobę zakaźną, współdziałanie w ograniczeniu narastania lekooporności biologicznych czynników chorobotwórczych w wyniku niewłaściwego stosowania profilaktyki i terapii antybiotykowej;
- 14) udział w pracach komisji przetargowych na środki czystości, sprzęt do utrzymania czystości, usługi prania, dostawy bielizny szpitalnej, dostawy środków dezynfekcyjnych, sprzętu medycznego jednorazowego, środków ochrony osobistej, środków opatrunkowych, usługi transportu i odbioru odpadów szpitalnych - weryfikacja pod względem sanitarno-epidemiologicznym;
- 15) opiniowanie nowych technologii związanych z opieką nad pacjentem oraz utrzymaniem czystości pod względem sanitarno-epidemiologicznym;
- 16) współpraca z Państwowym Powiatowym Inspektorem Sanitarnym w ramach kontroli sanitarno-epidemiologicznych oraz pozyskiwania decyzji uprawniających do prowadzenia (rozszerzenia, zmiany) działalności Szpitala, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa.

§ 94

Dział Higieny Szpitalnej i Transportu Wewnętrznego Pacjentów

Do zadań Działu Higieny Szpitalnej i Transportu Wewnętrznego Pacjentów należy:

- 1) ustalanie struktury organizacyjnej personelu sprzątającego i zajmującego się transportem wewnętrznym pacjentów oraz systemu zastępstw w razie absencji urlopowej i chorobowej wyżej wymienionego personelu;
- 2) ustalenie rodzaju i liczby sprzętu niezbędnego do utrzymania czystości w danych komórkach organizacyjnych zgodnie z wytycznymi ujętymi w Planie Higieny Szpitalnej;
- 3) nadzór i kontrola gospodarki i obiegu bielizny szpitalnej;
- 4) utrzymanie należytego stanu higieniczno-sanitarnego pomieszczeń działalności administracyjnej, technicznej oraz medycznej i przyległych ciągów komunikacyjnych wraz z wyposażeniem zgodnie z planem Higieny Szpitalnej;
- 5) w razie potrzeby mycie i dezynfekcja szkła laboratoryjnego;
- 6) transport odpadów medycznych i komunalnych do pomieszczeń zbiorczego składowania wg procedury gospodarki odpadami medycznymi;

- 7) roznoszenia do sal chorych i estetyczne podawanie porcjowanych posiłków pod nadzorem pielęgniarki/położnej;
- 8) organizowanie szkoleń ogólnoszpitalnych w zakresie higieny szpitalnej;
- 9) zgłaszanie do planu inwestycyjnego niezbędnych usług/urządzeń/sprzętu do utrzymania czystości;
- 10) udział w pracach komisji przetargowych: środki czystości, sprzęt do utrzymania czystości, usługi prania, dostawy bielizny szpitalnej, dostawy środków dezynfekcyjnych, środków ochrony osobistej, usługi transportu i odbioru odpadów szpitalnych - weryfikacja pod względem organizacyjnym oraz sanitarno-epidemiologicznym;
- 11) koordynacja postępowań zakupowych dotyczących usług zewnętrznych w zakresie utrzymania czystości;
- 12) opracowywanie i wdrażanie nowych technologii utrzymania czystości po uzyskaniu pozytywnej opinii Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych;
- 13) wewnętrzny transport pacjentów oraz transport asortymentu związanego z udzielaniem świadczeń między różnymi komórkami organizacyjnymi szpitala:
 - a) pomoc w transporcie pacjentów na konsultacje, badania diagnostyczne i na bloki operacyjne,
 - b) odbiór próbek krwi i innego materiału biologicznego z poszczególnych punktów w klinikach i transport do laboratorium, odbiór wyników,
 - c) transport odpadów szpitalnych poza oddziały szpitalne do miejsc zbiórki odpadów oraz w razie potrzeby odbiór receptariuszy szpitalnych i zapotrzebowania z oddziałów lub wyznaczonych punktów szpitala i transport do Apteki Szpitalnej,
 - d) odbiór receptariuszy szpitalnych i zapotrzebowania z oddziałów/klinik w lokalizacji ul. M. Skłodowskiej-Curie i dostarczenie ich do wyznaczonego punktu odbioru,
 - e) odbiór sprzętu, środków czystości z magazynów oraz płynów dezynfekcyjnych z dezynfektorowni i ich transport do oddziałów/klinik w lokalizacji ul. M. Skłodowskiej-Curie.
- 14) zabezpieczenie funkcjonowania depozytu i szatni (magazynu) odzieży wierzchniej pacjentów.

§ 95

Uniwersytecki Zakład Opiekuńczo-Leczniczy

1. Zadaniem Oddziału Pielęgnacyjno-Opiekuńczego jest udzielanie świadczeń zdrowotnych, które obejmują swoim zakresem całodobową pielęgnację, opiekę i kontynuację leczenia osób przewlekle chorych oraz osób, które przebyły leczenie szpitalne i mają ukończony proces diagnozowania, leczenia operacyjnego lub intensywnego leczenia zachowawczego, a nie wymagają już dalszej hospitalizacji w oddziale szpitalnym.

2. Oddział Pielęgnacyjno-Opiekuńczy sprawuje opiekę nad osobami, które wymagają świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych w zakresie całodobowym ze względu na stan zdrowia i stopień niepełnosprawności, brak samodzielności w samoopiece i samopielęgnacji, konieczność kontroli lekarskiej, potrzebę profesjonalnej pielęgnacji i rehabilitacji.
3. W Oddziale Pielęgnacyjno-Opiekuńczym przewiduje się czasowy charakter pobytu i uwzględnia stały lub okresowy powrót chorego do środowiska zamieszkania, w którym opieka jest kontynuowana.
4. Zakres działalności Oddziału Pielęgnacyjno-Opiekuńczego obejmuje udzielanie świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w warunkach stacjonarnych dla osób dorosłych, w szczególności:
 - 1) świadczenia lekarskie;
 - 2) świadczenia pielęgniarские;
 - 3) rehabilitację zgodną z zaleceniami lekarza;
 - 4) świadczenia psychologa;
 - 5) terapię zajęciową;
 - 6) kontynuację leczenia farmakologicznego;
 - 7) kontynuację leczenia dietetycznego;
 - 8) konsultacje specjalistyczne;
 - 9) zaopatrzenie w środki pomocnicze (typu pieluchomajtki, cewniki, worki stomijne, materace przeciwoślizgowe) i przedmioty ortopedyczne (typu laski, kule, balkoniki, wózki inwalidzkie);
 - 10) edukację zdrowotną polegającą na przygotowaniu pacjenta i jego rodziny (opiekuna) do samoopieki i samopielęgnacji;
 - 11) badania diagnostyczne niezbędne w chorobach o charakterze przewlekłym;
 - 12) zapewnienie zleconego transportu.

§ 96

Dział Żywienia

Do zadań Działu Żywienia należy w szczególności:

- 1) zapewnienie wszystkim żywionym pacjentom posiłków o optymalnej jakości zdrowotnej, poprzez prawidłową organizację procesów technologicznych od momentu dostawy surowców do ekspedycji produktu końcowego;
- 2) opracowywanie planów rozwoju i modernizacji procesów żywienia;
- 3) organizacja, nadzór i kontrola nad żywieniem pacjentów Szpitala:
 - a) prowadzenie dokumentacji ewidencji żywionych pacjentów,
 - b) ustalanie potrzeb żywienia pacjentów na podstawie zamówień składanych przez osoby upoważnione,
 - c) kontrola nad higienicznym i jakościowym podawaniem posiłków na oddziałach Szpitala,

- d) udzielanie świadczeń konsultacyjnych w dietach indywidualnych dla pacjentów,
 - e) prowadzenie działalności edukacyjnej promującej odpowiednie odżywianie,
 - f) planowanie oraz modernizacja procesów produkcyjnych zgodnie z obowiązującymi zasadami żywienia ludzi chorych,
 - g) planowanie produkcji, dystrybucji i pakowania posiłków na poszczególne obiekty.
- 4) nadzór, organizacja i modernizacja procedur systemowych:
- a) nadzór nad prowadzeniem dokumentacji i wdrażaniem systemu kontrolowania bezpieczeństwa produkcji w obowiązującym systemie HACCP,
 - b) kontrola prowadzonego systemu procedur na obiektach całego bloku żywienia,
 - c) sprzątanie, mycie i dezynfekcje urządzeń, pomieszczeń zgodnie z obowiązującymi standardami i procedurami w obrębie komórek organizacyjnych działu / myjnia termoportów, zmywalnia naczyń, kuchnia, zaplecza socjalne, magazynowe,
 - d) ścisła współpraca z organami Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego kontrolującymi blok żywienia,
 - e) przeprowadzanie kontroli oddziałów na podstawie ustalonego planu oraz audytów wewnętrznych,
 - f) przeprowadzanie doraźnych kontroli na oddziałach wymagających niezwłocznego sprawdzenia niepokojących zdarzeń.
- 5) prowadzenie, planowanie i kontrola systemu magazynowego:
- a) prowadzenie na bieżąco ewidencji produktów spożywczych zamawianych i magazynowanych,
 - b) sporządzanie terminowo obowiązujących sprawozdań do Działu Księgowości,
 - c) wprowadzanie i rozliczanie przyjmowanych faktur zgodnie z obowiązującymi umowami przetargowymi,
 - d) rozpisywanie rozchodów magazynowych na poszczególne ośrodki kosztów,
 - e) prowadzenie i rozliczanie z Działem Księgowości posiłków odpłatnych dla pracowników Szpitala,
 - f) organizowanie dostaw do magazynu spożywczego,
 - g) uczestnictwo w odbiorach ilościowych i jakościowych zakupionych towarów,
 - h) składanie reklamacji zgodnie z obowiązującym systemem HACCP,
 - i) zapewnienie płynności zapotrzebowania dla poszczególnych komórek organizacyjnych, zgodnie z ich potrzebami z uwzględnieniem budżetów, limitów i planu finansowego,
 - j) kontrola stanu zapasów,
 - k) sporządzanie zamówień dla kontrahentów,
 - l) nadzorowanie terminowości dostaw,
 - m) współpraca z dostawcami w zakresie kompetencji działu,
 - n) opracowywanie rocznych planów zakupów na podstawie zapotrzebowania poszczególnych komórek organizacyjnych oraz analizy zużycia,
 - o) opracowywanie danych dotyczących ilości żywionych chorych na poszczególne oddziały Szpitala z wyszczególnieniem diet w systemie punktowym,

- p) prowadzenie analiz dotyczących kosztów żywności pacjentów,
 - q) miesięczne i dekadowe analizy i kontrole wydatków na produkty spożywcze.
- 6) opracowywanie dokumentacji, udział w pracach komisji przetargowych oraz realizacja zakupów/dostaw i usług będących w kompetencji Działu zgodnie z obowiązującymi przepisami;
 - 7) realizacja polityki zapobiegania zakażeniom szpitalnym i higieny szpitalnej;
 - 8) przekazywanie dokumentacji wytworzonej przez dział do archiwum zakładowego wg. obowiązujących przepisów.

§ 97

Kierownik ds. Organizacji Pracy Pielęgniarskiej i Położniczej

Kierownik ds. organizacji pracy pielęgniarskiej i położniczej podlega bezpośrednio Z-cy Dyrektora ds. Pielęgniarstwa. Jest bezpośrednim zwierzchnikiem pielęgniarek i położnych oddziałowych oraz koordynujących. Do zadań Kierownika ds. Organizacji pracy pielęgniarskiej i położniczej należy:

- 1) bieżąca analiza potrzeb kadrowych personelu pielęgniarskiego/ położniczego/ ratowników medycznych/opiekunów medycznych w oparciu o liczbę i stan pacjentów oraz alokację personelu zgodnie z potrzebami kadrowymi;
- 2) bieżąca analiza potrzeb kadrowych salowych i alokacja personelu zgodnie z potrzebami kadrowymi;
- 3) bezpośredni nadzór nad pracą podległego personelu;
- 4) nadzór nad Szkołą Rodzenia;
- 5) zapewnienie sprawności w organizacji i funkcjonowaniu opieki pielęgniarskiej oraz sprawowanie bezpośredniego nadzoru nad pracą pielęgniarek i położnych oddziałowych oraz koordynujących;
- 6) nadzór nad właściwą realizacją procesu pielęgnowania oraz należyтым stanem sanitarno-epidemiologicznym pomieszczeń dla chorych i osób odwiedzających chorych;
- 7) dokonywanie systematycznych obchodów oraz udzielanie w miarę potrzeby podległemu personelowi rad i wskazówek dotyczących jego pracy;
- 8) organizowanie odpraw podległego personelu, w celu omówienia spraw związanych z organizacją i jakością pracy;
- 9) nadzór i współuczestnictwo w opracowywaniu planów szkoleń podległego personelu;
- 10) nadzór nad opracowywaniem harmonogramów czasu pracy przez pielęgniarki i położne oddziałowe oraz koordynujące dla podległego personelu ze szczególnym uwzględnieniem przestrzegania przepisów dotyczących pracy w godzinach nadliczbowych;
- 11) nadzór nad sporządzaniem planów urlopów wypoczynkowych;
- 12) nadzór nad przebiegiem adaptacji społeczno-zawodowej;

- 13) realizowanie wspólnie z Z-cą Dyrektora ds. Pielęgniarstwa polityki finansowej i kadrowej, przeprowadzanie analiz kosztów usług pielęgniarских i położniczych;
- 14) uczestniczenie w naborze nowego personelu;
- 15) uczestniczenie w planowaniu remontów i zmian dotyczących wyposażenia oddziałów i stanowisk pracy w sprzęt, narzędzia i środki niezbędne do realizacji opieki oraz ochrony pracy pracowników;
- 16) opracowywanie i doskonalenie systemu oceniania i motywowania podległych pracowników;
- 17) kontrolowanie prowadzonej dokumentacji pielęgniarско-położniczej;
- 18) prowadzenie okresowej kontroli i oceny personelu pod kątem kompetencji zawodowych, rzetelności wykonywania powierzonych obowiązków.

§ 98

Pielęgniarka/ Położna Oddziałowa

1. Pielęgniarka/położna oddziałowa podlega bezpośrednio kierownikowi ds. organizacji pracy pielęgniarской i położniczej, a pośrednio Z-cy Dyrektora ds. Pielęgniarstwa. Jest bezpośrednim zwierzchnikiem pielęgniarek/ położnych/ ratowników medycznych / opiekunów medycznych oraz personelu niższego. Do zadań pielęgniarki/położnej oddziałowej należy:
 - 1) planowanie, organizowanie, motywowanie, kontrolowanie i ocenianie pracy personelu pielęgniarского/położniczego/ratowników medycznych/opiekunów medycznych i osób odpowiedzialnych za utrzymanie czystości oraz transport wewnętrzny pacjentów;
 - 2) planowanie harmonogramów pracy personelu (z uwzględnieniem urlopów, zastępstw, wyznaczanie pielęgniarek odpowiedzialnych za dyżur na zmianach popołudniowych, nocnych i w dni wolne od pracy);
 - 3) przydzielanie zadań podległemu personelowi zgodnie z posiadanymi kompetencjami zawodowymi oraz nadzór nad ich realizacją;
 - 4) prowadzenie instruktażu stanowiskowego oraz planowanie, nadzorowanie i realizację procesu adaptacji społeczno-zawodowej nowo zatrudnionego personelu;
 - 5) planowanie i realizowanie doskonalenia zawodowego podległego personelu oraz prowadzenie szkoleń wewnątrzoddziałowych;
 - 6) prowadzenie okresowej oceny podległego personelu pod kątem kompetencji zawodowych;
 - 7) organizowanie bezpiecznych miejsc pracy podległego personelu oraz nadzór nad bezpieczeństwem pacjentów;
 - 8) organizowanie opieki nad pacjentami i ich środowiskiem zgodnie z założeniami procesu pielęgnowania oraz nadzór nad prawidłową realizacją procesu pielęgnowania przez podległy personel nad powierzonymi grupami pacjentów z udziałem rodziny bądź bliskimi pacjentów;

- 9) bezpośredni nadzór i nad poziomem świadczonych usług pielęgniarskich położniczych;
- 10) nadzór nad poprawnością realizacji obowiązujących standardów, procedur, zaleceń dotyczących czynności pielęgniarskich oraz wymagań sanitarno-epidemiologicznych;
- 11) udział w tworzeniu i aktualizowaniu obowiązujących w danej komórce organizacyjnej procedur i standardów postępowania pielęgniarskiego;
- 12) szacowanie ryzyk zdarzeń niepożądanych i zagrożeń zawodowych, zgłaszanie zdarzeń niepożądanych oraz innych zdarzeń związanych z opieką nad pacjentem a podlegających monitorowaniu np. incydentów medycznych;
- 13) nadzór nad sporządzaniem dokumentacji medycznej prowadzonej przez pielęgniarki, położne, ratowników medycznych oraz opiekunów medycznych;
- 14) nadzór nad prawidłowym wykonywaniem zleceń lekarskich przez podległy personel, z zaznaczeniem, że personel wykonuje zlecenia lekarskie zapisane w dokumentacji medycznej (wpisanie zleceń lekarskich do dokumentacji medycznej nie dotyczy sytuacji nagłego zagrożenia zdrowotnego pacjenta, w takiej sytuacji wpisy w dokumentacji medycznej należy uzupełnić dopiero po zapewnieniu pacjentowi podaży niezbędnych leków);
- 15) uczestniczenie w odprawach lekarskich i odprawach zespołów terapeutycznych;
- 16) nadzór nad należytym przyjęciem i wypisaniem chorego oraz właściwym postępowaniem ze zwłokami;
- 17) nadzór nad obiegiem dokumentów związanych z pobytem chorego w szpitalu w zakresie przyjęć, wypisów, przeniesienia na inny oddział lub do innego szpitala;
- 18) dopilnowanie zapoznania nowo przyjętych chorych z prawami pacjenta, obowiązującymi regulaminami dla pacjentów oraz osób odwiedzających, a także dopilnowanie przestrzegania tych regulaminów przez pacjentów i odwiedzających;
- 19) nawiązywanie kontaktu z rodziną pacjenta, wspieranie jej w trudnych chwilach i przedstawianie za zgodą pacjenta planu procesu pielęgnowania;
- 20) współpraca z pracownikiem socjalnym w przypadku trudnych sytuacji społecznych i socjalnych pacjentów;
- 21) sporządzanie zapotrzebowań żywnościowych zgodnie ze zleceniami lekarskimi i czuwanie nad higienicznym podawaniem pacjentom przepisanego posiłku według właściwej diety i o należytej ciepłocie oraz czuwanie nad karmieniem ciężko chorych pacjentów;
- 22) prowadzenie apteczki oddziałowej, należyte przechowywanie leków, sprawdzanie terminów ich przydatności oraz prowadzenie racjonalnej gospodarki lekami;
- 23) składanie zapotrzebowań dotyczących sprzętu i wszelkich materiałów potrzebnych do funkcjonowania oddziału oraz prowadzenie racjonalnej polityki magazynowej wpływającej na optymalizację wyniku finansowego w komórce organizacyjnej, w której jest zatrudniona;
- 24) przeprowadzanie wymiany zużytego i zniszczonego sprzętu oraz materiałów;
- 25) powiadamianie o uszkodzeniach urządzeń i awariach sprzętu na oddziale;

- 26) odpowiedzialność za powierzony sprzęt medyczny, bieliznę szpitalną i wyposażenie oddziału oraz nadzór nad prawidłowym użytkowaniem aparatury medycznej będącej na wyposażeniu danej komórki organizacyjnej;
- 27) nadzór nad utrzymaniem na oddziale należytej czystości i porządku;
- 28) nadzór nad prowadzeniem prawidłowej polityki dotyczącej segregacji odpadów medycznych i komunalnych.

ROZDZIAŁ XV
Zakres zadań pionu
Głównego Księgowego

§ 99

Stanowiska i Komórki organizacyjne w pionie Głównego Księgowego:

- 1) Dział Księgowości;
- 2) Dział Projektów Rozwojowych.

§ 100

Główny Księgowy

1. Główny Księgowy podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.
2. Do zadań Głównego Księgowego należy w szczególności:
 - 1) prowadzenie rachunkowości zgodnie z obowiązującymi przepisami i zasadami polegający zwłaszcza na: zorganizowaniu sporządzania, przyjmowania, obiegu, archiwizowania i kontroli dokumentów finansowo-księgowych w sposób zapewniający właściwy przebieg operacji gospodarczych, bieżącym i prawidłowym prowadzeniu księgowości;
 - 2) prowadzenie gospodarki finansowej zgodnie z obowiązującymi zasadami, polegające zwłaszcza na: przestrzeganiu zasad rozliczeń pieniężnych i ochrony wartości pieniężnych, zapewnieniu terminowego ściągania należności i dochodzenia roszczeń spornych wspólnie z obsługą prawną Szpitala oraz zapewnieniu terminowego dokonywania płatności za zobowiązania Szpitala;
 - 3) dokonywanie kontroli wstępnej w zakresie powierzonych obowiązków oraz kontroli legalności dokumentów, jak również następnej kontroli operacji gospodarczych stanowiących przedmiot księgowania;
 - 4) opracowywanie projektów przepisów wewnętrznych wydawanych przez Dyrektora dotyczących prowadzenia rachunkowości, a w szczególności: zakładowego planu kont, obiegu dokumentów, zasad przeprowadzania i rozliczania inwentaryzacji;
 - 5) nadzór nad prawidłowym obliczaniem podatku dochodowego od osób prawnych oraz prawidłowe ustalanie podatku od towarów i usług jak i sporządzanie deklaracji tego podatku;
 - 6) nadzór nad terminowym regulowaniem i realizacją w imieniu Szpitala zobowiązań publiczno-prawnych wobec m.in. Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, Urzędu Skarbowego, Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i innych instytucji publicznych;
 - 7) nadzór nad prawidłową ewidencją majątku Szpitala, w szczególności majątku będącego własnością podmiotu tworzącego;

- 8) nadzór nad prawidłową ewidencją i rozliczaniem dotacji, darowizn i umów z Ministerstwem Zdrowia oraz ewidencją środków pochodzących ze źródeł zagranicznych;
- 9) dostarczenie odpowiednich informacji księgowych do tworzenia strategii finansowej i planu finansowego oraz inwestycyjnego;
- 10) sporządzanie sprawozdań finansowych Szpitala zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa, w tym przepisami prawa finansów publicznych, prawa bilansowego i podatkowego;
- 11) realizowanie prawidłowego systemu zbierania i przepływu danych dotyczących operacji gospodarczych ujętych w księgach rachunkowych;
- 12) nadzór nad kasą Szpitala i operacjami gotówkowymi w Szpitalu;
- 13) nadzorowanie prawidłowości dokonywanych operacji gospodarczych i rozliczeń zgodnie z obowiązującymi normami prawa bilansowego, podatkowego i ustawy o finansach publicznych;
- 14) Główny Księgowy bezpośrednio kieruje, nadzoruje i wykonuje powierzone mu obowiązki przy pomocy Działu Księgowości.

§ 101

Dział Księgowości

1. W skład Działu Księgowości wchodzi:
 - 1) Sekcja finansowo- księgowa;
 - 2) Sekcja kosztów i budżetowania.
2. Do zadań sekcji finansowo-księgowej należy w szczególności:
 - 1) Prowadzenie ksiąg rachunkowych szpitala zgodnie z obowiązującymi przepisami, w tym rejestracja transakcji, księgowanie faktur, wydatków, przychodów i innych operacji finansowych;
 - 2) Kontrola formalno– rachunkowa dokumentów księgowych od dostawców towarów i usług, w tym leków, sprzętu medycznego, materiałów eksploatacyjnych i innych;
 - 3) Przetwarzanie płatności od pacjentów, firm ubezpieczeniowych oraz instytucji publicznych, takich jak Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) i inne;
 - 4) Organizowanie, prowadzenie gospodarki finansowej oraz organizowanie obrotu gotówkowego i bezgotówkowego oraz prowadzenie obsługi kasowej;
 - 5) Monitorowanie należności, śledzenie terminów płatności, monitorowanie zaległych płatności i podejmowanie działań windykacyjnych w przypadku opóźnień;
 - 6) Przygotowanie raportów finansowych. Opracowywanie miesięcznych, kwartalnych i rocznych sprawozdań finansowych, w tym bilansów, rachunków zysków i strat, których obowiązek wynika z przepisów;

- 7) Współpraca z audytorami. Zapewnianie, że księgi szpitala są zgodne z przepisami i standardami księgowymi oraz współpraca z audytorami zewnętrznymi w trakcie audytów;
 - 8) Prowadzenie ewidencji podatkowej, w tym rozliczanie podatku VAT, CIT oraz wszelkich innych podatków i opłat, jakie szpital może być zobowiązany płacić;
 - 9) Ewidencjonowanie składników majątku obrotowego, trwałego, naliczanie amortyzacji oraz prowadzenie czynności związanych z rozliczaniem inwentaryzacji;
 - 10) Prowadzenie czynności dotyczących inwentaryzacji w zakresie aktywów obrotowych;
 - 11) Rozliczenie delegacji krajowych i zagranicznych;
 - 12) Prowadzenie ewidencji wniosków o wyrażenie zgody na przyjęcie darowizny, umów darowizn rzeczowych, lekowych i pieniężnych oraz ich właściwe rozliczanie;
 - 13) Rozliczanie otrzymanych dotacji i pozyskanych środków finansowych na podstawie stosownych umów, zgodnie z wymaganiami instytucji przekazującej środki, w tym środków pochodzących ze źródeł zagranicznych;
 - 14) Właściwe przechowywanie i archiwizowanie dokumentów działu zgodnie z ustawą o rachunkowości;
 - 15) Prowadzenie kasy szpitala i depozytu wartościowego rzeczy pacjentów
3. Do zadań sekcji kosztów i budżetowania należy w szczególności:
- 1) Opracowywanie corocznych budżetów szpitala na podstawie prognozowanych przychodów i kosztów. Budżetowanie obejmuje również alokację środków na różne działy i projekty w ramach szpitala w tym:
 - a) opracowywanie aktów wewnętrznych regulujących proces budżetowania,
 - b) przygotowywanie raportów z realizacji kosztów,
 - c) planowanie budżetów cząstkowych dla jednostek/komórek organizacyjnych Szpitala oraz bieżąca kontrola ich realizacji,
 - d) okresowa analiza i badanie przyczyn rozbieżności założeń budżetowych,
 - e) tworzenie i dystrybucja okresowej informacji finansowej oraz sprawozdań analitycznych w zakresie realizacji budżetów na rzecz Dyrektora Szpitala i jego Zastępców i Kierowników jednostek budżetowych.
 - 2) Prowadzenie modułu kosztowego FK-KSW w zakresie kalkulacja kosztów bezpośrednich i pośrednich zgodnie z przyjętym rachunkiem kosztów Szpitala;
 - 3) Organizowanie i koordynowanie procesu planistycznego Szpitala w zakresie działalności operacyjnej, inwestycyjnej i finansowej;
 - 4) Analiza struktury kosztów szpitala i monitorowanie wydatków szpitala, w tym kosztów personelu, dostaw, utrzymania sprzętu, środków ochrony osobistej itp. w relacji do planu finansowego;

- 5) Przygotowywanie raportów finansowych dotyczących kosztów szpitala, w tym analizy kosztów w porównaniu z przychodami;
- 6) Prowadzenie sprawozdawczości na potrzeby współpracy z instytucjami zewnętrznymi w tym uczestniczenie oraz opracowywanie wymaganych dokumentów dla Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji;
- 7) Identyfikacja i wdrażanie działań mających na celu optymalizację kosztów, poprawę efektywności i wydajności oraz zapewnienie odpowiedniej jakości świadczonych usług medycznych przy jednoczesnym kontrolowaniu kosztów;
- 8) Kalkulacja procedur medycznych na potrzeby rozliczeń z instytucjami zewnętrznymi;
- 9) Wspieranie Działu Controllingu na różnych obszarach działalności, w szczególności w zakresie informacji o rejestrowanych operacjach gospodarczych;
- 10) Kontrola (monitoring) kosztów i potwierdzanie środków w ramach działalności Szpitala przeznaczonych na realizację zamówień wnioskowanych przez jednostki,
- 11) Wsparcie przy przygotowanie analiz potrzeb i wymagań na potrzeby Działu Zamówień Publicznych;
- 12) Koordynowanie spraw związanych z ubezpieczeniem majątku Szpitala OC oraz ubezpieczeniami komunikacyjnymi pojazdów przy współpracy z brokerem;
- 13) Właściwe przechowywanie i archiwizowanie dokumentów działu zgodnie z ustawą o rachunkowości.

§ 102

Dział Projektów Rozwojowych

Do zadań Działu Projektów Rozwojowych należy w szczególności:

- 1) monitorowanie informacji na temat możliwości pozyskiwania środków finansowych z UE oraz źródeł krajowych (MZ, UM, UW) na realizację projektów określonych przez Zarząd Szpitala oraz ocena merytoryczna ich pozyskiwania;
- 2) opracowanie dokumentacji aplikacyjnej lub współpraca z firmami konsultingowymi w celu opracowania dokumentacji aplikacyjnej;
- 3) koordynacja prac prowadzonych w ramach projektów, w tym współpraca z innymi komórkami organizacyjnymi Szpitala w celu opracowywania dokumentów aplikacyjnych o zewnętrzne źródła finansowania;
- 4) ocena efektywności inwestycji w kontekście Instrumentów Oceny Wniosków Inwestycyjnych dla wszystkich inwestycji prowadzonych w Szpitalu;
- 5) rozliczanie inwestycji współfinansowanych ze środków UE oraz zewnętrznych źródeł krajowych;
- 6) prowadzenie działań związanych z pozyskiwaniem środków finansowych na cele inwestycyjne z innych źródeł niż Narodowy Fundusz Zdrowia (np. Ministerstwo Zdrowia, sponsorzy, środki z instytucji Unii Europejskiej i inne);

- 7) bieżąca i stała analiza możliwości pozyskania finansowania ze źródeł zagranicznych na potrzeby projektów inwestycyjnych i rozwojowych Szpitala;
- 8) odpowiedzialność za właściwą koordynację realizowanych lub planowanych projektów w ramach środków zewnętrznych w celu skutecznego zrealizowania celu projektów;
- 9) okresowa analiza realizacji zawartych umów i prowadzonych projektów;
- 10) prowadzenie działań pozwalających na realizację projektów poprzez koordynację działań wszelkich niezbędnych zespołów łącznie z rozdzieleniem zadań na poszczególnych pracowników i ustaleniem harmonogramu przeprowadzonych prac. Kontrolowanie prawidłowości realizacji projektu od założeń inicjujących projekt, dokumenty formalne oraz raporty i sprawozdania członków zespołu wraz z prawidłowym zamknięciem projektu.

ROZDZIAŁ XVI
Zakres zadań pionu
Z-cy Dyrektora ds. Personalnych i Jakości

§ 103

Komórki organizacyjne w pionie Z-cy Dyrektora ds. Personalnych i Jakości:

- 1) Dział Kadr i Płac;
- 2) Dział Zarządzania Zespołami Ludzkimi;
- 3) Dział Akredytacji i Zintegrowanego Systemu Zarządzania Jakością.

§ 104

Z-ca Dyrektora ds. Personalnych i Jakości

1. Z-ca Dyrektora ds. Personalnych podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.
2. Do zadań Z-cy Dyrektora ds. Personalnych należy: współtworzenie i realizacja polityki kadrowej i płacowej, prowadzenie procesów z zakresu zarządzania zasobami ludzkimi, budowa i dbałość o pozytywny wizerunek Szpitala, obsługa procesów kształcenia, a w szczególności odpowiedzialność za:
 - 1) nadzór nad realizacją zadań z obszaru zarządzania zasobami ludzkimi w obszarze twardym (Dział Kadr i Płac) i miękkim (Dział Zarządzania Zespołami Ludzkimi);
 - 2) dbałość o pozytywny wizerunek Szpitala-pracodawcy (Employer branding);
 - 3) realizacja strategii edukacyjnej, w tym prowadzenie szkoleń uzupełniających, podnoszących wiedzę i kompetencje pracowników oraz uczestników procesów edukacyjnych;
 - 4) planowanie, organizowanie, kontrolowanie i ocenianie pracy podległego personelu zgodnie z zakresem obowiązków;
 - 5) zatwierdzanie procedur, instrukcji oraz standardów w zakresie podległego pionu;
 - 6) dbałość o kontakty i współpraca z zewnętrznymi kontrahentami w zakresie pionu;
 - 7) współpraca ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Szpitala w zakresie realizacji strategicznych i operacyjnych celów Szpitala;
 - 8) inicjowanie zmian organizacyjnych i zarządczych Szpitala na podstawie zmiany warunków otoczenia zewnętrznego i wewnętrznego Szpitala;
 - 9) nadzór nad wykonaniem przepisów prawa oraz zarządzeń wewnętrznych dotyczących podległych komórek organizacyjnych;
 - 10) nadzór i koordynacja pracy Komitetów, Zespołów i Komisji powołanych zgodnie z regulaminem Komitetów, Zespołów i Komisji działających w Szpitalu podległych bezpośrednio Z-cy Dyrektora ds. Personalnych.

§ 105

Dział Kadr i Płac

Do zadań Działu Kadr i Płac należy w szczególności realizacja zadań:

1. w obszarze spraw pracowniczych:

- 1) nawiązywania stosunku pracy, dokonywanie zmiany warunków zatrudnienia oraz ustania zatrudnienia zgodnie z obowiązującymi przepisami;
- 2) ewidencjonowania i rozliczania czasu pracy, prowadzenia dokumentacji czasu pracy (urlopowej i innych absencji) oraz kontroli dyscypliny pracy;
- 3) nadzoru nad prawidłowym i terminowym sporządzaniem planów urlopów wypoczynkowych;
- 4) wydawania zaświadczeń związanych z zatrudnieniem i wynagrodzeniem;
- 5) prowadzenia akt osobowych pracowników oraz innej wymaganej dokumentacji pracowniczej;
- 6) prowadzenia dokumentacji kadrowej i jej udostępniania zgodnie z obowiązującymi przepisami (w tym sporządzania zgłoszeń do ZUS, wydawania dokumentów ds. emerytalno-rentowych);
- 7) naliczania wynagrodzeń zgodnie z obowiązującymi przepisami;
- 8) zawierania i rozliczania umów dotyczących kształcenia lekarzy rezydentów i lekarzy specjalizujących się na równych formach zatrudnienia oraz lekarzy stażystów w zakresie kosztów wynagrodzeń i innych kosztów objętych tymi umowami;
- 9) sporządzania list płac, przygotowywania do realizacji przelewów wynagrodzeń, potrąceń wynikających z list płac oraz poleceń księgowania związanych z wynagrodzeniami;
- 10) uzgadniania z Działem Księgowości miesięcznych sald rozrachunkowych z tytułu ubezpieczeń społecznych oraz podatku dochodowego od osób fizycznych i pozostałych sald wynikających z rozliczenia wynagrodzenia, jak również rozrachunków wynikających z deklaracji Państwowego Funduszu Rehabilitacyjnego Osób Niepełnosprawnych;
- 11) sporządzania dokumentacji płacowej niezbędnej do prowadzenia spraw w dziale zgodnie z obowiązującymi przepisami, w tym dokumentów związanych z wynagrodzeniem (RMUA, PIT), deklaracji PFRON;
- 12) prowadzenia rozliczeń z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych i Urzędami Skarbowymi;
- 13) udzielania informacji dotyczących wypłat wynagrodzeń i zasiłków;
- 14) przekazywania dokumentacji pracowniczej do archiwum zakładowego po ustaniu zatrudnienia;
- 15) prowadzenia spraw związanych z obsługą ubezpieczeń NNW, kart sportowych, innych programów dla pracowników oraz PPK.

2. w obszarze obsługi umów cywilnoprawnych:

- 1) ogłaszanie i realizowanie procedury konkursowej oraz informowania oferentów o rozstrzygnięciu konkursu;

- 2) prowadzenie całości spraw związanych z nawiązywaniem umów, zmiany warunków umowy oraz rozwiązywania umowy (przygotowanie dokumentacji);
 - 3) opisywanie faktur i rachunków w zakresie merytorycznym oraz naliczanie wynagrodzeń z tytułu zawartych umów zleceń;
 - 4) prowadzenie ewidencji zawartych umów;
 - 5) rozliczanie umów cywilnoprawnych.
3. w obszarze działalności socjalnej:
- 1) prowadzenie działalności socjalnej zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa oraz obowiązującym w Szpitalu Regulaminem Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych;
 - 2) współpraca z Komisją Socjalną;
 - 3) ewidencja i obsługa przyznawania pracownikom świadczeń z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych.
4. w obszarze sprawozdawczości i raportowania:
- 1) przygotowywanie analiz i informacji dotyczących stanu zatrudnienia oraz kosztów pracy Szpitala;
 - 2) przygotowywanie raportów dotyczących ewidencji czasu pracy;
 - 3) sporządzanie sprawozdawczości dotyczącej spraw pracowniczych na potrzeby organu założycielskiego, Głównego Urzędu Statystycznego, Dyrekcji Szpitala i innych instytucji.
5. w obszarze motywowania:
- 1) realizowanie wytycznych Ministerstwa Zdrowia w zakresie wyliczania i naliczania dodatków do wynagrodzenia;
 - 2) opracowywanie zasad naliczania i wypłacania dodatków motywacyjnych za realizację kluczowych dla Szpitala procedur medycznych.
6. w obszarze przeprowadzenia procesu offboardingu: 
- 1) udział w procesie zakończenia współpracy pracownika, osoby posiadającej umowę cywilnoprawną ze Szpitalem poprzez wykonanie wszystkich niezbędnych czynności zgodnie z obowiązującymi procedurami i zasadami;
 - 2) poinformowanie wszystkich biorących udział w procesie pracowników komórek organizacyjnych o planowanym terminie rozwiązania umowy celem zabezpieczenia: zdania sprzętu, przepustki, kluczy, dostępów, odwołania pełnomocnictw, haseł;
 - 3) dokonywanie systematycznej weryfikacji poprawności realizacji procesu offboardingu.

§ 106

Dział Zarządzania Zespołami Ludzkimi

Do zadań Działu Zarządzania Zespołami Ludzkimi należy w szczególności:

1. w obszarze oceny i rozwoju pracowników:
 - 1) realizacja systemu ocen pracowniczych wraz z informacją zwrotną zgodnie z potrzebami poszczególnych struktur Szpitala;

- 2) wykonywanie diagnozy kompetencji w celu określania obszarów do rozwoju pracowników;
- 3) realizowanie potrzeb szkoleniowych i zapewnienie kompleksowych usług szkoleniowych dla pracowników Szpitala, w tym:
 - realizacja planu szkoleń,
 - dbanie o wysoki poziom przekazywanych treści nauczania poprzez staranny dobór kadry trenerskiej, doradczej, posiadającej doświadczenie pedagogiczne i zawodowe,
 - wdrażanie nowoczesnych metod kształcenia,
 - przygotowywanie zestawień oraz statystyk w zakresie prowadzonych szkoleń,
 - opracowywanie dokumentacji, udział w pracach komisji przetargowych oraz realizacja zakupów/dostaw i usług będących w kompetencji Działu zgodnie z obowiązującymi przepisami.
- 4) dokonywanie oceny satysfakcji zawodowej;
- 5) opracowywanie i wdrażanie adaptacji zawodowej dla poszczególnych grup zawodowych;
- 6) współdziałanie przy tworzeniu planów zatrudnienia;
2. w obszarze rekrutacji i selekcji:
 - 1) wspieranie procesu rekrutacji i selekcji (wsparcie przy tworzeniu ogłoszeń, prowadzeniu rozmów rekrutacyjnych, pomoc przy dokonywaniu selekcji);
 - 2) koordynowanie pozyskiwania pracowników i współpracowników w ramach procedur przetargowych oraz przygotowywania dokumentacji w tym zakresie;
 - 3) opracowywanie i wdrażanie standardów rekrutacyjnych;
 - 4) koordynowanie realizacji staży i praktyk.
3. w obszarze motywowania realizacja procesów motywacji pozapłatowej.
4. w obszarze dialogu społecznego - prowadzenie konsultacji z Organizacjami Związkowymi, zgodnie z obowiązującymi przepisami.
5. w obszarze regulacji prawnych: inicjowanie oraz koordynowanie opracowywania i aktualizowania wzorów dokumentów oraz wewnętrznych aktów normatywnych dotyczących spraw pracowniczych.
6. organizowanie imprez okolicznościowych dla pracowników Szpitala.
7. w obszarze przeprowadzenia procesu offboardingu:^[1]^[2]^[SEP]
 - 1) pomoc pracownikowi w momencie rezygnacji ze świadczenia pracy na rzecz Szpitala, w szczególności:^[1]^[2]^[SEP]
 - a) przygotowanie podziękowań dla pracownika ze strony Dyrekcji Szpitala,
 - b) przeprowadzenie exit interview w sytuacji, gdy jest to możliwe.
8. w obszarze komunikacji z pracownikami oraz ich stałej obsługi:^[1]^[2]^[SEP]
 - a) realizacja procesu komunikacji wewnętrznej z pracownikami,
 - b) pomoc pracownikom w rozwiązywaniu trudności z zakresu zarządzania zasobami ludzkimi (HR) związanych z pracą na rzecz Szpitala,

- c) realizacja procesów współpracy i pomocy pracownikom, na każdym etapie ich pracy w Szpitalu.
9. nadzór nad realizacją umów dotyczących kształcenia lekarzy rezydentów i lekarzy stażystów, w tym koordynowania procesu podpisywania umów, ich aktualizacji oraz realizacji ze strony finansującego oraz Szpitala;
 10. współpraca z Uniwersytetem Medycznym oraz innymi instytucjami i partnerami w zakresie praktycznej nauki zawodu dla studentów;
 11. koordynowanie procesu wyrażania zgód dla Uczelni wyższych / studentów na odbycie praktyk w Szpitalu oraz koordynowania zawierania stosownych umów i sposobu ich realizacji przez poszczególne Komórki organizacyjne Szpitala;
 12. organizacja kształcenia podyplomowego personelu medycznego (lekarzy, pielęgniarek i położnych), praktyk w Szpitalu, koordynowanie procesu zawierania stosownych umów i sposobu ich realizacji przez poszczególne Komórki organizacyjne Szpitala;
 13. koordynacja procesu zawierania umów na dydaktykę realizowaną w Szpitalu oraz sposobu jej realizacji przez poszczególne Komórki organizacyjne Szpitala.

§ 107

Dział Akredytacji i Zintegrowanego Systemu Zarządzania Jakością

1. Dział Akredytacji i Zintegrowanego Systemu Zarządzania Jakością podlega Z-cy Dyrektora ds. Personalnych i Jakości. W zakresie działań dotyczących poprawy jakości realizacja zadań merytorycznie nadzorowana jest przez Pełnomocnika ds. Jakości.
2. Do zadań Działu Akredytacji i Zintegrowanego Systemu Zarządzania Jakością należy w szczególności:
 - 1) inicjowanie, koordynowanie, kontrolowanie i wspieranie przedsięwzięć związanych z podnoszeniem jakości świadczonych usług medycznych;
 - 2) identyfikacja problemów na podstawie wyników monitorowania i oceny poziomu jakości świadczonych usług oraz formułowanie wniosków dotyczących jakości;
 - 3) opracowywanie programów poprawy jakości;
 - 4) standaryzacja opieki nad pacjentami poprzez:
 - a) współudział w projektowaniu bezpiecznych warunków pracy personelu medycznego za pomocą standaryzacji wyposażenia stanowisk pracy pracowników medycznych,
 - b) poszukiwanie innowacyjnych rozwiązań w opiece nad pacjentami przy jednoczesnym dbaniu o optymalizację kosztów opieki medycznej,
 - c) uczestniczenie w tworzeniu wzorów i standardów dokumentacji medycznej.
3. Koordynacja i nadzór zadań dotyczących zapewnienia wewnętrznego systemu jakości oraz obowiązujących przepisów prawnych w zakresie jakości w porozumieniu z Pełnomocnikiem ds. Jakości:
 - 1) inicjowanie działań podejmowanych przez Szpital w zakresie akredytacji Ministerstwa Zdrowia oraz certyfikacji ISO;

- 2) przygotowywanie wniosków oraz współpraca z komórkami organizacyjnymi w zakresie pozyskiwania pozwoleń Ministra Zdrowia na wykonywanie procedur transplantacyjnych;
- 3) opracowywanie harmonogramów audytów i kontroli wewnętrznych w komórkach organizacyjnych Szpitala;
- 4) przeprowadzenie audytów i kontroli wewnętrznych zgodnie z harmonogramem i wymaganiami ISO oraz tworzenie raportów końcowych, podsumowanie na poziomie Szpitala i przekazanie Zarządowi Szpitala;
- 5) prowadzenie dokumentacji systemu zarządzania jakością zgodnie z przyjętymi normami prawnymi;
- 6) opracowywanie raportów z analiz dotyczących działalności klinicznej Szpitala na podstawie danych statystycznych pozyskanych z Działu Zdrowia Publicznego oraz danych klinicznych pozyskanych od kierowników jednostek klinicznych;
- 7) nadzór i koordynacja realizacji przez komórki organizacyjne Szpitala sprawozdań w zakresie wskaźników jakościowych;
- 8) organizacja spotkań z kierownikami jednostek klinicznych (powiadamianie, przygotowanie programu, sporządzanie sprawozdań);
- 9) inicjowanie badania satysfakcji pacjentów oraz opracowanie wyników badania i wykorzystywanie ich jako źródła informacji o poziomie i jakości świadczonej opieki;
4. Utrzymanie i doskonalenie systemu zgłaszania zdarzeń niepożądanych celem gwarancji bezpieczeństwa hospitalizacji pacjentów (w tym upadków w Szpitalu) poprzez:
 - a) rejestrację i doskonalenie analiz dotyczących zdarzeń niepożądanych występujących w Szpitalu,
 - b) udział w postępowaniach wyjaśniających zdarzenia niepożądane i sporządzanie raportów końcowych,
 - c) sporządzanie sprawozdań zbiorczych, kierowanie informacji zwrotnej do poszczególnych komórek Szpitala.
5. Udział w prowadzeniu Szkoły Radzenia Sobie dla pacjentów i ich bliskich w trudnych sytuacjach zdrowotnych i społecznych po zakończonej hospitalizacji oraz prowadzenie zajęć dydaktycznych dla pacjentów i ich bliskich zgodnie z przyjętym programem;
6. Współpraca z innymi komórkami Szpitala przy opracowaniu standardów/instrukcji oraz przy ich publikowaniu,
 - a) prowadzenie rejestru procedur/standardów/instrukcji obowiązujących w Szpitalu i nadawanie im indywidualnych numerów,
 - b) przechowywanie oryginałów procedur/standardów/instrukcji,
 - c) zlecenie opublikowania procedur/standardów/instrukcji na lokalnej stronie intranetowej Szpitala.
7. Nadzór nad formalną działalnością Zespołów/Komitetów działających w Szpitalu, w tym występowanie dwa razy w roku do Przewodniczących o sprawozdania z prac Komitetów/

- Zespołów, dokonywania podsumowania prac Komitetów/Zespołów na poziomie Szpitala i przekazywanie Dyrektorowi Szpitala;
8. Prowadzenie strony intranetowej w zakresie podejmowanych przez Szpital działań jakościowych;
 9. Prowadzenie rejestru pacjentów zagrożonych wystąpieniem odleżyny i z odleżynami;
 10. Rejestrowanie zgłoszeń zastosowania przymusu bezpośredniego, sporządzanie sprawozdań z zastosowania procedury, szkolenia personelu w zakresie stosowania przymusu bezpośredniego, kierowanie informacji zwrotnej do poszczególnych Klinik Szpitala;
 11. Nadzór nad działalnością pracowników socjalnych, którzy zapewniają łączność pomiędzy chorym znajdującym się w Szpitalu a środowiskiem, w którym pacjent przebywa na co dzień, innymi podmiotami leczniczymi, z których chory korzystał poprzednio lub będzie korzystać po opuszczeniu Szpitala, zakładami pracy, zakładami pomocy społecznej, opiekunami społecznymi oraz innymi podmiotami udzielającymi pomocy socjalnej. Do zadań Pracownika Socjalnego należy w szczególności:
 - 1) występowanie w imieniu chorego, na zlecenie Kierownika komórki medycznej, lekarza prowadzącego, pielęgniarki/położnej oddziałowej oraz koordynującej do wszelkich osób, instytucji w sprawach związanych z problemami socjalnymi chorego;
 - 2) podejmowanie starań o umieszczenie pacjenta w zakładach/instytucjach ze względu na jego warunki bytowe i zdrowotne;
 - 3) staranie się o zapewnienie miejsca odbycia połogu matkom samotnym po wypisaniu ich z oddziału ginekologiczno-położniczego;
 - 4) staranie się o umieszczenie dzieci pozbawionych opieki domowej, u których zakończono leczenie szpitalne, w placówkach opiekuńczych;
 - 5) opracowanie, na podstawie planu leczenia i wywiadu, wstępnego programu rehabilitacji społecznej pacjentów;
 - 6) prowadzenie pomagającego w adaptacji społecznej instruktazu pacjenta i jego rodziny;
 - 7) udzielanie informacji o sposobie: załatwiania spraw bytowych związanych z uzyskaniem renty, różnego typu zasiłków i zapomóg, korzystania z pomocy Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych;
 - 8) prowadzenie spraw związanych z adopcją dzieci porzuconych w Szpitalu;
 - 9) wnioskowanie od właściwych rzeczowo i miejscowo podmiotów o objęcie pacjenta prawem do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
 - 10) załatwienie formalności związanych z pogrzebem osób samotnych pozostających bez opieki oraz wnioskowanie do odpowiednich organów o objęcie pacjentów ubezpieczeniem zdrowotnym;
 - 11) badanie środowiska chorego, jego warunków rodzinnych, mieszkaniowych i warunków pracy;
 - 12) występowanie do właściwych zakładów opieki zdrowotnej w sprawie zapewnienia dalszej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej choremu opuszczającemu szpital;

- 13) zapoznanie rodziny chorego lub jego opiekunów z możliwościami w zakresie poza szpitalnej opieki nad pacjentem;
- 14) współpraca z organami ścigania.

ROZDZIAŁ XVIII
Zakres zadań pionu
Z-cy Dyrektora ds. Sprzedaży

§ 108

1. Komórki organizacyjne w pionie Z-cy Dyrektora ds. Sprzedaży:
 - 1) Dział Sprzedaży;
 - 2) Dział Statystyki i Dokumentacji Medycznej.

§ 109

Z-ca Dyrektora ds. Sprzedaży

1. Z-ca Dyrektora ds. Sprzedaży podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.
2. Do zadań Z-cy Dyrektora ds. Sprzedaży należy: tworzenie, prowadzenie, kontrolowanie i realizacja polityki sprzedaży Szpitala, a w szczególności:
 - 1) realizowanie optymalnej dla Szpitala polityki sprzedaży świadczeń zdrowotnych;
 - 2) współpraca ze wszystkimi pionami i komórkami organizacyjnymi Szpitala
 - 3) w zakresie realizacji strategicznych i operacyjnych celów Szpitala;
 - 4) nadzór nad realizacją zadań podległych Działów;
 - 5) inicjowanie zmian w Szpitalu na podstawie zmiany warunków otoczenia zewnętrznego i wewnętrznego Szpitala;
 - 6) stała współpraca z Narodowym Funduszem Zdrowia i Ministerstwem Zdrowia w zakresie realizacji kontraktów i polityki sprzedaży Szpitala;
 - 7) stałe poszukiwanie możliwości sprzedaży świadczeń zdrowotnych na bazie zasobów Szpitala w ramach obowiązujących przepisów prawa;
 - 8) nadzór nad prawidłowym wdrożeniem i wykonaniem przepisów prawa oraz zarządzeń wewnętrznych;
 - 9) prowadzenie negocjacji umów Szpitala, ze szczególnym uwzględnieniem negocjacji w zakresie umów dotyczących usług medycznych.

§ 110

Dział Sprzedaży

Do zadań Działu Sprzedaży należy w szczególności:

1. przygotowanie ofert do różnych płatników w szczególności Narodowego Funduszu Zdrowia i Ministerstwa Zdrowia;
2. rozliczanie świadczeń realizowanych na podstawie umów zawartych z płatnikami oraz świadczeń zrealizowanych dla podmiotów indywidualnych, wystawianie faktur sprzedażowych oraz ich księgowanie na kontach;
3. monitorowanie wykonania umów zwartych na świadczenia zdrowotne, w szczególności pod kątem wysokości zawartego kontraktu;
4. monitorowanie rozliczeń umów z zakresu leczenia zamkniętego i otwartego;
5. monitorowanie rozliczeń umów podwykonawczych zawartych z podmiotami zewnętrznymi;
6. monitorowanie ilości świadczeń wykonywanych na rzecz Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego przez podmioty zewnętrzne;
7. analizowanie sprzedaży oraz współuczestniczenie w planowaniu sprzedaży pod względem rodzajów, zakresów oraz ich wartości;
8. przygotowanie oraz przekazywanie informacji o zasadach rozliczeń umów zawartych z płatnikami pracownikom Szpitala odpowiedzialnym za ich wykonanie a w tym przekazanie informacji na temat wymogów dotyczących personelu medycznego komórkom medycznym;
9. weryfikacja faktur kosztowych (medycznych) pod kątem ich zasadności i zgodności z obowiązującymi przepisami;
10. współpraca przy przygotowywaniu cennika Szpitala;
11. penetracja rynku poprzez wizytowanie potencjalnych przyszłych kontrahentów oraz pozyskiwanie nowych źródeł dystrybucji usług okołomedycznych świadczonych w ramach działalności Szpitala;
12. aktywne pozyskiwanie nowych odbiorców usług okołomedycznych Szpitala poprzez wykorzystywanie technik marketingowych, w tym np. telemarketing;
13. monitorowanie i udział w postępowaniach przetargowych ogłaszanych na rynku usług medycznych;
14. opracowywanie zasad i warunków współpracy dla obsługiwanych klientów, w tym przygotowywanie umów oraz ofert cenowych;
15. sprawne przekazywanie zawartych umów do realizacji;
16. sporządzanie planów, projektów umów i ofert w zakresie świadczeń zdrowotnych i usług wykonywanych przez Szpital innym podmiotom i osobom fizycznym;
17. dbanie o dobre relacje z grupą odbiorców instytucjonalnych usług Szpitala i przeciwdziałanie ich odejściu do konkurencji;
18. działania w zakresie promowania Szpitala i pozyskiwania kontrahentów zewnętrznych zainteresowanych współpracą ze Szpitalem w ramach realizowanych świadczeń zdrowotnych i usług, m.in. poprzez aktywną analizę rynku;
19. Zawiadywanie procesem pozyskiwania dostawców usług medycznych, badań i innych świadczeń medycznych nie realizowanych przez jednostki medyczne Szpitala, zgodnie z obowiązującymi przepisami w zakresie zamówień publicznych, w tym:

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

§ 111

Dział Statystyki i Dokumentacji Medycznej

Do zadań Działu Statystyki i Dokumentacji Medycznej w szczególności należy:

- 1) prowadzenie, kontrola, weryfikacja i uzupełnianie danych w Księdze Głównej Szpitala i Księgach Ambulatoryjnych oraz innych księgach w zakresie ruchu chorych w systemie elektronicznym;
- 2) gromadzenie pełnych danych pacjentów w Księdze Głównej z opracowanymi wzorcami statystycznymi oraz informacjami wynikającymi z dokumentów;
- 3) sporządzanie analiz, sprawozdań oraz wszelkiej informacji statystycznej na potrzeby wewnętrzne i zewnętrzne Szpitala;
- 4) nadzór na właściwym agregowaniu danych statystycznych (tworzenie zestawień, obliczanie wskaźników statystycznych);
- 5) przygotowywanie danych rozliczeniowych dla Działu Sprzedaży;
- 6) nadzór nad ewidencją harmonogramów przyjęć, w tym kolejek oczekujących w systemach informatycznych Szpitala oraz raportowanie danych do Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 7) współpraca z instytucjami i jednostkami zewnętrznymi, w tym Urzędem Statystycznym, Państwowym Zakładem Higieny, Zakładem Epidemiologii i Dolnośląskim Rejestrem Nowotworów;
- 8) bezzwłoczne zawiadamianie rodziny lub opiekunów na zlecenie lekarza w przypadku zgonu pacjenta;
- 9) prowadzenie korespondencji dotyczącej pobytu pacjenta w Szpitalu, leczenia w poradni;
- 10) udostępnianie dokumentacji medycznej na zewnątrz Szpitala;
- 11) organizacja pracy w Centralnej Rejestracji Przyjęć Pacjentów:
 - a) Punkt Przyjęć Planowych - rejestracja pacjentów przyjmowanych do Szpitala w trybie planowym. Rejestracja czynna od poniedziałku do piątku w godz. 7.00 do 14.35, w ramach kampusu przy ul. Skłodowskiej-Curie zadania punktu przyjęć planowych pełnią sekretariaty Klinik,
 - b) Rejestracja Pacjentów - Szpitalnego Oddziału Ratunkowego - rejestracja pacjentów przyjmowanych do Szpitala w trybie nagłym - czynna całodobowo,

- c) Centralna Izba Przyjęć Pediatryczna- rejestracja pacjentów przyjmowanych do Szpitala w trybie nagłym przez personel medyczny - czynna całodobowo w ramach kampusu przy ul. M. Skłodowskiej-Curie,
- d) Rejestracja Pacjentów–UPS– rejestracja, prowadzenie systemu kolejkowego i ruch pacjentów w poradniach specjalistycznych oraz współpraca w tym zakresie z kierownikiem Uniwersyteckiej Poradni Specjalistycznej Rejestracja czynna od poniedziałku do piątku w godz. 7.30 do 18.30,
- e) rejestracja Pacjentów–UPS– rejestracja, prowadzenie systemu kolejkowego i ruch pacjentów w poradniach specjalistycznych oraz współpraca w tym zakresie z kierownikami Klinik, koordynatorami Szybkiej Ścieżki Onkologicznej oraz kierownikiem Uniwersyteckiej Poradni Specjalistycznej, Rejestracja czynna od poniedziałku do piątku w godz. 7.00 do 18.30,
- f) Rejestracja Pacjentów- Pracownie Diagnostyczne- rejestracja, prowadzenie systemu kolejkowego i ruch pacjentów w poradniach specjalistycznych oraz współpraca w tym zakresie z kierownikiem Zakładu Radiologii Ogólnej, Zabiegowej i Neuroradiologii. Rejestracja czynna od poniedziałku do piątku w godz. 7.30 do 17.30.

12) organizacja pracy Sekretariatów Medycznych:

- a) obsługa sekretariatu Kliniki i sekretariatu medycznego Kliniki w zakresie zadań Szpitala: wypisy, rozliczenia z Narodowym Funduszem Zdrowia oraz inne czynności zlecone, w zakresie dydaktyczno-naukowym: wykonywanie czynności zleconych przez Kierownika Kliniki,
- b) prowadzenie archiwum przyklinicznego tj. przyjmowanie dokumentacji do archiwum przyklinicznego, przechowywanie i zabezpieczenie dokumentacji medycznej w archiwum przyklinicznym,
- c) tworzenie i nadzór nad wytycznymi zapewniającymi bieżące kompletowanie dokumentacji medycznej,
- d) zapewnienie formalnej kompletności dokumentacji medycznej poprzez nadzór przy zdawaniu,
- e) raportowanie stanu archiwów przyklinicznych,
- f) przygotowywanie dokumentacji medycznej do zdanie do archiwum zakładowego,
- g) udziela informacji pozostałym komórkom medycznym Szpitala o regulacjach prawnych w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania; w zakresie podstaw uprawnień pacjentów do leczenia w ramach obowiązującego powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

13) organizacja pracy Koordynatorów Szybkiej Ścieżki Onkologicznej:

- a) nadzór nad wykonywaniem czynności zleconych przez Kierownika Kliniki w ramach koordynacji na poszczególnych etapach diagnostyki i leczenia onkologicznego w tym informowanie świadczeniobiorcy o organizacji procesu szybkiej ścieżki onkologicznej,
- b) tworzenie i nadzór nad wytycznymi zapewniającymi bieżące kompletowanie dokumentacji medycznej,

- c) nadzór nad przygotowywaniem dokumentacji medycznej do wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego.
- 14) organizacja pracy Punktu Informacyjnego – informacja osobista i telefoniczna pacjentów w zakresie funkcjonowania Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w godzinach od 7.30 do 15.00.

ROZDZIAŁ XIX
Zakres zadań pionu
Z-cy Dyrektora ds. Operacyjnych

§ 112

- 1. Komórki organizacyjne w pionie Z-cy Dyrektora ds. Operacyjnych:
 - 1) Dział Infrastruktury Technicznej;
 - 2) Dział Eksploatacji;
 - 3) Dział Aparatury Medycznej;
 - 4) Dział Infrastruktury Teleinformatycznej;
 - 5) Dział Zamówień Publicznych i Zakupów;
 - 6) Dział Logistyki;
 - 7) Dział Inwestycji;
 - 8) Dział Inwentaryzacji.

§ 113

Z-ca Dyrektora ds. Operacyjnych

- 1. Z-ca Dyrektora ds. Operacyjnych podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.
- 2. Do zadań Z-cy Dyrektora ds. Operacyjnych należy tworzenie, prowadzenie, kontrolowanie i realizacja procesów logistycznych oraz zabezpieczenie infrastruktury Szpitala, a w szczególności odpowiedzialność za:
 - 1) nadzór nad utrzymywaniem infrastruktury Szpitala w stanie ciągłej i należytej sprawności, ze szczególnym uwzględnieniem bezpieczeństwa pacjentów i personelu;
 - 2) koordynowanie działań służb logistycznych Szpitala oraz innych komórek organizacyjnych związanych z działalnością techniczną Szpitala.
- 3. realizacja polityki zarządzania jakością poprzez koordynowanie i podejmowanie działań mających na celu podnoszenie jakości usług świadczonych przez Szpital;
 - 1) planowanie, organizowanie, kontrolowanie i ocenianie pracy podległego personelu zgodnie z zakresem obowiązków;
 - 2) zatwierdzanie procedur, instrukcji oraz standardów w zakresie podległego pionu;
 - 3) dbałość o kontakty i współpraca z zewnętrznymi kontrahentami;
 - 4) współpraca ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Szpitala w zakresie realizacji strategicznych i operacyjnych celów Szpitala;

- 5) realizacja polityki zapobiegania zakażeniom szpitalnym i higieny szpitalnej;
- 6) nadzór i koordynacja pracy Komitetów, Zespołów i Komisji powołanych zgodnie z regulaminem Komitetów, Zespołów i Komisji działających w Szpitalu podległych bezpośrednio Z-cy Dyrektora ds. Operacyjnych;
- 7) nadzór nad realizacją zadań z obszaru teleinformatyki, w tym współtworzenie koncepcji i strategii informatyzacji w Szpitalu.

§ 114

Dział Infrastruktury Technicznej

Do zadań Działu Infrastruktury Technicznej należy w szczególności:

1. utrzymywanie w ruchu i sprawności technicznej budynków Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego wraz z podstawową infrastrukturą techniczną poprzez przeprowadzanie przeglądów stanu technicznego, sprawności i przydatności do użytkowania budynków i zainstalowanych w nim urządzeń; zgodnie z przepisami zawartymi w ustawie Prawo Budowlane, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie regulacjami prawnymi;
2. utrzymanie w należyтым stanie technicznym sieci i instalacji przesyłowych poszczególnych mediów, w tym gazów medycznych i technicznych oraz rezerwowych źródeł zasilania;
3. nadzór nad utrzymaniem w ciągłej sprawności wszystkich rodzajów dźwigów, instalacji i urządzeń technicznych, elektrycznych oraz energetycznych;
4. nadzór nad utrzymaniem w ciągłej sprawności instalacji i urządzeń technicznych elektrycznych oraz energetycznych;
5. zabezpieczenie sprawności instalacji, urządzeń wentylacji mechanicznej, klimatyzacji, instalacji zasilających urządzenia, aparaturę medyczną wraz z automatyką;
6. utrzymanie w ruchu i sprawności technicznej systemów kontroli dostępu, monitoringu wewnętrznego i zewnętrznego oraz domofonów i wideofonów;
7. współpraca z Wydziałem Architektury i Budownictwa, Miejskim Konserwatorem Zabytków, Powiatowym i Wojewódzkim Nadzorem Budowlanym, dotycząca:
 - a) wydawania decyzji, pozwoleń i opinii, dotyczących prac budowlanych w obiektach użytkowanych przez USK,
 - b) występowania o opinię konserwatorską.
8. uczestniczenie w kontrolach Powiatowego i Wojewódzkiego Nadzoru Budowlanego oraz Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego;
9. zapewnienie właściwego zabezpieczenia lądowiska (oświetlenie, droga dojazdowa itp.);
10. utrzymywanie w ciągłej sprawności technicznej i bieżąca eksploatacja systemu poczty pneumatycznej;
11. planowanie i realizacja inwestycji budowlanych i remontów pomieszczeń, obiektów, budowli szpitala w zakresie budowlanym oraz branżowym w oparciu o Plan Inwestycyjny. Nadzór nad realizacją remontów i inwestycji wykonanych przez firmy

- zewnętrzne oraz dokonywanie odbiorów prac i przekazywanie ich do eksploatacji użytkownikom;
12. rozliczanie kosztów wykonanych usług zgodnie z kompetencjami Działu oraz Instrukcją Kosztów obowiązujących w USK;
 13. przechowywanie dokumentacji przetargowej/zakupowej technicznej zgodnie z obowiązującymi przepisami;
 14. opracowywanie dokumentacji, udział w pracach komisji przetargowych oraz realizacja zakupów/dostaw, usług i robót budowlanych będących w kompetencji Działu zgodnie z Regulaminem udzielenia zamówień publicznych;
 15. na podstawie obowiązujących procedur i instrukcji podejmowanie działań na zlecenie użytkownika w zakresie awarii. Przyjmowanie zgłoszeń użytkownika/dysponenta o awariach lub konieczności dokonania przeglądu urządzeń;
 16. prowadzenie i aktualizowanie niezbędnej, wymaganej prawem lub wewnętrznymi przepisami dokumentacji będącej w kompetencji;
 17. prowadzenie spraw związanych z koordynacją przeprowadzania kontroli stanu technicznego, sprawności i przydatności do użytkowania budynków i zainstalowanych w nim urządzeń, zgodnie z przepisami zawartymi w ustawie Prawo budowlane;
 18. prowadzenie ksiąg obiektu dla poszczególnych budynków wraz z ich aktualizacją;

§ 115

Dział Eksploatacji

Do zadań Działu Eksploatacji należy w szczególności:

1. gospodarowanie nieruchomościami użytkowymi przez Szpital oraz gospodarowanie pomieszczeniami: nadzorowanie procesu zmiany ich funkcjonalności, prowadzenie i aktualizacja ewidencji oraz przeprowadzanie czynności zdawczo-odbiorczych w tym zakresie;
2. nadzór nad wyposażeniem jednostek organizacyjnych szpitala w sprzęt kwaterunkowy niemedyczny;
3. prowadzenie spraw związanych z oznakowaniem pomieszczeń, stref i budynków szpitala;
4. Przydzielanie, ewidencja i aktualizacja upoważnień wjazdu i parkowania na terenie Szpitala. Prowadzenie rejestru wniosków i upoważnień;
5. prowadzenie obiektu tymczasowego zakwaterowania w budynku D dla opiekunów pacjentów małoletnich w budynku D przebywających na leczeniu w Szpitalu zgodnie z obowiązującym Regulaminem;
6. prowadzenie spraw związanych z odbiorem, transportem, utylizacją/unieszkodliwieniem, zagospodarowaniem wytworzonych odpadów oraz prowadzenie ich ewidencji wymaganej prawem, związanej z gospodarką odpadami;

7. prowadzenie spraw związanych z deratyzacją i dezynsekcją na terenie obiektów Szpitala;
8. prowadzenie spraw związanych z realizacją e umów zawieranych z najemcami na podstawie umów zawartych z Uniwersytetem Medycznym we Wrocławiu, dotyczących zwrotu kosztów eksploatacyjnych;
9. prowadzenie spraw związanych z utrzymaniem terenów zewnętrznych w należytej czystości i estetyce, w tym: prowadzenie bieżących kontroli jakości usług, świadczonych przez firmy zewnętrzne, interweniowanie w przypadku niestaranego wykonywania prac, wnioskowanie o rozwiązywanie umów w tym zakresie. Nadzór i współpraca w zakresie utrzymania terenów zewnętrznych z dzierżawcą obszaru przy ul. Borowskiej;
10. zapewnienie ciągłych dostaw poszczególnych mediów w tym gazów niemedycznych;
11. dokonywanie kontroli merytorycznej faktur będących w kompetencji Działu;
12. prowadzenie ewidencji kosztów eksploatacyjnych z podziałem na koszty poszczególnych jednostek, ewidencji zużycia, ewidencji odczytów stanu licznika, okresowej analizy zużycia i kosztów, w celu właściwego ustalenia danych do refakturowania kosztów zużycia mediów przez Najemców;
13. tworzenie i aktualizacja powierzonego klucza podziału kosztów;
14. bieżąca ewidencja, wydawanie i przyjmowanie kart kontroli dostępu (SKD).

§ 116

Dział Aparatury Medycznej

Do zadań Działu Aparatury Medycznej należy w szczególności:

- 1) ewidencja i analiza potrzeb w zakresie zaopatrzenia w aparaturę medyczną komórek organizacyjnych Szpitala przy współudziale Z-cy Dyrektora ds. Medycznych oraz Z-cy Dyrektora ds. Pielęgniarstwa;
- 2) utrzymanie w stanie ciągłej zdatności do użycia wyposażenia i aparatury medycznej;
- 3) zapewnienie płynności dostaw sprzętu i aparatury medycznej dla komórek organizacyjnych zgodnie z ich potrzebami z uwzględnieniem budżetów, Planu Inwestycyjnego oraz planu finansowego Szpitala;
- 4) prowadzenie gospodarki magazynowej aparatury i sprzętu medycznego;
- 5) nadzór nad terminowym wykonaniem przeglądów okresowych, konserwacji, legalizacji przedłużających ważność dopuszczenia aparatury medycznej i sprzętu kontrolno-pomiarowego do używania zgodnie z dokumentacją techniczną oraz zgodnie z planem zabezpieczenia przeglądów i usług serwisowych;
- 6) kontrola stanu aparatury medycznej, w tym: zgodności rzeczywistego użytkowania z danymi z ewidencji MM, aktualności dopuszczenia do użytku, warunków przechowywania zabezpieczania i używania aparatury w komórkach organizacyjnych Szpitala;

- 7) fakultatywne, według zgłaszanych potrzeb, szkolenie personelu na temat zasad bezpiecznego użytkowania aparatury medycznej;
- 8) realizacja napraw sprzętu na podstawie wniosków składanych przez użytkowników.

§ 117

Dział Infrastruktury Teleinformatycznej

Dział Infrastruktury Teleinformatycznej pełni kluczową rolę w zarządzaniu technologią i systemami komputerowymi. Jego głównym zadaniem jest zapewnienie sprawnego działania infrastruktury informatycznej, a także dbanie o bezpieczeństwo danych i systemów. Dział ten opracowuje, wdraża i nadzoruje realizację strategii z zakresu informatyzacji Szpitala, jest odpowiedzialny za wsparcie techniczne dla użytkowników. Ponadto, dział zajmuje się zarządzaniem oprogramowaniem i aplikacjami, zapewniając ich aktualność, mitygując zakłócenia. Projektowanie, opiniowanie i wdrażanie nowych rozwiązań teleinformatycznych wynikających z bieżącej działalności Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego to kolejne zadanie, które pozwala na ciągłe doskonalenie i adaptację do zmieniających się potrzeb. Dział Infrastruktury Teleinformatycznej planuje i wdraża nowe technologie.

Dział IT został podzielony na 5 Sekcji:

- I. Sekcja ds. Infrastruktury IT;
- II. Sekcja ds. Wsparcia IT;
- III. Sekcja ds. Teleinformatyki;
- IV. Sekcja ds. Systemów IT;
- V. Sekcja ds. Bezpieczeństwa IT.

- I. **Sekcja ds. Infrastruktury IT** zajmuje się zarządzaniem oraz utrzymaniem urządzeń sieciowych, w szczególności serwerów, macierzy, switchy, access pointów i innych urządzeń sieciowych, poprzez:
 - 1) zarządzanie, utrzymanie, aktualizację i nadzór zarządczo-techniczny nad infrastrukturą IT;
 - 2) instalację oraz aktualizację oprogramowania użytkowanego przez Szpital;
 - 3) dokumentowanie konfiguracji i zmian w infrastrukturze IT;
 - 4) monitorowanie i optymalizację wydajności infrastruktury sieciowej;
 - 5) archiwizację danych w obrębie serwerów, macierzy, dysków wspólnych;
 - 6) archiwizację konfiguracji urządzeń dostępowych;
 - 7) opracowywanie dokumentacji przetargowej, udział w pracach komisji przetargowych oraz realizację zakupów/dostaw i usług zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami;
 - 8) inwentaryzacje sprzętu;
 - 9) tworzenie instrukcji;
 - 10) nadzór nad realizacją umów i ocena merytoryczna faktur wynikających z ich realizacji.

II. Sekcja ds. Wsparcia IT wspiera użytkowników końcowych, poprzez:

- 1) zlecanie lub wykonywanie napraw i konserwacji sprzętu komputerowego, drukującego;
- 2) instalacje i konfiguracje komputerów, drukarek;
- 3) wsparcie techniczne dla użytkowników końcowych;
- 4) diagnozę i rozwiązywanie problemów sprzętowych i programowych;
- 5) monitorowanie wydajności sprzętu i prowadzenie prewencyjnej konserwacji;
- 6) prowadzenie gospodarki magazynowej;
- 7) współpracę z dostawcami zewnętrznymi;
- 8) zarządzanie i utrzymanie urządzeń peryferyjnych;
- 9) zapewnienie zgodności konfiguracji sprzętu z politykami i procedurami bezpieczeństwa informatycznego;
- 10) opracowywanie dokumentacji przetargowej, udział w pracach komisji przetargowych oraz realizacja zakupów/dostaw i usług zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami;
- 11) inwentaryzacje sprzętu;
- 12) prowadzenie szkoleń;
- 13) tworzenie instrukcji;
- 14) nadzór nad realizacją umów i ocena merytoryczna faktur wynikających z ich realizacji.

III. Sekcja ds. Teleinformatyki zarządza telefonią oraz systemami kolejkowymi i przyzywowymi, poprzez:

- 1) projektowanie oraz prowadzenie okablowania strukturalnego;
- 2) monitorowanie i optymalizacja systemów teleinformatycznych (central telefonicznych, systemów kolejkowych itp.);
- 3) utrzymanie i rozwój central telefonicznych;
- 4) prowadzenie polityki telekomunikacyjnej oraz bezpośrednie prowadzenie i nadzór systemów telekomunikacyjnych;
- 5) diagnozowanie i rozwiązywanie problemów związanych z telefonią i systemami teleinformatycznymi;
- 6) prowadzenie gospodarki magazynowej;
- 7) opracowywanie dokumentacji przetargowej, udział w pracach komisji przetargowych oraz realizacja zakupów/dostaw i usług zgodnie z obowiązującymi przepisami inwentaryzacje sprzętu;
- 8) dokumentowanie konfiguracji i zmian w systemach teleinformatycznych;
- 9) prowadzenie szkoleń;
- 10) współpraca z dostawcami usług telekomunikacyjnych w celu zapewnienia ciągłości działania;
- 11) inwentaryzacje sprzętu i numerów telefonów;
- 12) tworzenie instrukcji;
- 13) Nadzór nad realizacją umów i ocena merytoryczna faktur wynikających z ich realizacji.

IV. Sekcja ds. Systemów IT utrzymuje i rozwija oprogramowanie użytkowe, ucyfrawia procesy medyczne i administracyjne, poprzez:

- 1) utrzymanie, aktualizowanie i rozwiązywanie problemów oprogramowania w ramach Zintegrowanego Systemu Informatycznego;
- 2) dbanie o zgodność z systemem P1;
- 3) tworzenie zestawień z systemów;
- 4) prowadzenie szkoleń;
- 5) wsparcie działu rozliczeń;
- 6) tworzenie założeń, utrzymanie i nadzór nad procesami integracyjnymi pomiędzy systemami;
- 7) udział w opracowywaniu procedur dotyczących funkcjonowania ZSI, w tym procesów cyfryzujących;
- 8) opracowywanie dokumentacji przetargowej, udział w pracach komisji przetargowych oraz realizacja zakupów/dostaw i usług zgodnie z obowiązującymi przepisami inwentaryzacji sprzętu;
- 9) tworzenie instrukcji;
- 10) nadzór nad realizacją umów i ocena merytoryczna faktur wynikających z ich realizacji.

V. Sekcja ds. Bezpieczeństwa IT wspiera procesy związane z cyberbezpieczeństwem, poprzez:

- 1) opracowywanie i wdrażanie polityki oraz procedur bezpieczeństwa informatycznego;
- 2) projektowanie procedur i zasad dostępu do pomieszczeń teleinformatycznych (punkty dostępowe, serwerownie);
- 3) nadzorowanie, weryfikowanie i kontrolowanie poprawności funkcjonowania systemów będących pod nadzorem Działu Infrastruktury Teleinformatycznej ze szczególnymi wymogami bezpieczeństwa oraz przestrzegania procedur bezpiecznej eksploatacji;
- 4) wdrażanie i utrzymanie systemów zabezpieczeń, takich jak firewalle, systemy wykrywania włamań, oprogramowanie antywirusowe;
- 5) monitorowanie i analizowanie zagrożeń oraz incydentów związanych z bezpieczeństwem;
- 6) edukowanie i szkolenie pracowników w zakresie cyberbezpieczeństwa;
- 7) monitorowanie, analizowanie, reagowanie i zarządzanie incydentami bezpieczeństwa;
- 8) opracowywanie planów ciągłości działania i odzyskiwania danych po awarii;
- 9) analizę i ocenę ryzyka związanego z bezpieczeństwem IT;
- 10) współpracę z zewnętrznymi podmiotami np. CERT;
- 11) opracowywanie dokumentacji przetargowej, udział w pracach komisji przetargowych oraz realizacja zakupów/dostaw i usług zgodnie z obowiązującymi przepisami inwentaryzacji sprzętu;
- 12) tworzenie instrukcji;

Nadzór nad realizacją umów i ocena merytoryczna faktur wynikających z ich realizacji.

§ 118

Dział Zamówień Publicznych i Zakupów

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

1. przygotowanie i prowadzenie postępowań przetargowych i innych zakupów poza przetargowych zgodnie z ustawą Prawo zamówień publicznych oraz innych ustaw i przepisów wewnętrznych o ile mają zastosowanie;
2. występowanie z wnioskiem do Dyrektora o wszczęcie wszystkich, bez względu na wartość i tryb, postępowań o zamówienie publiczne i inne zakupy spoza ustawy;
3. prowadzenie rejestru wniosków o wszczęcie postępowania oraz zakupów dokonywanych na podstawie protokołów konieczności;
4. prowadzenie rejestru umów przetargowych i ich właściwa dystrybucja;
5. opiniowanie i rejestracja wszystkich wniosków o wszczęcie zamówienia ze wskazaniem prawidłowego trybu zakupów oraz podstawą prawną jego zastosowania;
6. przeprowadzanie wszystkich trybów postępowań na zawarcie umów bez względu na ich podstawę prawną dotyczących dostawy towarów i usług na rzecz USK z wyłączenie zakupów dokonanych na podstawie protokołów konieczności;
7. informowanie w sposób przyjęty w organizacji Dyrektora i właściwego Z-cę Dyrektora o sposobie rozstrzygnięcia danego postępowania przetargowego w terminie do 2 dni roboczych;
8. opracowywanie do 31 stycznia danego roku rocznego planu projektu Postępowań i Planu Zakupów Zamówień Publicznych Szpitala na następny rok uwzględniającego kwartalne planowania według poszczególnych komórek organizacyjnych oraz ze wskazaniem planowanego miesiąca rozpoczęcia procedury przez poszczególne komórki organizacyjne;
9. nadzór i przestrzeganie kwalifikacji wszystkich dostaw i usług oraz robót budowlanych tego samego rodzaju, udzielanych w ciągu roku kalendarzowego objętego planem postępowań zamówień w celu uniknięcia niedozwolonego wg ustawy o Prawie zamówień publicznych dzielenia ich na części;
10. prowadzenie korespondencji z Krajową Izbą Odwoławczą;
11. informowanie kierowników komórek merytorycznych, właściwych dla przedmiotu zamówienia, nie rzadziej niż raz w miesiącu - lecz nie później niż do 10 dnia każdego miesiąca, o kończących się umowach;
12. uczestniczenie w pracach komisji ds. postępowań o udzielenie zamówień publicznych, z zastrzeżeniem, że jeden pracownik Działu Zamówień Publicznych Zakupów i pełni co najmniej funkcję sekretarza komisji i ma za zadanie koordynowanie prac komisji pod względem nadzoru nad terminami, zwoływaniem obrad komisji, negocjowaniem, sprawdzaniem zgodności oferty z przepisami prawa, kompletowaniem dokumentów oraz potrzebnych podpisów;
13. prowadzenie dokumentacji wymaganej odpowiednimi przepisami ustawy - Prawo zamówień publicznych;

14. sporządzanie i publikowanie niezbędnych ogłoszeń wynikających z aktualnie obowiązujących przepisów Prawo Zamówień Publicznych.

§ 119

Dział Logistyki

Do zadań Działu Logistyki należy w szczególności:

1. Zaopatrzenie komórek szpitala w: środki czystości, artykuły higieniczne, bieliznę szpitalną wielorazową, materiały biurowe, druki, recepty, sprzęt gospodarczy, odzież i obuwie ochronne, robocze zgodnie z założeniami przyjętego Planu Finansowego i budżetu oraz prowadzenie w tym zakresie pełnej gospodarki magazynowej;
2. zabezpieczenie transportu:
 - a) własnego w zakresie: materiałów biologicznych, wyników badań diagnostycznych, krwi i preparatów krwiopochodnych, leków, , korespondencji z Kancelarii Szpitala, posiłków dla pacjentów, zasobów magazynów Działu Logistyki,
 - b) zewnętrznego w zakresie: przewozu materiałów do badań diagnostycznych, krwi i materiałów krwiopochodnych do innych podmiotów, przewozu zmarłych, transport zewnętrznego pacjentów POZ Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego,
 - c) osób zmarłych w szpitalu, wycinków do badań histopatologicznych i cytologicznych do zakładu patomorfologii i cytologii klinicznej.
3. zabezpieczenie prania bielizny szpitalnej oraz prowadzenie ewidencji w tym zakresie;
4. nadzorowanie eksploatacji pojazdów służbowych, w tym napraw, przeglądów okresowych, technicznych;
5. zapewnienie płynności zapotrzebowania komórek organizacyjnych zgodnie z ich potrzebami z uwzględnieniem budżetów, limitów oraz planu finansowego Szpitala;
6. planowanie i prowadzenie ewidencji zapotrzebowania na asortyment zgodny z kompetencjami Działu;
7. opracowywanie dokumentacji, udział w pracach komisji przetargowych oraz realizacja zakupów/dostaw i usług będących w kompetencji Działu zgodnie z obowiązującymi przepisami;
 - 1) prowadzenie kontroli nad ciągłością zawieranych umów, weryfikacja realizacji umów w zakresie terminu obowiązywania umów, wykorzystania wartości i ilości określonych umową (w tym umów w zakresie transportu zewnętrznego pacjentów);
8. dystrybucja odzieży i obuwia ochronnego, roboczego dla pracowników na podstawie zapotrzebowań z pionu personalnego i Działu Bezpieczeństwa i Higieny Pracy oraz prowadzenie ewidencji indywidualnego wyposażenia pracowników w niniejszym zakresie zgodnie z obowiązującym zarządzeniem Dyrektora Szpitala;
9. gospodarowanie szatniami, szafkami dla pracowników Szpitala oraz identyfikatorami dla pracowników, prowadzenie ewidencji w tym zakresie;

10. zgłaszanie reklamacji do kontrahentów w zakresie realizacji podpisanych umów będących w kompetencji Działu.

§ 120

Dział Inwestycji

Do zadań Dział Inwestycji należy w szczególności:

1. opracowanie procedur związanych z uruchomieniem i zamknięciem projektów inwestycyjnych;
2. przygotowanie koncepcji realizowania projektów, tworzenie planu projektów oraz harmonogramów działań niezbędnych do ich wykonania;
3. określenie zasobów potrzebnych do realizacji projektów;
4. zarządzanie projektami na każdym etapie ich realizacji, kontrolowanie przestrzegania harmonogramów, operacyjną realizację projektów w tym w szczególności monitorowanie przebiegu wszystkich procesów związanych z projektami inwestycyjnymi, ocenę postępów, monitorowanie ich budżetów, jakości i terminowości wykonania przedmiotu umów;
5. koordynację, współpracę, komunikację, i zarządzanie zależnościami w projektach w celu zrealizowania ich celu;
6. analizowanie ryzyka związanego z projektami;
7. macierzowe zarządzanie zasobami ludzkimi szpitala, które są niezbędne dla realizacji celu projektów;
8. informowanie Dyrektora USK o konieczności wprowadzenia zmian wraz z przedstawieniem ich wpływu na projekt;
9. aktualizowanie dokumentacji projektowej;
10. nadzór nad aktualizowaniem dokumentacji projektowej;
11. projektowanie i usprawnianie procesów działania,
12. dbanie o płynność wszelkich procesów związanych z realizacją projektów inwestycyjnych;
13. przygotowywanie raportów i przedstawianie postępów w pracach nad projektami dla Zarządu i w razie konieczności innych uczestników procesu.

§ 121

Dział Inwentaryzacji

Do zadań Dział Inwentaryzacji należy w szczególności:

- 1) przeprowadzenie spisu środków trwałych i wyposażenia;
- 2) przekazanie wyników spisu;
- 3) przekazanie protokołu z przeprowadzania spisu Komisji Inwentaryzacyjnej .

Szczegółowe zasady przygotowania i przeprowadzenia spisu wspomaganego informatycznie określa instrukcja KAMSOFIT.

ROZDZIAŁ XX
Wspólne uprawnienia, obowiązki i odpowiedzialność
kierowników Komórek Organizacyjnych
medycznych i niemedycznych

§ 122

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

§ 123

Kierownicy Komórek Organizacyjnych odpowiedzialni są za:

- 1) realizację, efektywność i skuteczność działania, w tym szczególnie za realizację odpowiednio do rodzaju komórki organizacyjnej, kontraktów i umów stanowiących źródła finansowania działalności Szpitala;
- 2) bieżący nadzór, kontrola i koordynacja pracy podległych pracowników, a zwłaszcza nad prawidłowym i terminowym przebiegiem załatwianych spraw w podległej komórce organizacyjnej;
- 3) przestrzeganie zasad pracy biurowej, zgodnie z instrukcją kancelaryjną, obiegu dokumentów oraz instrukcją o archiwizacji akt;

- 4) znajomość i stosowanie w praktyce obowiązujących aktów prawnych zewnętrznych i wewnętrznych, jak również zaznajomienie podległych pracowników z dotyczącymi ich aktami prawnymi;
- 5) efektywne wykorzystanie czasu pracy przez podległych pracowników oraz terminowe, zgodne z przepisami Kodeksu Pracy, udzielanie urlopów wypoczynkowych;
- 6) racjonalne wykorzystanie przydzielonych zasobów;
- 7) terminowe i rzetelne opracowywanie dokumentów sprawozdawczych, analitycznych i informacji;
- 8) udzielanie informacji osobom upoważnionym do ich uzyskania;
- 9) przestrzeganie praworządności i zasad współżycia społecznego;
- 10) ustalanie zakresów czynności podległych pracowników;
- 11) zapewnienie właściwej dyscypliny pracy;
- 12) występowanie z wnioskami w sprawie nagradzania, karania, zmiany stanowiska, zwalniania podległych pracowników;
- 13) efektywne współdziałanie z innymi komórkami organizacyjnymi;
- 14) przestrzeganie Polityki Bezpieczeństwa Informacji obowiązującej w Szpitalu.

§ 124

1. Wszyscy pracownicy Szpitala zobowiązani są do wykonywania pracy sumiennie i starannie oraz stosowania się do poleceń przełożonych, które dotyczą pracy, jeżeli nie są one sprzeczne z przepisami prawa lub umową o pracę.
2. Pracownicy zobowiązani są w szczególności:
 - 1) przestrzegać czasu pracy ustalonego w Szpitalu;
 - 2) przestrzegać Regulaminu Pracy i ustalonego porządku;
 - 3) przestrzegać przepisów oraz zasad bezpieczeństwa i higieny pracy, a także przepisów przeciwpożarowych;
 - 4) zachowywać w tajemnicy informacje, których ujawnienie mogłoby narazić pracodawcę na szkodę;
 - 5) przestrzegać Polityki Bezpieczeństwa Informacji obowiązującej w Szpitalu;
 - 6) przestrzegać w Szpitalu zasad współżycia społecznego.
3. Pracownicy zobowiązani są dbać o dobro Szpitala oraz chronić jego mienie, tak aby nie narazić pracodawcę na szkodę:
 - 1) pracownik Szpitala, który wskutek niewykonania lub nienależytego wykonania obowiązków pracowniczych ze swojej winy wyrządził szkodę w mieniu Szpitala ponosi z tego tytułu odpowiedzialność majątkową;
 - 2) w przypadku wyrządzenia szkody przez kilku pracowników, każdy z nich ponosi odpowiedzialność majątkową za część szkody, stosownie do przyczynienia się do jej powstania i stopnia winy, a jeżeli ustalenie stopnia przyczynienia się poszczególnych pracowników do szkody nie jest możliwe, wówczas odpowiadają oni w częściach równych.

ROZDZIAŁ XXI
Postanowienia końcowe

§ 125

Spory kompetencyjne pomiędzy Komórkami Organizacyjnymi Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego rozstrzyga Dyrektor Szpitala.

§ 126

Sprawy nieujęte szczegółowo w niniejszym regulaminie będą ustalone w formie odrębnych Zarządzeń Dyrektora Szpitala.

§ 127

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

§ 128

1. Niniejszy Regulamin wchodzi w życie z dniem podpisania.
2. Wszelkie zmiany Regulaminu wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

Wrocław, _____

Dyrektor Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego
we Wrocławiu