Załącznik nr 1 do zarządzenia nr 16/2019 z dnia 26.02.2019 r.

REGULAMIN ORGANIZACYJNY

SZPITAL MIEJSKI
św. JANA PAWŁA II
w ELBLĄGU

z dnia 08.01.2018 r.

Rozdział I

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Regulamin Organizacyjny Szpitala Miejskiego św. Jana Pawła II w Elblągu określa:
   1) firmę,
   2) cele i zadania szpitala,
   3) strukturę organizacyjną,
   4) rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych,
   5) miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych,
   6) przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości tych świadczeń w jednostkach organizacyjnych,
   7) organizację i zadania poszczególnych jednostek organizacyjnych oraz warunki współdziałania tych jednostek dla zapewnienia sprawnego i efektywnego funkcjonowania szpitala 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 udostępnianie dokumentacji medycznej ustalonej w sposób określony w art.28 ust.4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta
   10) organizację procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat,
   11) wysokość opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny od osób lub instytucji uprawnionych do pochowania zwłok na podstawie ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2000 r. Nr 23, poz. 295 z późn. zm.) oraz od podmiotów, na zlecenie których przechowuje się zwłoki w związku z toczącym się postępowaniem karnym,
   12) wysokość opłat za udzielane świadczenia zdrowotne inne niż finansowane ze środków publicznych,
   13) sposób kierowania jednostkami organizacyjnymi.
2. Zadania Szpitala określają następujące przepisy prawne:
   1) Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U.2018.160 ze zm.) oraz przepisy wykonawcze do tejże ustawy,
   2) Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (t.j. Dz.U.2017.2077 ze zm.),
   3) Ustawa z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (t.j. Dz.U.2018.395 ze zm.),
   4) Statut Szpitala,
   5) inne przepisy dotyczące publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

§ 2

1. Szpital posiada osobowość prawną.
2. Nadzór nad działalnością Szpitala sprawuje Prezydent Miasta Elbląg oraz uprawnione do tego podmioty.

§ 3

Użyte w regulaminie określenia oznaczają:

„Szpital" – Szpital Miejski św. Jana Pawła II w Elblągu,

„Dyrektor" – Dyrektora Szpitala Miejskiego św. Jana Pawła II w Elblągu.

§ 4

Regulamin Organizacyjny ustala Dyrektor Szpitala, a opiniuje Rada Społeczna.

Rozdział II

Cele i zadania szpitala

§ 5

1. Celem Szpitala jest udzielanie świadczeń zdrowotnych, promocja zdrowia oraz realizacja zadań zleconych przez Prezydenta Miasta Elbląg.
2. Szpital udziela świadczeń zdrowotnych na zasadach określonych w ustawie o działalności leczniczej, w przepisach odrębnych lub umowach cywilnoprawnych.
3. Szpital jest uprawniony do udzielania świadczeń zdrowotnych osobom nieuprawnionym z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego.

§ 6

Szpital może uczestniczyć w przygotowywaniu osób do wykonywania zawodu i kształcenia osób na zasadach określonych w odrębnych przepisach, a w szczególności poprzez:

1) prowadzenie :
   a) staży podyplomowych, rezydentury dla absolwentów uczelni medycznych,
   b) praktyk studenckich dla studentów uczelni medycznych,
   c) praktyk i przyuczenia zawodowego dla słuchaczy szkół medycznych,
   d) szkoleń z zakresu pomocy medycznej i ratownictwa medycznego,
   e) staży i zajęć praktycznych w zakresie kształcenia podyplomowego personelu medycznego,
   f) szkoleń i praktyk zawodowych w zawodach nie medycznych, na podstawie zawartych umów.
2) organizowanie sympozjów naukowych, konferencji tematycznych i innych form kształcenia.

§ 7

1. Podstawowe kierunki działania Szpitala obejmują udzielanie świadczeń zdrowotnych służących zachowaniu, ratowaniu, profilaktyce, przywracaniu i poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne:
   1) udzielanie świadczeń zdrowotnych, w szczególności:
      a) badania i porady lekarskie,
      b) leczenie,

c) badania i terapia psychiatryczna,

d) rehabilitacja lecznicza,

e) opieka nad kobietą ciężarną i jej płodem, porodem, połogiem oraz nad noworodkiem,

f) sprawowanie opieki długoterminowej,

g) badania diagnostyczne,

h) pielęgnacja chorych,

i) orzekanie i opiniowanie o stanie zdrowia,

j) zaopatrywanie w środki i materiały medyczne,

k) wykonywanie szczepień ochronnych.

2) Organizowanie i prowadzenie działalności w zakresie kształcenia, szkolenia i doskonalenia zawodowego.

2. Zadania zlecone Szpitalowi obejmują w szczególności:

1) udzielanie świadczeń stacjonarnych chorym, których stan zdrowia wymaga przebywania w szpitalu (opieka stacjonarna),

2) wykonywanie badań diagnostycznych, w tym analiz w celu rozpoznania stanu zdrowia i ustalenia dalszego postępowania leczniczego, wykonywanych na podstawie skierowania lekarza albo osoby posiadającej wymagane kwalifikacje na podstawie odrębnych przepisów,

3) promocja zdrowia i edukacja zdrowotna,

4) prowadzenie działalności naukowo – badawczej,

5) udzielanie świadczeń z zakresu pomocy doraźnej w razie wypadku, urazu, porodu, nagłego zachorowania lub pogorszenia stanu zdrowia powodującego zagrożenie życia,

6) udzielanie świadczeń w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej,

7) udzielanie świadczeń z zakresu opieki nad pracownikami zakładów pracy, w tym przeprowadzanie badań z zakresu medycyny pracy,

8) udzielanie świadczeń w zakresie rehabilitacji leczniczej, służących przywracaniu i poprawie zdrowia,

9) wykonywanie badań specjalistycznych, zgodnie z potrzebami orzecznictwa wojskowo – lekarskiego lub innych instytucji uprawnionych,

10) pełnienie funkcji konsultacyjnych dla innych zakładów opieki zdrowotnej,

11) przygotowanie szpitala do realizacji zadań w okresie klęsk żywiołowych i katastrof, w zakresie zabezpieczenia medycznego.

3. Szpital może prowadzić wydzieloną działalność gospodarczą, inną niż określona w ust. 1 i 2. Prowadzenie tej działalności nie może ograniczać dostępności i poziomu świadczeń zdrowotnych udzielanych osobom uprawnionym na podstawie obowiązujących przepisów.

Rozdział III

Struktura organizacyjna

§ 8

1. Strukturę jednostek organizacyjnych funkcjonujących w Szpitalu przedstawiono w załącznikach nr 1a i 1b do Regulaminu Organizacyjnego.
2. Dyrektor ma prawo dokonywania zmian w strukturze organizacyjnej Szpitala, stosownie do potrzeb, ale po zasięgnięciu opinii i za zgodą rady społecznej.
3. W zależności od posiadanego kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia lub innych umów z podmiotami zewnętrznymi, działalność statutowa poszczególnych komórek organizacyjnych Szpitala może być czasowo ograniczona lub zawieszona.

§ 9

1. W skład podmiotu leczniczego: Szpital Miejski św. Jana Pawła II w Elblągu wchodzą zakłady lecznicze podmiotu leczniczego :
   1) Szpital Miejski, w którego skład wchodzi jednostka organizacyjna:
      a) Szpital Miejski,
   2) Przychodnia Szpitala Miejskiego, w której skład wchodzą jednostki organizacyjne:
      a) Przychodnia Szpitala Miejskiego,
      b) Medyczne Laboratorium Diagnostyczne,
   3) Zakład Opiekuńczo- Leczniczy, w którego skład wchodzi jednostka organizacyjna:
      a) Zakład Opiekuńczo - Leczniczy.
2. Komórki organizacyjne jednostki organizacyjnej Szpital Miejski:
   1) oddziały szpitala:
      a) anestezjologii i intensywnej terapii,
      b) chorób wewnętrznych,
      c) rehabilitacji kardiologicznej,
      d) rehabilitacyjny z pododdziałem rehabilitacji neurologicznej,
      e) chirurgii ogólnej i onkologicznej z pododdziałem chirurgii ręki,
      f) okulistyczny,
      g) otolaryngologiczny,
      h) psychiatryczny,
      i) detoksykacji,
      j) pediatryczny z pododdziałem endokrynologicznym,
      k) chirurgii dziecięcej,
      l) położniczo – ginekologiczny z pododdziałem neonatologicznym,
      m) chorób zakaźnych z pododdziałem hepatologicznym,
      n) chirurgii urazowo – ortopedycznej,
      o) chorób płuc,
   2) blok operacyjny;

3) centralna sterylizatornia;

4) apteka szpitalna;

5) izba przyjęć;

3. Komórki organizacyjne jednostki organizacyjnej Medyczne Laboratorium Diagnostyczne:
   1) pracownia diagnostyki laboratoryjnej,
   2) punkt pobrań materiałów do badań,
   3) pracownia immunologii transfuzjologicznej z bankiem krwi,
   4) pracownia diagnostyki mikrobiologicznej.
4. Komórki organizacyjne jednostki organizacyjnej Zakład Opiekuńczo - Leczniczy:
   1) zakład opiekuńczo – leczniczy.
5. Komórki organizacyjne jednostki organizacyjnej Przychodnia Szpitala Miejskiego:
   1) ośrodek rehabilitacji dziennej;
   2) oddział dzienny zaburzeń nerwicowych;
   3) oddział dzienny psychiatryczny;
   4) zespół leczenia środowiskowego;
   5) zakład diagnostyki obrazowej:
      a) pracownia USG,
      b) pracownia rentgenodiagnostyki ogólnej,
      c) pracownia tomografii komputerowej;
      d) pracownia mammograficzna;
      e) pracownia densytometryczna;
      f) pracownia EEG;
   6) pracownia diagnostyki kardiologicznej;
   7) pracownia echokardiografii;
   8) pracownia endoskopii;
   9) *–skreślony-*
   10) *–skreślony-*
   11) *–skreślony-*
   12) *–skreślony-*
   13) *–skreślony-*
   14) zakład rehabilitacji, w tym:
      a) pracownia fizykoterapii,
      b) pracownia kinezyterapii,
      c) pracownia hydroterapii,
      d) pracownia masażu leczniczego;
   15) poradnie specjalistyczne:
      a) kardiologiczna,

b) dermatologiczna,

c) neurologiczna,

d) pulmonologiczna,

e) położniczo - ginekologiczna,

f) chirurgii ogólnej,

g) chirurgii onkologicznej,

h) chirurgii urazowo- ortopedycznej,

i) okulistyczna,

j) otolaryngologiczna,

k) logopedyczna,

l) zdrowia psychicznego,

m) psychologiczna,

n) leczenia nerwic,

o) medycyny pracy,

p) medycyny sportowej,

q) chorób zakaźnych,

r) neonatologiczna,

s) *–skreślony-*

t) preluksacyjna,

16) inne komórki organizacyjne działalności medycznej, w tym:

a) gabinety diagnostyczno- zabiegowe,

b) gabinet promocji zdrowia,

17) nocna i świąteczna opieka zdrowotna.

6. Komórki organizacyjne pozostające w strukturze ogólnej Szpital Miejski św. Jana Pawła II w Elblągu:

1) dyrekcja z podległymi pionami administracyjnymi,

2) inne komórki organizacyjne działające pomocniczo na rzecz statutowej działalności Szpitala,

3) –skreślony-

§ 9’

1. W szpitalu funkcjonuje Centrum Zdrowia Psychicznego (CZP), którego strukturę tworzą:

1) oddział psychiatryczny,
2) oddział dzienny psychiatryczny,
3) poradnia zdrowia psychicznego,
4) zespół leczenia środowiskowego.

2. W skład CZP mogą wchodzić również podwykonawcy, którzy zadeklarują chęć przystąpienia do świadczenia usług medycznych w ramach CZP przy Szpitalu Miejskim św. Jana Pawła II w Elblągu.

§ 10

1. Dyrektora w zarządzaniu Szpitalem, w ramach swoich zadań wspierają Zespoły i Komitety.
2. Skład Zespołu, Komitetu powoływany jest Zarządzeniem Dyrektora.
3. Zadania i organizację Zespołów i Komitetów zawarto w Załączniku Nr 2 do Regulaminu Organizacyjnego.

Rozdział IV

Rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych

§ 11

Podstawowe kierunki działania Szpitala obejmują udzielanie świadczeń zdrowotnych służących zachowaniu, ratowaniu, profilaktyce, przywracaniu i poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne:

1) udzielanie świadczeń zdrowotnych, a w szczególności:
   a) badania i porady lekarskie,
   b) leczenie,
   c) badania i terapia psychiatryczna i psychologiczna,
   d) rehabilitacja lecznicza,
   e) badania diagnostyczne w tym analityka medyczna,
   f) pielęgnacja chorych,
   g) orzekanie i opiniowanie o stanie zdrowia,
   h) zaopatrywanie w środki i materiały medyczne,
   i) wykonywanie szczepień ochronnych.
2) organizowanie i prowadzenie działalności w zakresie kształcenia, szkolenia i doskonalenia zawodowego.

§ 12

Zakres i rodzaje udzielanych świadczeń zdrowotnych podawane są do wiadomości publicznej, na zasadach określonych przepisami.

Rozdział V

Miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych

§ 13

1. Siedzibą Szpitala jest miasto Elbląg.
2. Obszarem działania Szpitala jest terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Rozdział VI

Przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości tych świadczeń w jednostkach organizacyjnych

§ 14

1. Świadczenia zdrowotne ambulatoryjne i stacjonarne, udzielane są pacjentom ubezpieczonym bezpłatnie na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, z zastrzeżeniem wyjątków, o których mowa w ust. 2 i 3.
2. Świadczenia ambulatoryjne z zakresu specjalistycznej opieki zdrowotnej:
   1) ginekologa i położnika,
   2) psychiatry,
   3) leczenia odwykowego dla osób uzależnionych od alkoholu, środków odurzających i substancji psychotropowych,
   4) osób chorych na gruźlicę,

   udzielane są pacjentom ubezpieczonym, bez skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.
3. Bez skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego udzielane są świadczenia zdrowotne w razie wydania decyzji o przymusowej hospitalizacji.
4. Świadczenia zdrowotne udzielane ubezpieczonemu bez skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, jeżeli to skierowanie jest wymagane opłaca ubezpieczony.
5. Osoby nie objęte ubezpieczeniem zdrowotnym z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ponoszą pełną odpłatność za udzielone im przez Szpital świadczenia zdrowotne.
6. Odpłatne świadczenia zdrowotne z rodzaju ambulatoryjnej opieki specjalistycznej mogą być realizowane poza godzinami pracy poradni specjalistycznych, które zostały wykazane w harmonogramie pracy poradni, zgodnie z umową z Narodowym Funduszem Zdrowia.

§ 15

O obowiązujących zasadach związanych z odpłatnością na udzielanie świadczeń zdrowotnych, pacjenci są informowani w jednostkach organizacyjnych udzielających świadczeń.

§ 16

1. Świadczenia zdrowotne udzielane w oddziałach Szpitala wykonywane są przez całą dobę.
2. Świadczenia zdrowotne w innych jednostkach udzielających świadczeń zdrowotnych wykonywane są w wyznaczonych godzinach pracy lub całodobowo, zgodnie z umowami zawartymi z NFZ lub innymi instytucjami na rzecz, których świadczone są usługi zdrowotne.

§ 17

1. W szpitalu udzielane są świadczenia zdrowotne odpowiadające wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej.

2. Świadczenia zdrowotne udzielane są przez osoby zatrudnione na umowie o pracę lub osoby fizyczne wykonujące zawód medyczny lub indywidualną praktykę lekarską, indywidualną praktykę pielęgniarską, położnych na zasadach określonych w odrębnych przepisach.

§ 18

Na każdym etapie udzielanych świadczeń zdrowotnych, zgodnie z ustawą o zawodzie lekarza, lekarz informuje pacjenta o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu.

§ 19

Szpital zapewnia hospitalizowanemu :

1) świadczenia zdrowotne,
2) środki farmaceutyczne i materiały medyczne niezbędne w procesie leczenia,
3) pomieszczenie i wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia,
4) umożliwia pacjentowi realizację prawa do opieki duszpasterskiej.

§ 20

1. Szpital umożliwia pacjentowi zapoznanie się z przysługującymi mu prawami.

   Prawa pacjenta określa ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 1318 z późn. zm.).

2. Personel Szpitala sprawujący opiekę nad pacjentem jest zobowiązany do udzielania informacji w tym zakresie.

§ 21

1. Pacjenci zobowiązani są do stosowania się do wszelkich zaleceń i wskazówek lekarzy oraz pielęgniarek danego oddziału Szpitala.
2. Pacjenci mają obowiązek przebywania w salach chorych podczas obchodów lekarskich.
3. Pacjenci są zobowiązani do przestrzegania ciszy i zachowywania się w sposób nie zakłócający spokoju innym.
4. Pacjenci nie mogą wychodzić poza oddział bez wiedzy i zgody personelu medycznego.
5. Pacjenci są zobowiązani do szanowania mienia będącego własnością szpitala.

§ 22

PROCEDURY POSTĘPOWANIA ZWIĄZANE Z HOSPITALIZACJĄ

1. Hospitalizacja pacjenta może nastąpić w trybie planowym i nagłym.
2. Przyjęcie planowane następuje na postawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub lekarza specjalisty we właściwej Izbie Przyjęć.
3. W oddziałach Szpitala prowadzi się listę osób oczekujących na udzielenie planowego i pilnego świadczenia zdrowotnego.
4. W czasie przyjęcia do szpitala pacjentowi umożliwia się zapoznanie z prawami pacjenta i Regulaminem dla Pacjentów Szpitala Miejskiego św. Jana Pawła II w Elblągu, stanowiącym załącznik Nr 5 do regulaminu.
5. Pacjent jest badany przez lekarza określonego oddziału, bądź wskazanego przez niego konsultanta.

6. Pacjent jest przekazywany do właściwego oddziału przez pracownika Izby Przyjęć.
7. W przypadkach nagłych lekarz badający pacjenta w Izbie Przyjęć, po ustaleniu rodzaju schorzenia kwalifikuje chorego do dalszego leczenia i kieruje na właściwy oddział.
8. Jeżeli lekarz stwierdzi potrzebę niezwłocznego umieszczenia pacjenta w szpitalu, a brak miejsca, zakres świadczeń udzielanych przez Szpital lub względy epidemiologiczne nie pozawalają na przyjęcie, Szpital po udzieleniu niezbędnej pomocy zapewnia w razie potrzeby przewiezienie pacjenta do innego szpitala, po uprzednim porozumieniu się z tym szpitalem.
9. Po zaopatrzeniu medycznym, pacjenta przewozi się transportem sanitarnym do wskazanego przez lekarza kierującego oddziału szpitala.
10. W szpitalu sporządza się dokumentację medyczną, zgodnie z obowiązującymi przepisami.
11. Wypisanie pacjenta hospitalizowanego ze szpitala następuje:
    1) gdy stan zdrowia nie wymaga dalszego leczenia w Szpitalu,
    2) na żądanie osoby przebywającej w szpitalu lub jej przedstawiciela ustawowego,
    3) gdy wymaga przekazania do innego zakładu opieki zdrowotnej.
12. Osoba występująca o wypisanie ze szpital na własne żądanie jest informowana przez lekarza o możliwych następstwach zaprzestania leczenia w Szpitalu. Osoba ta składa pisemne oświadczenie o wypisaniu ze Szpital na własne żądanie. W przypadku odmowy złożenia takiego oświadczenia lekarz sporządza adnotację w dokumentacji medycznej.
13. Pacjent po zakończeniu hospitalizacji może być odwieziony do domu na koszt Szpitala, gdy taką decyzję podejmie lekarz prowadzący/ordynator/koordynator oddziału.
14. Pacjent skierowany do Szpitala, nie wymagający hospitalizacji, w przypadku, gdy lekarz oceni, że jego stan zdrowia nie pozwala na samodzielne opuszczenie Izby Przyjęć może być odwieziony na koszt Szpitala, gdy taką decyzję podejmie lekarz.
15. W przypadku masowego napływu poszkodowanych do Szpitala obowiązuje tryb przyjęć z pominięciem obowiązujących zasad, oparty o zasadę segregacji ofiar katastrofy, w zależności od oceny stanu zdrowia.
16. W procedurze postępowania z pacjentami, których tożsamości nie można ustalić z powodu braku dokumentów, braku osób bliskich, utrudnionego kontaktu z powodu zaburzeń psychicznych lub stanu utraty przytomności obowiązuje zasada zgłaszania na Policję i odnotowania w dokumentacji medycznej.
17. Pracownicy Izby Przyjęć mają obowiązek zabezpieczenia i spisania przedmiotów należących do pacjenta o nieustalonej tożsamości i zabezpieczają je w sposób określony w przepisach prawa i instrukcjach wewnętrznych.
18. Pracownicy Izby Przyjęć podejmują próbę identyfikacji pacjenta, na podstawie znalezionych przy pacjencie adresów, telefonów.
19. W przypadku stwierdzenia przez lekarza w Izbie Przyjęć braku wskazań do leczenia szpitalnego, pacjentowi udzielane jest świadczenie zdrowotne w warunkach ambulatoryjnych i wydawana Karta Informacyjna Pacjenta Izby Przyjęć.
20. W celu zapewnienia profesjonalnej opieki pacjentom na wszystkich etapach procesu leczenia, pielęgnacji, rehabilitacji przestrzega się Prawa Pacjenta i normy etyki zawodowej.

21. Postępowanie obejmuje:
    1) przyjęcie pacjenta w trybie planowym, ze skierowaniem lub w trybie pilnym, zgodnie z obowiązującymi instrukcjami:
        a) Przyjęcie pacjenta do szpitala,
        b) Zabezpieczenie własności pacjenta w depozycie szpitalnym,
        c) Zasady postępowania w przypadku masowego napływu rannych lub chorych do szpitala,
        d) Postępowanie z pacjentem urazowym w Izbie Przyjęć,
        e) Postępowanie w przypadku zgłoszenia do szpitala osoby pobitej,
        f) Postępowanie w przypadku zgłoszenia do szpitala osoby będącej ofiarą gwałtu,
        g) Postępowanie w przypadku zgłoszenia do szpitala osoby dotkniętej przemocą w rodzinie,
        h) Postępowanie z pacjentem przyjętym z innej placówki medycznej,
        i) Wzywanie zespołu zabezpieczającego,
    2) odmowę przyjęcia, zgodnie z obowiązującymi zasadami:
        a) Kryteria odmowy przyjęcia do szpitala,
        b) Konsultacje i zasady przenoszenia pacjenta między oddziałami szpitalnymi,
    3) w sytuacji zagrożenia życia wezwanie zespołu reanimacyjnego,
        a) Zasady postępowania w stanach zagrożenia życia na terenie szpitala i wzywania zespołu reanimacyjnego.
22. Hospitalizacja obejmuje:
    1) opiekę lekarską,
    2) opiekę pielęgniarską,
    3) zapobieganie zakażeniom szpitalnym,
    4) wykonywania badań laboratoryjnych,
    5) wykonywania badań w pracowni diagnostyki obrazowej,
    6) realizowanie usług w zakładzie rehabilitacji.
23. Proces hospitalizacji może obejmować leczenie operacyjne, zgodnie z obowiązującymi wytycznymi:
    1) Przygotowanie pacjenta do znieczulenia i zabiegu operacyjnego przez lekarza,
    2) Ocena ryzyka związanego z zabiegiem i znieczuleniem,
    3) Profilaktyka żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej,
    4) Transport i przekazanie pacjenta na blok operacyjny,
    5) Zasady postępowania na Bloku Operacyjnym,
    6) Znieczulenie:
        a) ogólne dotchawicze,
        b) przewodowe: podpajęczynówkowe, zewnątrzoponowe, wewnątrzoponowe ciągłe,

c) ogólne dożylne,

d) blokada splotu ramiennego.

24. Przed zabiegiem i znieczuleniem stosuje się kontrolną kartę czynności. Wpisy w okołooperacyjnej karcie kontrolnej są dokonywane przez koordynatora karty, którym jest lekarz anestezjolog, a w przypadku kiedy w znieczuleniu nie uczestniczy lekarz anestezjolog koordynatorem karty jest lekarz operator.

Koordynator karty dokonuje wpisów w okołooperacyjnej karcie kontrolnej na podstawie informacji udzielanych przez członków zespołu operacyjnego, zgodnie z zakresem ich zadań podczas operacji.

25. W ramach procesu pielęgnowania pielęgniarki współuczestniczą lub samodzielnie wykonują, zgodnie z obowiązującymi instrukcjami:

1) Ocena geriatryczna,
2) Monitorowanie i leczenie bólu,
3) Profilaktyka i leczenie odleżyn,
4) Leczenie żywieniowe,
5) Żywienie chorych w oddziałach szpitala,
6) Zasady podawania leków pacjentom.

§ 23

Zasady sprawowania opieki nad pacjentem

przez krewnych lub osoby wskazane przez pacjenta

3. Zasady ogólne:

1) W trakcie pobytu na oddziale szpitalnym Pacjent ma prawo do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej świadczonej przez osoby wskazane.
2) Sprawowanie opieki wykonuje się w godzinach 8–20, w uzasadnionych przypadkach np. potrzeba dodatkowej opieki lub tzw. czuwania pobyt opiekuna po uzgodnieniu z lekarzem.
3) Włączenie ww. osób w opiekę powinno być możliwie najszersze, lecz nie obciążające innych pacjentów. Opieka świadczona jest dobrowolnie, nie ma charakteru przymusu.
4) Dyrektor Szpitala lub upoważniony przez niego lekarz może ograniczyć korzystanie z prawa pacjenta do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej w przypadku wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów.
5) Osoby sprawujące opiekę lub pacjent proszone są o poinformowanie lekarza/pielęgniarki o planowanym zakresie opieki, czasie i miejscu jej wykonywania.
6) Osoba wskazana przez pacjenta ustala zakres czynności opiekuńczych z lekarzem, pielęgniarką w danym oddziale.
7) Na oddziałach, na których przebywają dzieci, opiekę nad nimi mogą sprawować przedstawiciele ustawowi (lub inne osoby, upoważnione na podstawie przepisów prawa), a także osoby wskazane personelowi Szpitala bezpośrednio przez ww. opiekunów prawnych. Możliwy jest pobyt całodobowy rodzica z dzieckiem - opłata za łóżko wg cennika szpitala.
8) Opiekunowie mogą wykupić w czasie pobytu w szpitalu wyżywienie - opłata za wyżywienie według cennika szpitala.

9) Wyżej wymienione zasady nie odnoszą się do oddziałów pooperacyjnych i Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Wizyty uzgadniane są z personelem indywidualnie.

4. Przez opiekę pielęgnacyjną nad pacjentem w oddziałach szpitalnych rozumie się w szczególności:
   1) Zaspokajanie potrzeb emocjonalnych i duchowych; czytanie na głos książek/gazet, dotrzymywanie towarzystwa, rozmowa, dbanie o bezpieczeństwo podopiecznego.
   2) Zapewnienie troski, bliskości i poczucia bezpieczeństwa.
   3) Pomoc w zaspokajaniu potrzeb fizjologicznych.
   4) Pomoc w utrzymaniu higieny osobistej.
   5) Zmiana bielizny osobistej i pościelowej, słanie łóżka.
   6) Pomoc w przyjmowaniu posiłków i napojów zgodnie z dietą (wyjątek: pacjenci nieprzytomni i mający problemy z połykaniem).
   7) Pomoc w chodzeniu, staniu, wstawaniu z łóżka, siadaniu, zmianie pozycji (odwracania na boki, oklepywanie), wożenie na wózku inwalidzkim.
   8) Uczestniczenie w procesie rehabilitacji w porozumieniu z rehabilitantem.
3. Zakończeniem procesu hospitalizacji jest wypis pacjenta z oddziału, zgodnie z obowiązującymi instrukcjami:
   1) Rodzaje i zawartość dokumentacji medycznej oraz zasady postępowania z dokumentacją medyczną.
   2) Postępowanie w przypadku zgonu pacjenta w szpitalu.
4. Wymagania, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia określone są odrębnymi przepisami oraz instrukcjami.

Rozdział VII

Organizacja i zadania poszczególnych jednostek organizacyjnych oraz warunki współdziałania tych komórek dla zapewnienia sprawnego i efektywnego funkcjonowania szpitala pod względem diagnostyczno- leczniczym, pielęgnacyjnym, rehabilitacyjnym i administracyjno – gospodarczym.

§ 24

Szpital posiada siedem pionów organizacyjnych:

1) Pion dyrektora,
2) Pion zastępcy dyrektora ds. lecznictwa zamkniętego,
3) Pion zastępcy dyrektora ds. lecznictwa ambulatoryjnego,
4) Pion zastępcy dyrektora ds. pielęgniarstwa
5) Pion głównego księgowego,
6) Pion kierownika ds. technicznych,
7) Pion kierownika ds. personalnych.

§ 25

PION DYREKTORA

W pionie Dyrektora funkcjonują:

1) Zastępca dyrektora ds. lecznictwa ambulatoryjnego,
2) Zastępca dyrektora ds. lecznictwa zamkniętego,
3) Zastępca dyrektora ds. pielęgniarstwa,
4) Główny księgowy,
5) Kierownik ds. personalnych
6) Kierownik ds. technicznych,
7) Kierownik działu zamówień publicznych,
8) Kierownik działu organizacyjnego,
9) Kierownik działu marketingu, promocji i programów pomocowych,
10) Kierownik działu żywienia,
11) Pełnomocnik ds. zarządzania jakością,
12) Pełnomocnik ds. informacji niejawnych,
13) Inspektor ochrony danych,
14) Kierownik działu informatyki,
15) *–skreślony-,*
16) Główny specjalista ds. bhp,
17) Inspektor p. poż,
18) Inspektor ds. obrony cywilnej,
19) Dział epidemiologii,
20) Duszpasterstwo,
21) Radca prawny,
22) Apteka ogólnodostępna.

§ 26

PION ZASTEPCY DYREKTORA DS. LECZNICTWA ZAMKNIĘTEGO

W pionie zastępcy dyrektora ds. lecznictwa zamkniętego funkcjonują:

1) Izba przyjęć,
2) Oddziały szpitalne,
3) Zakład opiekuńczo – leczniczy,
4) Blok operacyjny,
5) Apteka szpitalna,
6) Centrum zdrowia psychicznego,
7) Oddziały dzienne,
8) Medyczne Laboratorium Diagnostyczne,
9) Zakład Diagnostyki Obrazowej,

10) Zakład Rehabilitacji.

§ 27

PION ZASTEPCY DYREKTORA DS. LECZNICTWA AMBULATORYJNEGO

W pionie zastępcy Dyrektora ds. lecznictwa ambulatoryjnego funkcjonują:

1) Poradnie specjalistyczne,
2) Pracownie diagnostyczne,
3) Nocna i Świąteczna Opieka Zdrowotna.

§ 28

PION ZASTĘPCY DYREKTORA DS. PIELĘGNIARSTWA

W pionie zastępcy dyrektora ds. pielęgniarstwa funkcjonują:

1) Koordynator ds. pielęgniarstwa,
2) Pielęgniarka społeczna,
3) Dział higieny szpitalnej,
4) *–skreślony-*
5) Izba przyjęć,
6) Oddziały szpitalne,
7) Zakład opiekuńczo – leczniczy,
8) Blok operacyjny,
9) Centralna sterylizatornia,
10) Poradnie specjalistyczne,
11) Pracownie diagnostyczne,
12) Gabinet promocji zdrowia,
13) Centrum Zdrowia .

§ 29

PION GŁÓWNEGO KSIĘGOWEGO

W pionie głównego księgowego funkcjonują:

1) Dział finansowo – księgowy,
2) Dział ekonomiczny,
3) Dział ewidencji i rozliczeń usług medycznych.

§ 30

PION KIEROWNIKA DS. TECHNICZNYCH

W pionie kierownika działu ds. technicznych funkcjonują:

1) Z-ca kierownika, główny energetyk,
2) Dział technicznego utrzymania nieruchomości,
3) Sekcja transportu i zaopatrzenia,
4) Sekcja ochrony środowiska,
5) Sekcja ewidencji i nadzoru nad sprzętem medycznym,

6) Sekcja ewidencji majątkowej,

7) Sekcja gospodarcza.

§ 31

PION KIEROWNIKA DS. PERSONALNYCH

W pionie kierownika działu personalnego są :

1) Dział kadr,

2) Sekcja ds. szkoleń,

3) Sekcja ds. socjalnych.

§ 32

1. Organizacje pracy i zadania pionów organizacyjnych kierowanych przez osoby wymienione w § 25 zawarto w Załączniku Nr 3 do Regulaminu Organizacyjnego.
2. Zadania osób funkcyjnych zawarto w Załączniku Nr 4 do Regulaminu Organizacyjnego.
3. Zakresy pracy i obowiązków pracowników Szpitala, określane są „Zakresami zadań, odpowiedzialności i uprawnień" i przechowywane w aktach osobowych.

Rozdział VIII

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

§ 33

1. Szpital współdziała z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą na warunkach określonych w zawartych z nimi umowami.
2. Współdziałanie z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia pacjentów i ciągłości postępowania odbywa się na podstawie zawieranych umów.

§ 34

1. Szpital zleca konsultacje lekarzom spoza szpitala w zakresie specjalności nie występujących.
2. Szpital zleca wykonanie badań diagnostycznych, których wykonać nie może z uwagi na brak specjalistycznego sprzętu lub awarie.

§ 35

1. O udzieleniu konsultacji przez pracowników Szpitala innym jednostkom oraz zasady i tryb udzielenia konsultacji przez lekarzy Szpitala regulują odrębne umowy.

§ 36

1. Transport pacjentów przenoszonych do innych szpitali organizuje i opłaca szpital wysyłający.
2. Szpital udostępnia dokumentacje medyczną jednostce, której pacjent został przekazany.
3. Pacjenci wypisani ze Szpitala otrzymują 2 egzemplarze karty informacyjnej z hospitalizacji.

4. Szpital w czasie przekazania do innej jednostki pacjenta zapewnia stałą opiekę wykwalifikowanego personelu lub zleca wykonanie tej usługi innym uprawnionym jednostkom.
5. Przekazanie pacjenta potwierdza jednostka przyjmująca.

Rozdział IX

Zasady udostępniania dokumentacji medycznej oraz wysokość opłaty za udostępnianie 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

§ 37

1. Zgodnie z treścią z art. 26 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Szpital Miejski św. Jana Pawła II w Elblągu udostępnia dokumentację medyczną:
   1) Pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta.
   2) Po śmierci pacjenta, prawo wglądu w dokumentację medyczną ma osoba upoważniona przez pacjenta za życia lub osobie, która w chwili zgonu pacjenta była jego przedstawicielem ustawowym.
   3) Podmiotom udzielającym świadczeń zdrowotnych, jeżeli dokumentacja ta jest niezbędna do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych.
   4) Organom władzy publicznej, w tym Rzecznikowi Praw Pacjenta, Narodowemu Funduszowi Zdrowia, organom samorządu zawodów medycznych oraz konsultantom krajowym i wojewódzkim, w zakresie niezbędnym do wykonywania przez te podmioty ich zadań, w szczególności kontroli i nadzoru.
   5) Podmiotom, o których mowa w art. 119 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia kontroli na zlecenie ministra właściwego do spraw zdrowia,
   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) Ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, sądom, w tym sądom dyscyplinarnym, prokuratorom, lekarzom sądowym i rzecznikom odpowiedzialności zawodowej, w związku z prowadzonym postępowaniem.
   8) Uprawnionym na mocy odrębnych ustaw organom i instytucjom, jeżeli badanie zostało przeprowadzone na ich wniosek.
   9) Organom rentowym oraz zespołom do spraw orzekania o niepełnosprawności, w związku z prowadzonym przez nie postępowaniem.
   10) Podmiotom prowadzącym rejestry usług medycznych, w zakresie niezbędnym do prowadzenia rejestrów.
   11) Zakładom ubezpieczeń, za zgodą pacjenta.

12) Komisjom lekarskim podległym ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych, wojskowym komisjom lekarskim oraz komisjom lekarskim Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego lub Agencji Wywiadu, podległym Szefom właściwych Agencji.

13) osobom wykonującym zawód medyczny, w związku z prowadzeniem procedury oceniającej podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o akredytacji w ochronie zdrowia, w zakresie niezbędnym do jej przeprowadzenia.

14) Wojewódzkiej komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, o której mowa w art. 67e ust. 1, w zakresie prowadzonego postępowania.

15) Spadkobiercom w zakresie prowadzonego postępowania przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, o której mowa w art. 67e ust. 1.

16) Osobom wykonującym czynności kontrolne na podstawie art. 39 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, w zakresie niezbędnym do ich przeprowadzenia.

17) członkom zespołów kontroli zakażeń szpitalnych, o których mowa w art. 14 ustawy
z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U.2018.151 t.j.), w zakresie niezbędnym do wykonywania ich zadań

18) 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 (Dz. U. z 2016 r. poz. 371, 1079, 1311 i 2260 oraz z 2017 r. poz. 202), 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. Osoby, o których mowa, są obowiązane do zachowania w tajemnicy informacji zawartych w dokumentacji medycznej, także po śmierci pacjenta.

19) Dokumentacja medyczna może być udostępniona także szkole wyższej lub instytutowi badawczemu do wykorzystania w celach naukowych, bez ujawniania nazwiska i innych danych umożliwiających identyfikację osoby, której dokumentacja dotyczy.

1. Elektroniczna dokumentacja medyczna, o której mowa w art. 2 pkt 6 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, jest udostępniana na zasadach określonych w przepisach tej ustawy.

2. Dokumentację medyczną należy udostępniać w trybie zapewniającym zachowanie poufności i ochrony danych osobowych, zgodnie z art. 27 upp t.j.:

   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 lub 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.

3. Dokumentacja medyczna prowadzona w postaci papierowej może być udostępniona przez sporządzenie kopii w formie odwzorowania cyfrowego (skanu) i przekazanie w sposób określony w ust. 3 pkt 4 i 5, na żądanie pacjenta lub innych uprawnionych organów lub podmiotów.
4. W przypadku wydania oryginałów dokumentacji w Szpitalu należy pozostawić kopię lub pełny odpis wydanej dokumentacji.
5. Dokumentacja medyczna udostępniania jest na podstawie złożonego wniosku do Dyrektora Szpitala Miejskiego św. Jana Pawła II w Elblągu.
6. Wnioski dostępne są w Izbie Przyjęć oraz Rejestracji do Poradni Specjalistycznych Szpitala Miejskiego św. Jana Pawła II w Elblągu, ul. J.A. Komeńskiego 35, w Izbie Przyjęć oraz Sekretariacie Szpitala przy ul. Żeromskiego 22, a także na stronie internetowej szpitala.
7. Wydawanie dokumentacji z leczenia szpitalnego w oddziałach zlokalizowanych przy ul. Komeńskiego 35 odbywa się w Izbie Przyjęć w tejże lokalizacji, po 7 dniach od daty złożenia wniosku w dni robocze, w godz.**11.00 -14.00.**
8. Wydawanie dokumentacji z leczenia szpitalnego w oddziałach zlokalizowanych przy ul. Żeromskiego 22 odbywa się w Sekretariacie Szpitala w tejże lokalizacji, po 7 dniach od daty złożenia wniosku w dni robocze, w godz.**11.00 -14.00.**
9. Wydawanie dokumentacji z leczenia ambulatoryjnego w poradniach zlokalizowanych przy ul. Komeńskiego 35 odbywa się w Rejestracji do Poradni Specjalistycznych, po 7 dniach od daty złożenia wniosku w dni robocze, w godz. **11.00 -14.00**.
10. Wydawanie dokumentacji z leczenia ambulatoryjnego w poradniach zlokalizowanych przy ul. Żeromskiego 22 odbywa się w Sekretariacie Szpitala w tejże lokalizacji, po 7 dniach od daty złożenia wniosku w dni robocze, w godz. **11.00 -14.00**.
11. Osoba składająca wniosek i odbierająca dokumentację musi przedstawić dokument potwierdzający tożsamość.
12. W przypadku udostępnienia dokumentacji medycznej podmiotom uprawnionym, pobierana jest opłata za udostępnienie zgodna z cennikiem szpitala.
13. Należność za przygotowaną dokumentację dla pacjenta (osoby fizycznej) ustala osoba uprawniona do jej wydania, wystawiając dyspozycję wpłaty do kasy fiskalnej lub na konto Szpitala.
14. W sytuacji osobistego odbioru dokumentów przez upoważnionego przedstawiciela podmiotu, opłaty można dokonać w kasie Szpitala przy ul. Komeńskiego 35 lub w Izbie Przyjęć przy ul. Żeromskiego 22.
15. Cena za wydanie zaświadczeń jest naliczana zgodnie z cennikiem obowiązującym w Szpitalu Miejskim św. Jana Pawła II w Elblągu.
16. Obowiązują wzory druków:

1) „wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej”,

2) „upoważnienie do udostępnienia dokumentacji medycznej” – druk stosowany w celu upoważnienia osoby nieuprawnionej do udostępnienia dokumentacji medycznej.

Rozdział X

Organizacja procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat

§ 38

Pacjenci, którzy nie posiadają aktualnego ubezpieczenia zdrowotnego mogą być leczeni w Szpitalu na zasadach określonych w regulaminie.

§ 39

Procedura udzielenia zabiegowego świadczenia medycznego przedstawia się następująco:

1) Pacjent zgłasza się do ordynatora oddziału w celu ustalenia:
   a) kwalifikacji do zabiegu,
   b) wykluczenia ewentualnych przeciwwskazań,
   c) zakresu planowanego leczenia,
   d) terminu wykonania procedury (dogodny dla pacjenta),
   e) ustalenia zespołu operacyjnego (lekarza prowadzącego).
2) Pacjent otrzymuje od ordynatora pisemną informację o planowanej procedurze oraz o proponowanej cenie za leczenie.

   Wysokość ceny za udzielenie zabiegowego świadczenia medycznego ustala się na podstawie liczby punktów, określonych zarządzeniami prezesa NFZ w sprawie warunków zawierania i realizacji umów, pomnożonej przez wartość punktu, ustaloną przez dyrektora szpitala w regulaminie organizacyjnym.
3) Po wykonaniu czynności opisanych w pkt. 1) pacjent kierowany jest do anestezjologa w celu wstępnej kwalifikacji do znieczulenia oraz wykluczenia przeciwwskazań do zabiegu.
4) Pacjent zgłasza się do zastępcy dyrektora ds. lecznictwa lub do koordynatora ds. ubezpieczeń komercyjnych, w celu:
   a) zapoznania się z treścią umowy na odpłatne leczenie,
   b) ustalenia ceny hospitalizacji,
   c) sporządzenia i podpisania umowy,
5) Przed przyjęciem do szpitala pacjent wpłaca należność do kasy fiskalnej..

§ 40

1. W przypadku wykonania procedur niezabiegowych u pacjenta nieubezpieczonego w poszczególnych jednostkach organizacyjnych stosuje się cenę osobodnia.
2. Za poradę ambulatoryjną niezabiegową stosuje się opłatę zgodną z cennikiem a w przypadku porad zabiegowych stosuje się cenę wynikająca z liczby punktów danej porady, określonych zarządzeniami prezesa NFZ w sprawie warunków zawierania i realizacji umów, pomnożonej przez wartość punktu, ustaloną przez dyrektora szpitala w regulaminie organizacyjnym.

3. Zapłata za wykonaną procedurę niezabiegową następuje w kasie fiskalnej, w ostatnim dniu hospitalizacji a w przypadku leczenia ambulatoryjnego przed wykonaniem świadczenia.

Rozdział XI

Wysokość opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny od osób lub instytucji uprawnionych do pochowania zwłok na podstawie ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2000 r. Nr 23, poz. 295 z późn. zm.)

oraz od podmiotów, na zlecenie których przechowuje się zwłoki w związku z toczącym się postępowaniem karnym

§ 41

1. Zasady postępowania w przypadku zgonu pacjenta w oddziale określone zastały w instrukcji „Postępowanie w przypadku zgonu pacjenta w oddziale".
2. Instrukcja obowiązuje we wszystkich oddziałach Szpitala.
3. Wysokość opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny od osób lub instytucji uprawnionych do pochowania zwłok wynosi 50 złotych za dobę.
4. Wysokość opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny ustalona jest w umowie zawartej z firmą przechowującą zwłoki.

Rozdział XII

Wysokość opłat za udzielane świadczenia zdrowotne

inne niż finansowane ze środków publicznych

§ 42

1. Wysokość opłat za udzielane świadczenia zdrowotne inne niż finansowane ze środków publicznych Dyrektor Szpitala ustala Zarządzeniem
2. Wysokość opłat aktualizowana jest w razie potrzeby.
4. W Szpitalu Miejskim św. Jana Pawła II w Elblągu za świadczenia zdrowotne inne niż finansowane ze środków publicznych obowiązują następujące cenniki:
   1) Cennik usług medycznych,
   2) Cennik usług niemedycznych.
5. Opracowane cenniki podawane są do publicznej wiadomości na stronie internetowej szpitala, lub/i w formie wydruków, do zapoznania się w komórkach organizacyjnych Szpitala.
6. Na świadczenia zdrowotne pozyskiwane w ramach konkursu ofert obowiązują indywidualne cenniki dla każdego podmiotu.

Rozdział XIII

Sposób kierowania jednostkami organizacyjnymi.

§ 43

1. Kierowanie jednostkami organizacyjnymi Szpitala może odbywać się w ramach umowy o pracę lub umowy cywilno - prawnej.
2. Kierowanie oddziałem może odbywać się w systemie ordynatorskim lub nieordynatorskim – zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

§ 44

1. Warunki umów o pracę określają przepisy kodeksu pracy.
2. Warunki umowy cywilno- prawnej określa się w tejże umowie. Umowa powinna uwzględniać aspekty związane z:
   1) zakresem zadań, odpowiedzialności i uprawnień,
   2) odpowiedzialnością w tytułu niewłaściwego świadczenia usług medycznych,
   3) obowiązkowi poddania się kontroli,
   4) odpowiedzialności materialnej z tytułu powierzonego mienia,
   5) odpowiedzialności z tytułu nadzoru nad podległym personelem.

Rozdział XIV

Postanowienia końcowe

§ 45

Zamiana Regulaminu Organizacyjnego wymaga zachowania procedury właściwej przy jego uchwalaniu.

DYREKTOR

…….

WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW DO REGULAMINU ORGANIZACYJNEGO:

Zał. 1a - Schemat organizacyjny Szpitala Miejskiego św. Jana Pawła II w Elblągu.

Zał. 1b - Schemat organizacyjny Szpitala Miejskiego św. Jana Pawła II w Elblągu.

Zał. 1c - Schemat organizacyjny Szpitala Miejskiego św. Jana Pawła II w Elblągu.

Zał. 2 - Zespoły i Komitety.

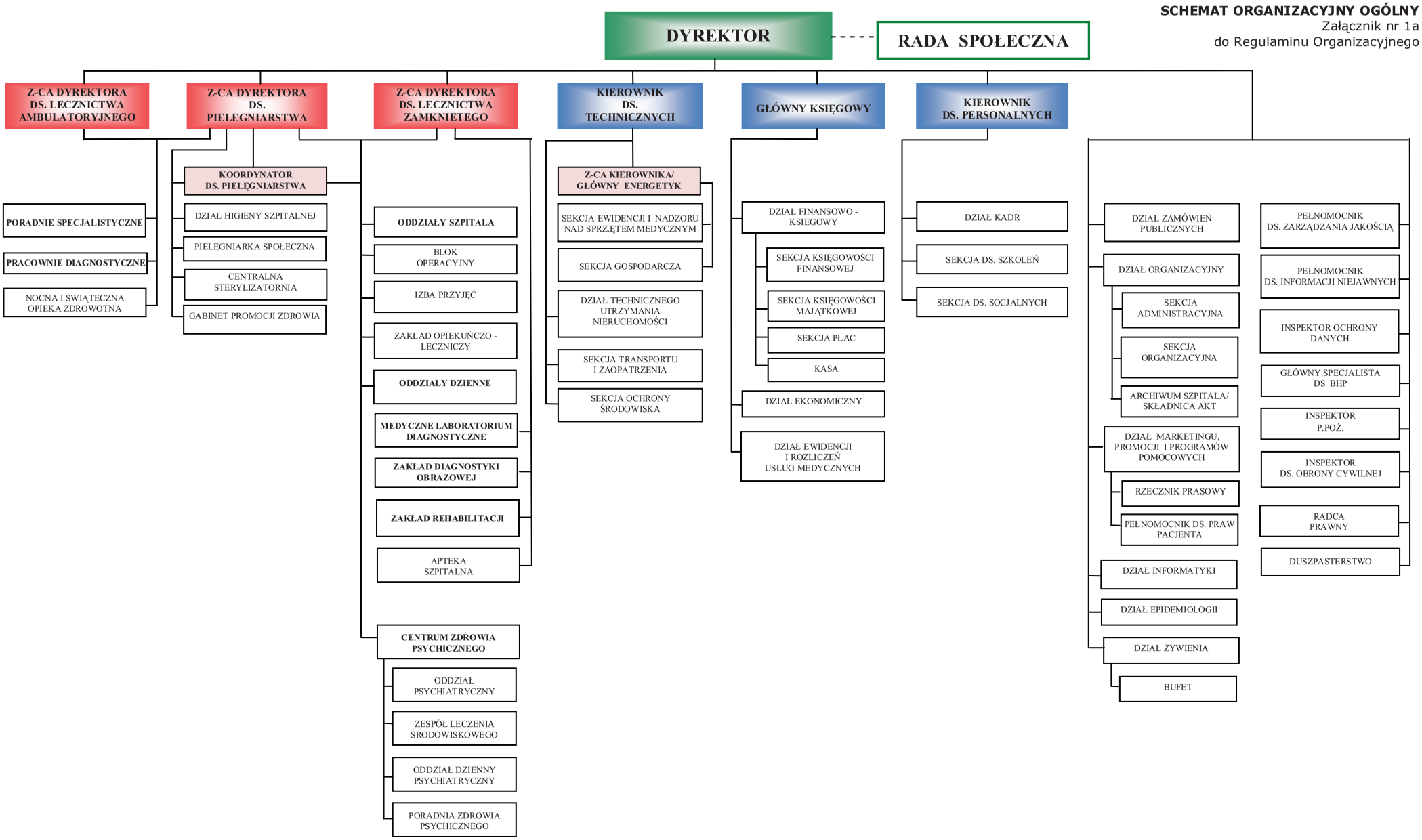
Zał. 3 - Zadania i organizacja jednostek, komórek organizacyjnych.

Zał. 4 - Zadania osób funkcyjnych.

Zał. 5 - Regulamin dla pacjentów.

Zał. 6 - Zasady udzielania świadczeń osobom szczególnie uprawnionym w Szpitalu Miejskim św. Jana Pawła II w Elblągu.

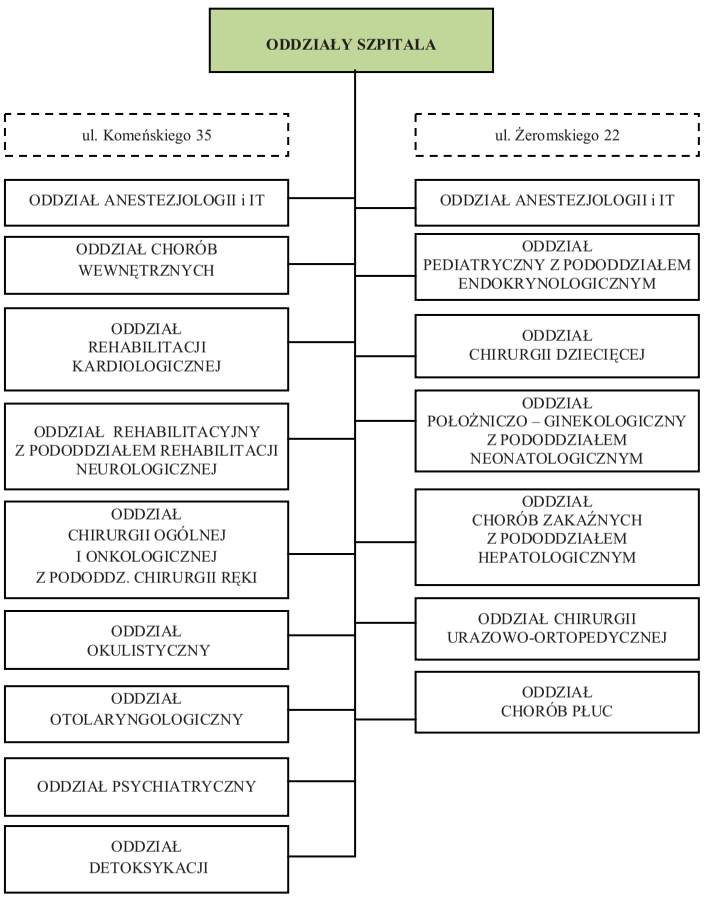
SCHEMAT ORGANIZACYJNY OGÓLNY
Załącznik nr 1a
do Regulaminu Organizacyjnego

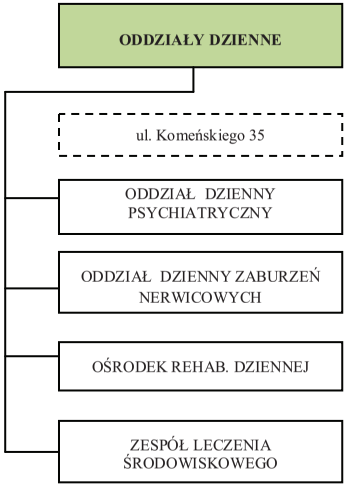


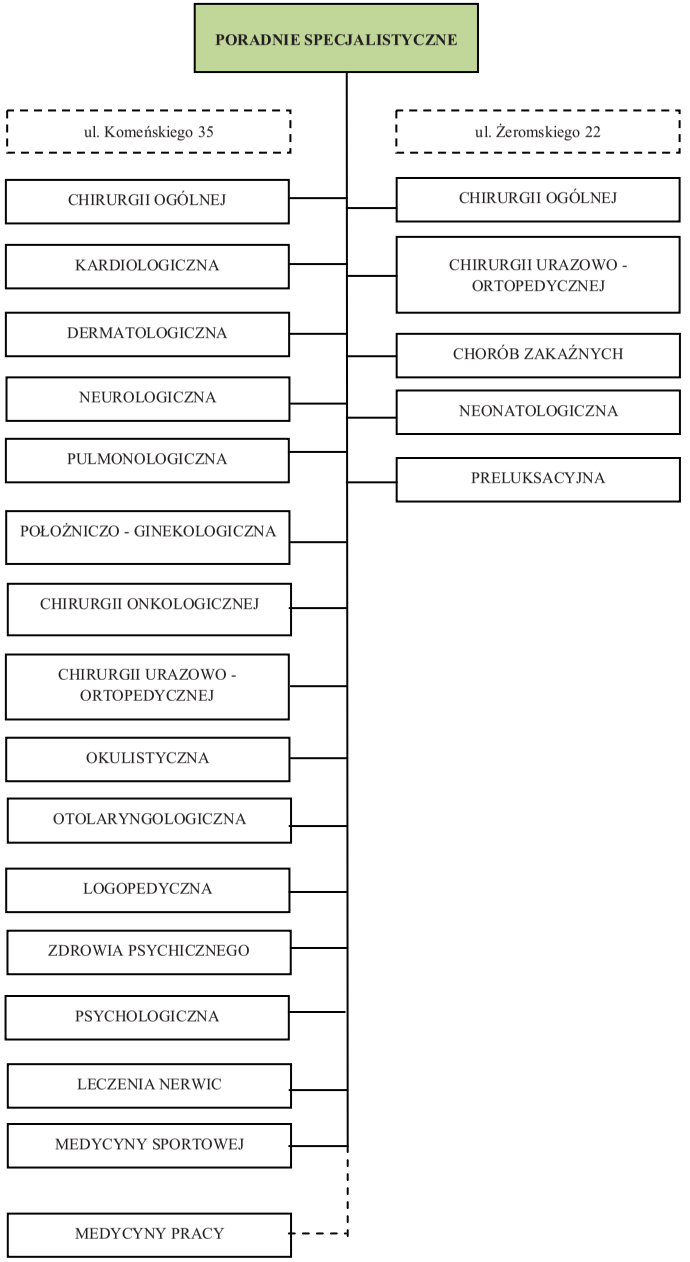
Zał. nr 1 do zarządzenia nr 15/2019 z dnia 26.02.2019

SCHEMAT ORGANIZACYJNY SZCZEGÓŁOWY

Załącznik nr 1b
do Regulaminu Organizacyjnego



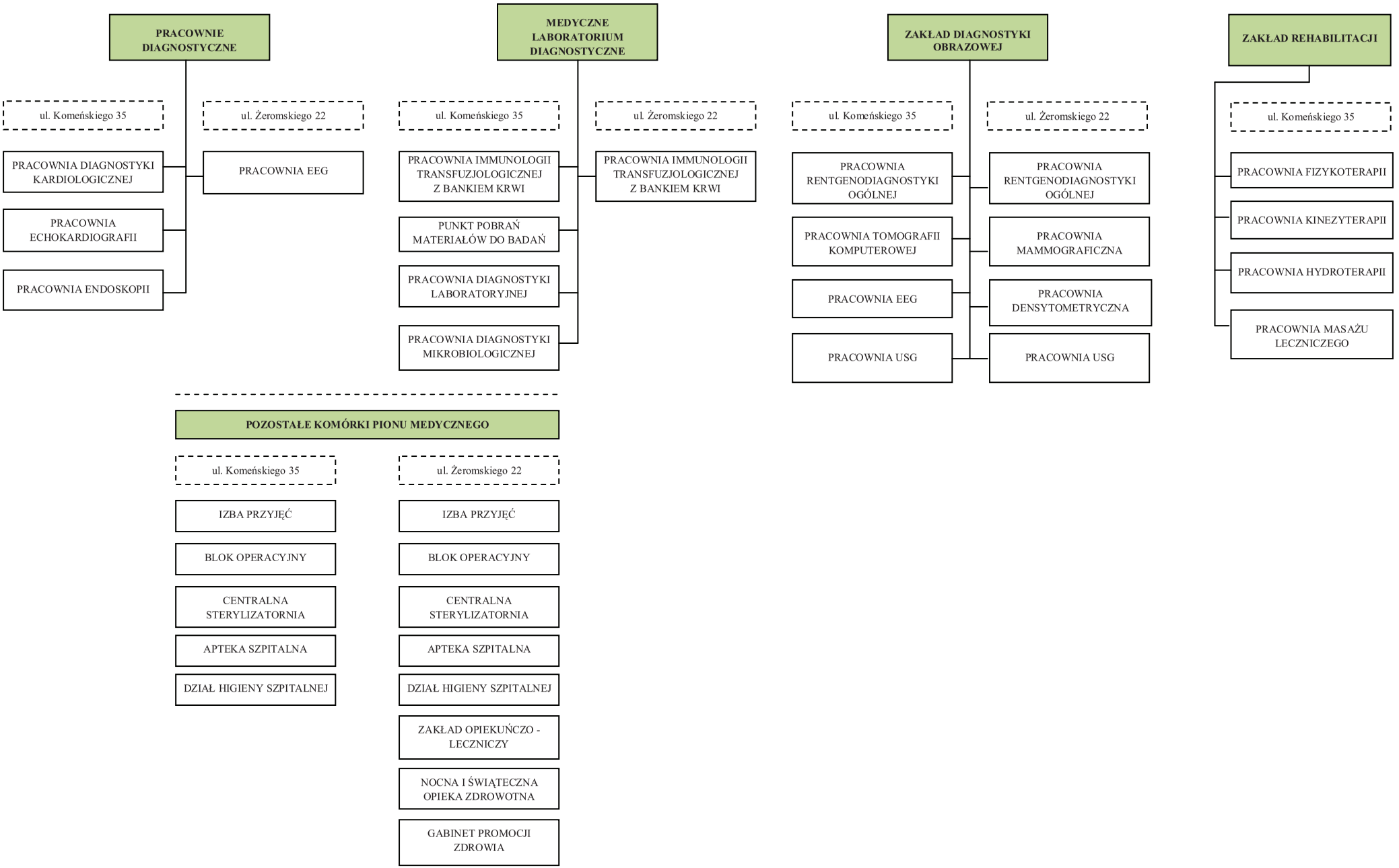




Zał. nr 2 do zarządzenia nr 15/2019 z dnia 26.02.2019

SCHEMAT ORGANIZACYJNY SZCZEGÓŁOWY

Załącznik nr 1c
do Regulaminu Organizacyjnego



Zał. nr 3 do zarządzenia nr 15/2019 z dnia 26.02.2019

Załącznik Nr 2
do Regulaminu Organizacyjnego Szpitala Miejskiego św. Jana Pawła II w Elblągu

ZESPOŁY I KOMITETY

1. ZESPÓŁ ZARZĄDZAJĄCY SZPITALEM

Do zadań zespołu zarządzającego szpitalem należy:

1) Zespół zarządzający jest organem doradczym dyrektora. Posiedzenia zespołu zarządzającego mają na celu wypracowanie najlepszych rozwiązań, mających wpływ na funkcjonowanie szpitala.
2) W skład zespołu zarządzającego zwanego „zarządem" wchodzą:
    a) dyrektor,
    b) zastępca dyrektora ds. lecznictwa ambulatoryjnego,
    c) zastępca dyrektora ds. lecznictwa zamkniętego,
    d) zastępca dyrektora ds. pielęgniarstwa,
    e) główny księgowy,
    f) kierownik ds. technicznych,
    g) kierownik ds. personalnych.
3) Posiedzenia zarządu mają charakter stały, 1- 4 razy w miesiącu.
4) Na posiedzeniach zarządu omawiane są aktualne (bieżące) zagadnienia dotyczące działalności szpitala:
    a) finansowe,
    b) medyczne,
    c) techniczne,
    d) organizacyjne,
    e) personalne,
    f) koncepcje dotyczące kierunków rozwoju i strategii.

2. ZESPÓŁ TERAPEUTYCZNY I LECZENIA BÓLU

Do zadań zespołu terapeutycznego i leczenia bólu należy:

1) Opracowanie Szpitalnej Listy Leków – Receptariusza Szpitalnego i okresowa jego aktualizacja (przynajmniej co 2 lata).
2) Nadzór nad stosowaniem Receptariusza w oddziałach Szpitala,
3) Wdrożenie programu racjonalizacji szpitalnej polityki antybiotykowej-polityka szpitala zapobiegająca antybiotykooporności.
4) Rozwiązywanie problemów związanych z farmakoterapią pacjentów.
5) Monitorowanie ilości i zasadności zlecanych antybiotyków.
6) Analiza przypadków i możliwości wystąpienia nietolerancji leków.
7) Opracowanie standardów leczenia.
8) Prowadzenie działalności szkoleniowej dotyczącej stosowanych preparatów farmakologicznych,
9) Analiza powtórnych, nieplanowanych hospitalizacji (przynajmniej dwa razy w roku).
10) Analiza przyczyn przedłużających się hospitalizacji pacjentów (przynajmniej dwa razy w roku).
11) Opracowanie i uaktualnianie ogólnoszpitalnej procedury postępowania w przypadku monitorowania i leczenia bólu.
12) Wdrażanie wśród personelu Szpitala aktualnych wytycznych Polskiego Towarzystwa Badania Bólu w zakresie monitorowania i leczenia bólu poprzez prowadzenie szkoleń oraz uczestniczenie w szkoleniach zewnętrznych.
13) Nadzorowanie dostępności leków i sprzętu stosowanych w leczeniu bólu.
14) Wdrożenie i monitorowanie standardu profilaktyki choroby zatorowo-zakrzepowej - ocena pacjentów pod kątem ryzyka wystąpienia choroby zatorowo-zakrzepowej, kwalifikacja do grupy ryzyka, profilaktyka zgodnie z wytycznymi.
15) Ustalenie okołozabiegowej profilaktyki antybiotykowej wspólnie z zespołem ds. zakażeń.
16) Procedura wdrożenia i koordynowania prowadzenia Okołozabiegowej Karty Kontrolnej.

17) Zbiorcza analiza wykonywanych znieczuleń (nie rzadziej niż raz w roku).
18) Zbiorcza analiza przebiegu wykonywanych zabiegów i ich skutków w czasie hospitalizacji (nie rzadziej niż raz w roku).
19) Zbiorcza analiza odległych skutków przeprowadzonych zabiegów (dla określonych zabiegów, nie rzadziej niż raz w roku).
20) Analiza reoperacji (raz na pół roku).
21) Wyniki analiz dokumentowane, prezentowane i omawiane na spotkaniach zespołu oraz odprawach kadry medycznej.
22) Spotkania Zespołu terapeutycznego i leczenia bólu odbywają się przynajmniej dwa raz w roku.

3. ZESPÓŁ DS. DOMUNENTACJI MEDYCZNEJ

Do zadań komisji ds. dokumentacji medycznej należy:
1) Opracowanie wzorów jednolitej dokumentacji lekarskiej i pielęgniarskiej do zastosowania w Szpitalu z uwzględnieniem obowiązujących przepisów prawa.
2) Systematyczne monitorowanie prawidłowości prowadzenia wewnętrznej dokumentacji medycznej - lekarskiej i pielęgniarskiej, analiza pod względem zawartości, kompletności oraz autoryzacji.
3) Analiza danych zawartych w dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, zabezpieczenia, obiegu, przechowywania oraz udostępniania osobom uprawnionym.
4) Okresowe przeglądy dokumentacji nie rzadziej niż raz na 6-m-cy w zakresie od 0,5-1% całej dokumentacji- wnioski, analiza, przedstawienie wyników zespołowi ds. jakości.
5) Nadzór nad modyfikowaniem, uaktualnianiem zgodnie z przepisami formularzy dokumentacji medycznej - Rejestr formularzy „zgody pacjenta" na procedury (diagnostyczne, zabiegowe) – przyjęty przez kierownictwo, znany personelowi.
6) Szkolenie personelu w zakresie prowadzenia dokumentacji medycznej.

4. ZESPÓŁ DS. OCENY PRZYJĘĆ

Do zadań zespołu ds. oceny przyjęć należy:
1) Dokonywanie raz w miesiącu analizy list oczekujących pod względem poprawności prowadzenia dokumentacji, czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia oraz zasadności zmian terminów.
2) Sporządzanie raportu w każdym miesiącu z dokonanej oceny liczby oczekujących na poszczególne świadczenia i przedstawianie Dyrektorowi Szpitala.
3) W przypadkach wątpliwych co do poprawności prowadzenia list oczekujących na świadczenia medyczne, podejmowanie działań korygujących, które mają na celu wyjaśnienie i wyeliminowanie w przyszłości wszelkich niezgodności.

5. ZESPÓŁ DS. ANALIZY REANIMACJI

Do zadań zespołu należy:
1) Tworzenie, aktualizacja i nadzór nad wdrażaniem procedur medycznych: Standardowe Procedury Postępowania w stanach nagłego zagrożenia życia - zgodny z zaleceniami Europejskiej Rady Resuscytacji lub AHA (American Heart Association).
2) Szkolenia (udokumentowane) pracowników z zakresu resuscytacji krążeniowo-oddechowej – szkolenia przynajmniej 1 raz w roku standard BLS dla całego personelu medycznego, pozostały personel szpitala znajomość zasad resuscytacji na podstawowym poziomie.
3) Opracowanie listy leków, sprzętu i materiałów, które muszą być dostępne w stanach nagłego zagrożenia życia(rodzaj i ilość). Aktualizacja listy zgodnie z wytycznymi.
4) Prowadzenie analizy częstości i skuteczności podjętych czynności reanimacyjnych (przynajmniej 1 raz na pół roku z wyłączeniem danych personalnych).
5) Realizacja innych działań przewidzianych przepisami prawa.

6. ZESPÓŁ DS. ANALIZY ZGONÓW

Do zadań zespołu należy:
1) Prowadzenie analizy przyczyn zgonów i zgonów okołooperacyjnych pacjentów (dokumentowanie przynajmniej raz na pół roku).
2) Ocena wyników sekcji zwłok i ich porównanie z rozpoznaniem klinicznym.
3) Realizacja innych działań przewidzianych przepisami prawa.

7. ZESPÓŁ DS. BADAN KLINICZNYCH

Do zadań zespołu ds. badań klinicznych należy:
1) Prowadzenie rejestru napływających wniosków o podpisanie umowy dotyczącej prowadzenia badania klinicznego.
2) Weryfikacja formalna wniosków pod względem kompletności oraz zawartości dokumentacji.
3) Dokonanie oceny merytorycznej wniosku, w tym projektu umowy o badanie kliniczne w aspekcie danych wynikających z protokołu badania.
4) Prowadzenia nadzoru i kontroli zawartych umów z realizacji badań klinicznych.

8. KOMITET TRANSFUZJOLOGICZNY

Do zadań komitetu transfuzjologicznego należy:
1) Dokonywanie okresowej oceny wskazań do przetoczenia krwi i jej składników nie rzadziej niż raz na 6 miesięcy.
2) Analizowanie zużycia krwi i jej składników w szpitalu w celu ograniczenia niepotrzebnych przetoczeń i nadmiernych zniszczeń.
3) Nadzorowanie leczenia krwią i dokumentacji z tym związanej.
4) Analizowanie każdego powikłania poprzetoczeniowego wraz z oceną postępowania.
5) Analizowanie raportów o wszelkich nieprzewidzianych zdarzeniach związanych z przetoczeniem krwi i jej składników, w tym monitorowanie błędów przedlaboratoryjnych i zdarzeń niepożądanych dotyczących pobierania próbek krwi i przetoczeń.
6) Opracowanie planu kształcenia lekarzy, pielęgniarek/położnych w dziedzinie leczenia krwią i nadzór nad jego realizacją.
7) Udział w planowaniu zaopatrzenia Szpitala w krew i jej składniki w oparciu o roczną sprawozdawczość dotyczącą ich zużycia.

9. KOMISJA DS. ORZEKANIA O TRWAŁYM NIEODWRACALNYM USTANIU CZYNNOŚCI MÓZGU

Do zadań komisji ds. orzekania o trwałym nieodwracalnym ustaniu czynności mózgu należy:
1) Orzekanie o trwałym nieodwracalnym ustaniu czynności mózgu u pacjentów hospitalizowanych w Szpitalu, w oparciu o przyjęte kryteria i sposób stwierdzenia trwałego i nieodwracalnego ustania czynności mózgu.
2) Opracowanie zasad współdziałania poszczególnych oddziałów z komisją w przekazaniu informacji o pacjentach, u których jest podejrzenie śmierci pnia mózgu.

10. ZESPÓŁ LECZENIA ŻYWIENIOWEGO

Do zadań zespołu leczenia żywieniowego należy:
1) Identyfikacja i odpowiednie leczenie chorych wykazujących ryzyko związane z zaburzeniami stanu odżywienia.
2) Opracowanie procedur leczenia żywieniowego, włącznie z zasadami stosowania żywienia pozajelitowego i dojelitowego oraz zasadami zapobiegania, wczesnego rozpoznawania i leczenia powikłań.
3) Okresowo oceniane i aktualizowane procedury leczenia żywieniowego.
4) Monitorowanie wyników i powikłań dojelitowej terapii żywieniowej i dożylnej terapii żywieniowej.
5) Opracowanie zasad współdziałania poszczególnych oddziałów i Apteki Szpitalnej.
6) Okresowa ocena wyników i kosztów leczenia żywieniowego, co najmniej 1 raz w roku, raporty przedstawiane Dyrekcji Szpitala,
7) Organizowanie kształcenia w zakresie podstawowych zasad żywienia chorych oraz żywienia pozajelitowego i dojelitowego na poziomie odpowiednim do zakresu odpowiedzialności i działania poszczególnych pracowników.
8) Nadzorowanie prowadzenia dokumentacji leczenia żywieniowego z uwzględnieniem wymogów Narodowego Funduszu Zdrowia.

11. ZESPÓŁ KONTROLI ZAKAŻEŃ SZPITALNYCH

W skład zespołu kontroli zakażeń szpitalnych wchodzą:
1) lekarz jako przewodniczący zespołu,
2) pielęgniarka jako specjalista do spraw epidemiologii,
3) diagnosta laboratoryjny jako specjalista do spraw mikrobiologii.

Do zadań zespołu kontroli zakażeń szpitalnych należy:
1) Opracowywanie i aktualizacja systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych; program monitorowania zakażeń przedstawiany kierownictwu i personelowi szpitala raz na pół roku.
2) Monitorowanie i rejestracja czynników alarmowych i zakażeń związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywanych świadczeń na podstawie jasno określonych kryteriów i wiarygodnych danych, podlegających walidacji.
3) Prowadzenie kontroli wewnętrznej oraz przedstawianie wyników i wniosków z tej kontroli kierownikowi szpitala i komitetowi zakażeń szpitalnych.
4) Opracowanie, wdrożenie i nadzór nad procedurami zapobiegającymi zakażeniom i chorobom zakaźnym związanym z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, w tym:
   a) dekontaminacji skóry i błon śluzowych lub innych tkanek, wyrobów medycznych oraz
   b) powierzchni pomieszczeń i urządzeń,
   c) procedura postępowania po ekspozycji zawodowej,
   d) procedura izolacji chorych zakażonych czynnikiem alarmowym,
   e) procedura identyfikacji i wygaszania ogniska epidemicznego.
5) Szkolenie personelu w zakresie kontroli zakażeń szpitalnych, w tym obowiązkowe szkolenie z higieny rąk przynajmniej raz w roku.
6) Konsultowanie osób podejrzanych o zakażenie lub chorobę zakaźną oraz tych, u których rozpoznano zakażenie lub chorobę zakaźną.
7) Program pracy aktualizowany raz w roku; regularne spotkania raz w miesiącu.

12. KOMITET DS. KONTROLI ZAKAŻEŃ SZPITALNYCH

Do zadań komitetu kontroli zakażeń szpitalnych należy:
1) Opracowywanie planów i kierunków systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych.
2) Ocena wyników kontroli wewnętrznej przedstawianych przez zespół kontroli zakażeń szpitalnych.
3) Opracowywanie i aktualizacja standardów farmakoprofilaktyki i farmakoterapii zakażeń i chorób zakaźnych w szpitalu.
4) Czuwanie nad szczepieniami ochronnymi personelu, informowanie o zapotrzebowaniu na środki ochrony pracowników przed szkodliwymi czynnikami biologicznymi w środowisku pracy.

Prace Zespołu i Komitetu Kontroli Zakażeń wspomaga personel łącznikowy (pielęgniarki, lekarze) szczególnie w zakresie czynnego rozpoznawania zakażeń u pacjentów, szkoleń wewnątrzoddziałowych personelu na temat zapobiegania zakażeniom minimum raz na rok, nadzorowania zapisów w formularzach i przestrzegania instrukcji medycznych oraz wdrażania procedur zapobiegających zakażeniom szpitalnym, w tym zasad izolacji chorych z zakażeniem.

13. ZESPÓŁ DS. ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ I ŚRODOWISKIEM

Do zadań zespołu ds. zarządzania jakością i środowiskiem należy:
1) Współdziałanie z Kierownictwem Szpitala w sprawach zapewnienia jakości oraz promowanie idei jakości wśród wszystkich pracowników.
2) Doskonalenie systemów jakości, standardów akredytacyjnych, rozwój i integracja systemów zarządzania jakością ISO 9001 i zarządzania środowiskiem ISO 14001.
3) Koordynowanie przedsięwzięć sprzyjających zapewnieniu jakości.
4) Formułowanie wniosków, dotyczących promocji jakości na podstawie przeprowadzonych badań i ocen.
5) Analizowanie rocznych sprawozdań z monitorowania zidentyfikowanych procesów.
6) Kształcenie i motywowanie pracowników w celu wspierania idei zapewnienia jakości usług medycznych w obszarze diagnostyki, leczenia, pielęgnacji i edukacji pacjentów.

7) Dokumentowanie badań opinii pacjentów -podejmowanie działań w przypadku ocen negatywnych.
8) Nadzorowanie i opracowywanie projektów dokumentów systemu zarządzania jakością środowiskiem i ich wdrażanie.
9) Doskonalenie metod komunikacji wewnętrznej między pracownikami.
10) Współudział w pracach nad nowymi projektami związanymi ze zmianami organizacyjnymi, modernizacją i poprawą jakości w komórkach organizacyjnych szpitala.
11) Kontrola przestrzegania procedur systemu zarządzania jakością i środowiskiem przez wszystkich pracowników szpitala.
12) Monitorowanie, dokumentowanie i analiza zdarzeń niepożądanych w szpitalu.
13) Zespół ds. zarządzania jakością i środowiskiem wspomaga zespół liderów jakości.

14. ZESPÓŁ DS. HACCP

Do zadań zespołu ds. HACCP należy:
1) Doskonalenie systemu HACCP w Dziale Żywienia oraz nadzór nad jego dokumentowaniem,
2) Analiza aktualności Polityki, Księgi i Planu HACCP.
3) Planowanie i organizacja żywienia chorych przebywających w szpitalu zgodnie z obowiązującymi przepisami, zaleceniami lekarskimi oraz zasadami żywienia dietetycznego.
4) Opracowanie diet stosowanych w szpitalu - Księga Diet.
5) Udzielanie pacjentom informacji na temat żywienia w czasie pobytu w szpitalu i formułowanie zaleceń dotyczących prawidłowego odżywiania w okresie poszpitalnym.
6) Opracowywanie instrukcji będących wytycznymi do przestrzegania w Dziale Żywienia.
7) Opracowanie i okresowa aktualizacja planu higieny kuchni.
8) Organizowanie szkoleń i przekazywanie załodze informacji i wytycznych związanych z procesem doskonalenia HACCP.

15. ZESPÓŁ DS. ROZWIĄZYWANIA ZAGADNIEŃ ETYCZNYCH

W przypadku zaistnienia problemów natury moralnej i etycznej lub ochrony praw pacjentów można zwrócić się o pomoc w rozwiązaniu ich do Zespołu ds. Rozwiązywania Zagadnień Etycznych.
Skład Zespołu ds. Rozwiązywania Zagadnień Etycznych powoływany jest Zarządzeniem Dyrektora.

Do zadań Zespołu ds. R**ozwiązywania Zagadnień Etycznych należy:**

1) Rozwiązywanie dylematów etycznych, udzielanie pomocy lekarzom, pacjentom i ich rodzinom w podejmowaniu trudnych decyzji etycznych dotyczących kwalifikowania do różnych metod terapii.
2) Rozwiązywanie problemów etycznie wątpliwych w relacji osoba wykonująca zawód medyczny - pacjent, pacjent - osoba wykonująca zawód medyczny oraz relacji pomiędzy pracownikami.
3) Do Zespołu Etycznego mogą zgłaszać się: osoby zatrudnione w Szpitalu, pacjenci Szpitala, którzy mają problemy natury etycznej.
4) Zespół ds. rozwiązywania zagadnień etycznych aktualizuje Kodeks Etyki Szpitala Miejskiego św. Jana Pawła II.
5) Zapewnienie ochrony praw pacjentów oraz ich dobrostanu zgodnie z zasadami etyki medycznej oraz zapisami Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
6) Upowszechnianie wiedzy dotyczącej zasad etycznego postępowania w opiece zdrowotnej.
7) Reagowanie na zgłaszane przypadki nieprzestrzegania obowiązującego w Szpitalu Kodeksu Etyki Pracownika, Kodeksu Etyki Lekarskiej oraz Kodeksu Etyki Pielęgniarki i Położnej.

Tryb zgłaszania wniosków:
1) Zgłaszanie wniosków do rozstrzygnięcia przez Zespół może się odbywać przez:
   - osobiste zgłoszenie się do przedstawiciela Zespołu Etycznego,
   - zgłoszenie pisemne przez Kancelarię Szpitala w zaklejonej kopercie zaadresowanej do Zespołu Etycznego.
2) Zgłoszenia anonimowe nie będą rozpatrywane.

Organizacja pracy zespołu:

1) Po otrzymaniu wniosku do rozpatrzenia Przewodniczący zwołuje zebranie członków Zespołu.
2) Minimalne quorum Zespołu stanowi co najmniej 50% plus jedna osoba. Zebrania powinny w miarę możliwości odbywać się w pełnym składzie.
3) Uzasadniona nieobecność któregoś z członków Zespołu powinna być każdorazowo zgłoszona do Przewodniczącego z odpowiednim wyprzedzeniem.
4) Rozmowy ze stronami zainteresowanymi mogą być prowadzone przez jednego lub więcej członków zespołu.
5) Konsultacja zgłoszonego wniosku powinna obejmować wszechstronną jego analizę obejmująca dokumentację medyczną pacjenta, konsultacje z lekarzami, rozmowę z personelem, pacjentem lub jego rodziną w zależności od potrzeb.
6) Członkowie Zespołu wydają następnie wspólnie wypracowaną opinię.
7) Pracą Zespołu kieruje Przewodniczący Zespołu lub osoba wyznaczona przez Przewodniczącego.
8) Z posiedzeń prac zespołu sporządza się protokół oraz dokonuje się wpisu do rejestru zgłaszanych wniosków.

Zasada poufności:

1) Omówienie poszczególnych przypadków, jak również opinie w sprawach jednostkowych nie mogą być ujawnione osobom postronnym.
2) Cała procedura konsultacji przypadku musi mieć charakter poufny.
3) Wypracowana opinia Zespołu jest podawana do wiadomości wnioskodawcy. Protokoły zespołu etyki sporządzane są jednym egzemplarzu (dla zespołu); strony zostają zapoznane słownie z zapisami, mają wgląd w protokoły zespołu (podpisanie przez strony, że zapoznały się z treścią).
4) Opinia zostaje przekazana do Dyrekcji Szpitala, celem wprowadzenia w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości, działań naprawczych.
5) W przypadku naruszenia Zasad Etyki przez pracownika Szpitala, bezpośredni przełożony zostaje powiadomiony przez Zespół o wystąpieniu problemu etycznego w ramach kierowanej jednostki z zachowaniem poufności.

16. ZESPÓŁ DS. PROFILAKTYKI I LECZENIA ODLEŻYN

1) Działalność edukacyjna nakierowana na pracowników oraz pacjenta i jego rodzinę.
2) Opiniowanie wyników prowadzonej profilaktyki , na podstawie rejestru pacjentów zagrożonych oraz pacjentów u których wystąpiły zmiany odleżynowe.
3) Ocenianie skuteczności wdrażania i funkcjonowania standardów profilaktyki i leczenia odleżyn.
4) Analiza potrzeb w zakresie doposażenia oddziałów w opatrunki specjalistyczne i sprzęt przeciwodleżynowy.
5) Wnioskowanie o zakup środków, sprzętu w ramach programu zapobiegania odleżynom.
6) Proponowanie zmian organizacyjnych z zakresie realizacji programu zapobiegania odleżynom, poszukiwanie rozwiązań mających na celu poprawę jakości opieki.

17. ZESPÓŁ DS. WDRAŻANIA I AKTUALIZOWANIA STRATEGII SZPITALA

Zespół ds. wdrażania i aktualizowania strategii szpitala stanowi organ doradczy podczas aktualizacji Strategii Szpitala Miejskiego św. Jana Pawła II w Elblągu i uczestniczy w czynnościach związanych z opracowaniem projektu aktualizacji Strategii Szpitala.

Do zadań Zespołu należy w szczególności:

1) monitorowanie wdrażania Strategii oraz jej poszczególnych elementów,
2) analizowanie ilościowych i jakościowych informacji na temat wdrażanych projektów i całej Strategii w aspekcie finansowym i rzeczowym, zgodności z harmonogramem, aby zapewnić zgodność realizacji projektów ze Strategią,
3) przeprowadzenie weryfikacji wizji, priorytetów, celów strategicznych oraz celów operacyjnych i kierunków działań opisanych w Strategii pod kątem ich aktualności

w perspektywie kolejnych lat,
4) ocena i opiniowanie propozycji nowych zadań,
5) uczestnictwo w spotkaniach i innych wydarzeniach na etapie opracowywania projektu aktualizacji Strategii,
6) wykonywanie innych zadań związanych z aktualizacją Strategii określonych przez przewodniczącego Zespołu.

18. ZESPÓŁ DS. KONTROLI ZARZĄDCZEJ

Podstawowym zadaniem Zespołu ds. Kontroli Zarządczej jest zapewnienie prawidłowego stanu kontroli zarządczej w Szpitalu Miejskim św. Jana Pawła II w Elblągu oraz opracowywanie propozycji usprawnień w tym zakresie, a także czynny udział w procesie planowania rocznego i zarządzania ryzykiem.

Do zadań Zespołu należy w szczególności:
1) bieżący nadzór i monitoring nad poprawnością aktów wewnętrznych w poszczególnych obszarach działalności jednostki pod kątem realizacji celów kontroli zarządczej,
2) przedstawianie propozycji usprawnień w określonych obszarach działalności szpitala, w tym informacji o konieczności zaktualizowania bądź udoskonalania procedur, a także potrzebie wprowadzenia innych mechanizmów kontroli,
3) określenie zadań do wyznaczonych przez Dyrektora celów wiodących na dany rok, a w szczególności:
   a) przypisanie mierników wyznaczonym celom,
   b) określenie najważniejszych zadań służących realizacji celów,
   c) identyfikacja , analiza ryzyka, w tym m.in.:
      - ustalenie czynników (przyczyn i okoliczności wystąpienia) oraz potencjalnych skutków,
      - prawdopodobieństwo wystąpienia,
      - wpływ na realizację celów,
      - poziomu ryzyka akceptowalnego,
      - ustalenie właścicieli ryzyk oraz obowiązków osób odpowiedzialnych za minimalizację ryzyk - proponowane reakcje na ryzyko i mechanizmy kontrolne.”

Załącznik Nr 3

do Regulaminu Organizacyjnego Szpitala Miejskiego św. Jana Pawła II w Elblągu

ZADANIA I ORGANIZACJA
JEDNOSTEK, KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH SZPITALA

I. IZBA PRZYJĘĆ

§1

1. W Szpitalu Miejskim św. Jana Pawła II w Elblągu funkcjonują izby przyjęć w dwóch lokalizacjach: ul. Komeńskiego 35 oraz ul. Żeromskiego 22.
2. Do zadań Izby Przyjęć należy:
   1) przyjmowanie do Szpitala pacjentów zakwalifikowanych do leczenia,
   2) udzielanie doraźnej pomocy pacjentom, którzy nie zostali zakwalifikowani do leczenia w Szpitalu lub zostali zakwalifikowani do przyjęcia w terminie późniejszym,
   3) organizowanie pomocy medycznej w przypadku masowego napływu chorych, rozpoczynanie akcji ratowniczej, powiadamianie personelu o konieczności natychmiastowego przybycia do Szpitala,
   4) ścisła współpraca z oddziałami szpitala, Zakładem Diagnostyki Obrazowej i Medycznym Laboratorium Diagnostycznym oraz innymi komórkami organizacyjnymi szpitala w celu jak najszybszego zdiagnozowania wstępnego pacjenta i podjęcia decyzji o przyjęciu do właściwego oddziału szpitala lub odmowie przyjęcia,
   5) pobieranie krwi, wykonywanie EKG w ramach badań profilaktycznych (dotyczy ul. Żeromskiego 22)
3. Do zadań Izby Przyjęć w zakresie dokumentacji chorych oraz statystyki medycznej w szczególności należy:
   1) prowadzenie księgi głównej i innej dokumentacji związanej z pobytem pacjenta w Szpitalu,
   2) prowadzenie ewidencji wolnych łóżek,
   3) prowadzenie rejestru zgonów w Szpitalu,
   4) organizowanie transportu chorych,
   5) prowadzenie depozytu odzieży pacjentów,
   6) prowadzenie depozytu przedmiotów wartościowych pacjentów,
   7) terminowe sporządzanie wymaganych w Szpitalu dokumentów statystycznych.

§2

Za prawidłową organizację pracy Izby Przyjęć przy ul. Komeńskiego 35 odpowiada Kierownik Izby Przyjęć, a za prawidłową organizację pracy Izby Przyjęć przy ul. Żeromskiego 22 odpowiada Pielęgniarka Koordynująca. Za poziom udzielanych świadczeń medycznych odpowiedzialny jest personel dyżurny Izby Przyjęć: lekarz i pielęgniarki.

§3

Ze względu na specyfikę i zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz grup pacjentów przy oddziałach: psychiatrycznym, położniczo-ginekologicznym, chorób zakaźnych oraz chirurgii dziecięcej zorganizowane są wewnątrzoddziałowe izby przyjęć.

§4

W sprawach nagłych, w godzinach od zakończenia pracy Dyrekcji, tj. od 15:00 do rozpoczęcia pracy Dyrekcji rano dnia następnego tj. do godziny 7:00, a w dni świąteczne i ustawowo wolne od pracy całodobowo, zastępuje Dyrektora i reprezentuje szpital **Główny Lekarz Szpitala**, którym jest:

1) przy ul. Komeńskiego 35 - dyżurujący lekarz wyznaczony w grafiku,
2) przy ul. Żeromskiego 22 - lekarz dyżurny Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

II. ODDZIAŁY SZPITALNE ZACHOWAWCZE I ZABIEGOWE

§1

1. Oddział jest podstawową jednostką działalności Szpitala, w której leczeni są pacjenci wymagający całodobowej opieki, jeżeli cel leczenia nie może być osiągnięty przez leczenie ambulatoryjne. Oddział udziela świadczeń obejmujących:
   1) hospitalizację pacjentów, tj. całodobowe, kompleksowe udzielanie świadczeń gwarantowanych, w reprezentowanych w Szpitalu zakresach, w trybie planowym albo nagłym, obejmujące proces diagnostyczno-terapeutyczny oraz proces pielęgnowania i rehabilitacji, od chwili przyjęcia pacjenta do chwili jego wypisu albo zgonu, wynikające w szczególności ze stanu klinicznego pacjenta,
   2) zapewnienie wymaganej odrębnymi przepisami lub indywidualnymi potrzebami całodobowej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej we wszystkie dni tygodnia, w tym niezbędnych konsultacji lekarskich w specjalnościach innych niż reprezentowana przez oddział, w którym aktualnie przebywa pacjent,
   3) zapewnienie realizacji świadczeń w oparciu o zasady postępowania medycznego zgodnego z aktualnym stanem wiedzy, zawartych w standardach określonych w obowiązujących przepisach prawa oraz wytycznych, zaleceniach i rekomendacjach wydawanych przez towarzystwa naukowe zrzeszające specjalistów z właściwych dziedzin medycyny po uzyskaniu świadomej zgody pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego na realizację określonego świadczenia; w przypadku realizacji świadczeń o podwyższonym ryzyku dla pacjenta – zawsze w formie pisemnej,
   4) zapewnienie kompleksowej, ciągłej opieki pielęgniarskiej,
   5) zapewnienie niezbędnej diagnostyki, produktów leczniczych oraz wyrobów medycznych w realizowanym w oddziale zakresie świadczeń,
   6) terapię bólu.
2. W Szpitalu funkcjonować mogą oddziały w ramach współpracy/ pododdziału, w których prowadzona jest jednolita dokumentacja medyczna.
3. Harmonogram pracy lekarzy w oddziale ustala ordynator/koordynator, zatwierdza Zastępca Dyrektora ds. lecznictwa zamkniętego.
4. Lekarze oddziału zobowiązani są leczyć pacjenta zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi lekarzowi metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą

starannością. W swojej pracy lekarze powinni uwzględniać zasady farmakoekonomiki, przy wykonywaniu badań nie wykraczać poza niezbędny zakres świadczeń, biorąc pod uwagę sytuację ekonomiczną szpitala.

§2

1. Harmonogram pracy pielęgniarek, położnych ustala pielęgniarka oddziałowa/koordynująca, zatwierdza Zastępca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa.
2. Pielęgniarki i położne oddziału zobowiązane są do udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentom, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, dostępnymi im metodami i środkami, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz ze szczególną starannością.
3. Badanie w celu ustalenia rozpoznania, a o ile to możliwe – również i leczenie powinno być rozpoczęte z chwilą przyjęcia pacjenta do oddziału.
4. Personel medyczny oddziału jest zobowiązany prowadzić na bieżąco dokumentację medyczną w wersji papierowej i elektronicznej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawnymi.
5. Personel medyczny oddziału zobowiązany jest do:
   1) podnoszenia rangi oddziału poprzez przestrzeganie zasad etyki zawodowej, deontologii, praw pacjenta oraz właściwe kształtowanie stosunków międzyludzkich,
   2) przestrzegania tajemnicy służbowej i zawodowej,
   3) udzielania informacji o stanie zdrowia pacjenta zgodnie z obowiązującymi regulacjami prawnymi (informacji o stanie zdrowia pacjenta udzielają wyłącznie lekarze, informacji w zakresie procesu pielęgnowania udzielają pielęgniarki),
   4) utrzymania kontaktu z rodzinami pacjentów lub ich opiekunami prawnymi,
   5) prowadzenia instruktażu w zakresie włączania pacjentów i ich rodzin do realizacji zachowań prozdrowotnych,
   6) realizacji programów zdrowotnych i promocji zdrowia.
6. Obowiązkiem lekarza leczącego jest zgłoszenie ordynatorowi/koordynatorowi wniosku o wypisanie pacjenta po zakończeniu leczenia. Do chwili opuszczenia Szpitala przez pacjenta prowadzony jest on w dokumentacji jako chory.
7. Personel medyczny zobowiązany jest do zapewnienia pacjentowi bezpieczeństwa podczas leczenia, zabiegów i badań diagnostycznych.

III. ODDZIAŁ PSYCHIATRYCZNY

§1

1. Oddział Psychiatryczny Szpitala Miejskiego św. Jana Pawła II w Elblągu jest całodobowym, koedukacyjnym oddziałem ogólnopsychiatrycznym.
2. Zadaniem Oddziału jest terapia i leczenie chorych psychicznie, ukierunkowane na szybkie ustąpienie zaburzeń i powrót pacjenta do samodzielnego, aktywnego życia.
3. W oddziale leczy się zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania.
4. Oddział realizuje proces leczenia poprzez:
   1) diagnostykę i leczenie zaburzeń psychicznych,
   2) diagnostykę i opiekę psychologa,
   3) konsultacje w zakresie innych specjalności,

4) terapię zajęciową,
5) leczenie, nastawione na szybki powrót pacjenta do jego środowiska.

§ 2

Oddział podzielony jest na dwa odcinki. Pracą poszczególnych odcinków może kierować koordynator odcinka. Ponadto w oddziale zatrudnia się:

1) lekarzy psychiatrów,
2) psychologów,
3) pielęgniarki,
4) terapeutów zajęciowych,
5) sekretarkę medyczną,
6) opiekunów medycznych,
7) pracowników gospodarczych.

§ 3

Oddział współpracuje z zakładami opieki zdrowotnej, ośrodkami pomocy społecznej, oraz innymi instytucjami uczestniczącymi w procesie leczenia i socjalizacji osób chorych psychicznie.

§ 4

Kryteria przyjęcia do oddziału psychiatrycznego:

1) Podstawą do przyjęcia w oddział psychiatryczny jest skierowanie do oddziału psychiatrycznego ważne 14 dni od daty wystawienia,
2) Przyjęcia na oddział psychiatryczny odbywają się planowo od poniedziałku do piątku w godzinach 9:00 – 14:00 oraz w trybie ostrego dyżuru całodobowo,
3) Chory przyjmowany na oddział powinien posiadać dowód osobisty lub inny dokument ze zdjęciem potwierdzający tożsamość.
4) Osoby nieubezpieczone nie ponoszą opłat za leczenie i pobyt w oddziale psychiatrycznym,
5) Osoba przyjęta w oddział wyraża świadomą zgodę na pobyt i leczenie potwierdzając to własnoręcznym podpisem w historii choroby,
6) W przypadku przyjęcia w oddział osoby ubezwłasnowolnionej wymagany jest podpis w historii choroby lub pisemne oświadczenie opiekuna prawnego,
7) Przyjęcie bez zgody odbywa się zgodnie z przepisami Ustawy o Ochronie Zdrowia Psychicznego.

§5

Informacje o stanie zdrowia pacjenta udziela koordynator oddziału psychiatrycznego lub lekarz prowadzący, wyłącznie osobiście i po uzyskaniu zgody pacjenta.

§ 6

W razie pogorszenia stanu zdrowia pacjenta, przekazania go na inny oddział lub śmierci lekarz niezwłocznie zawiadamia członka rodziny, zgodnie z obowiązującymi standardami.

§7

1. Prawa pacjenta określone są w Karcie Praw Pacjenta. W szczególności pacjent ma prawo do:

1) bezpłatnych świadczeń zdrowotnych,
2) bezpłatnych leków i artykułów sanitarnych, oraz pomieszczenia i wyżywienia,
3) zapewnienia właściwych metod postępowania leczniczego,
4) porozumienia się bez ograniczeń z rodziną,
5) wystąpienia o okresowe przebywanie poza szpitalem bez wypisania go z oddziału,
6) uprzedzenia o zamiarze zastosowania wobec niego przymusu bezpośredniego, a dopuszczenie do zastosowania tego środka musi wynikać z Ustawy,
7) poszanowania intymności i godności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych,
8) opieki duszpasterskiej,
9) kontaktu z sędzią wizytującym szpital,
10) kontakt z Rzecznikiem Praw Pacjenta Psychiatrycznego,
11) do składania skarg i wniosków,
12) dostępu do dokumentacji medycznej,
13) wypowiedzenia się na temat jakości świadczonych przez Oddział usług poprzez wypełnienie ankiety „Badania satysfakcji pacjenta".

2. Szczegółowe zestawienie praw i obowiązków pacjenta Oddziału Psychiatrycznego Szpitala Miejskiego św. Jana Pawła II w Elblągu określa Karta Praw Pacjenta.
3. Jeśli przepisy odrębne, w szczególności ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego nie stanowią inaczej, pacjent, który w sposób świadomy i rażący narusza porządek i przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych może zostać dyscyplinarnie wypisany ze Szpitala. W szczególnie uzasadnionych przypadkach Koordynator Oddziału lub inna upoważniona osoba może zawiadomić ochronę szpitala lub Policję.

§ 8

1. Pacjent ma prawo do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie szpitala lub oddziału. Sposób postępowania z depozytem pacjenta określa wewnętrzna procedura szpitala.
2. Odzież oraz przedmioty osobiste pacjent z sali ogólnej przechowuje w pokoju, w którym przebywa lub ma możliwość oddania ich do szpitalnego depozytu odzieży.
3. Za rzeczy pozostawione do dyspozycji pacjenta, personel nie ponosi odpowiedzialności.

§ 9

1. Odwiedziny pacjentów odbywają się codziennie od godziny 14:00 do godziny 19:00, a w dni świąteczne w godz. 10:00-20:00. Pacjentów w oddziale nie powinny odwiedzać dzieci poniżej 14 roku życia, w wyjątkowych sytuacjach za zgodą lekarza, pod opieką osób dorosłych.
2. Osoby pod wpływem alkoholu, innych środków psychoaktywnych oraz zakłócające porządek i stanowiące zagrożenie nie są wpuszczane do oddziału. Personel ma prawo korzystać z pomocy ochrony zatrudnianej przez szpital.
3. Odwiedziny u osób będących pod ścisłym nadzorem, odbywają się tylko za zgodą lekarza.

§ 10

1. Na wyjście poza teren oddziału lub szpitala pacjent otrzymuje zezwolenie od Koordynatora oddziału lub lekarza prowadzącego.

2. W przypadku samowolnego oddalenia się pacjenta z oddziału, koordynator oddziału podejmuje działania zgodne z procedurą.

§ 11

Wypisanie z oddziału psychiatrycznego następuje za zgodą koordynatora oddziału, gdy:

1) ustąpiły przyczyny przyjęcia do szpitala,
2) na własne żądanie, jeśli w ocenie lekarza osoba żądająca wypisu nie stanowi zagrożenia dla własnego życia oraz życia lub zdrowia innych osób,
3) osoba wypisana na żądanie zobowiązana jest do złożenia podpisu w historii choroby w określonym miejscu,
4) dyscyplinarnie w przypadku złamania regulaminu oddziału, a stan zdrowia psychicznego nie wymaga leczenia szpitalnego.

§12

Ramowy harmonogram pracy w oddziale:

Godzina 6:00 – pobieranie materiału do badań laboratoryjnych, mierzenie temperatury ciała,

Godzina 6:30 – pobudka pozostałych pacjentów,

Godzina 6:45 – 7:30 – toaleta poranna,

Godzina 8:00 – gimnastyka,

Godzina 8:20 – pomiar ciśnienia krwi,

Godzina 8:30 – śniadanie,

Godzina 9:00 – wydawanie leków,

Godzina 9:30 – wizyta lekarska,

Godzina 11:00 – 12:45 – terapia zajęciowa,

Godzina 12:00 – 12:30 – spotkanie społeczności (1 raz w tygodniu, czwartek),

Godzina 13:00 – obiad,

Godzina 14:00 – 19:00 – odwiedziny, w dni świąteczne 10:00-20:00,

Godzina 14:00 – 16:50 – terapia zajęciowa, spacer (2 razy w tygodniu: wtorek, piątek),

Godzina 14:30 – wydawanie leków,

Godzina 16:00 – pomiar ciśnienia krwi,

Godzina 17:30 – kolacja,

Godzina 20:30 – wydawanie leków,

Godzina 22:00 – 6:00 – cisza nocna.

IV. ODDZIAŁ DETOKSYKACJI

§1

1. Oddział Detoksykacji Szpitala Miejskiego św. Jana Pawła II w Elblągu jest całodobowym, koedukacyjnym oddziałem wchodzącym w skład pionu lecznictwa psychiatrycznego.

2. Zadaniem oddziału jest diagnostyka, leczenie, ukierunkowane na szybkie ustąpienie zaburzeń i powrót pacjenta do samodzielnego, aktywnego życia oraz promocja zdrowia osób uzależnionych od alkoholu.
3. W oddziale leczy się zespoły abstynencyjne i zaburzenia zachowania z powodu szkodliwego używania alkoholu.
4. Oddział realizuje proces leczenia poprzez:
   1) diagnostykę i leczenie zaburzeń psychicznych oraz somatycznych,
   2) diagnostykę i opiekę psychologa,
   3) konsultacje w zakresie innych specjalności,
   4) terapię zajęciową,
   5) leczenie, nastawione na szybki powrót pacjenta do jego środowiska.

§ 2

Oddziałem kieruje koordynator oddziału detoksykacji. Ponadto w oddziale zatrudnia się:

1) lekarzy psychiatrów,
2) psychologów,
3) instruktora terapii uzależnień,
4) pielęgniarki,
5) terapeutów zajęciowych,
6) sekretarkę medyczną,
7) opiekunów medycznych,
8) pracowników gospodarczych

§ 3

Oddział współpracuje z zakładami opieki zdrowotnej, ośrodkami pomocy społecznej, oraz innymi instytucjami uczestniczącymi w procesie leczenia i socjalizacji osób uzależnionych od alkoholu.

§ 4

Kryteria przyjęcia do oddziału detoksykacji:

1) Podstawą do przyjęcia w oddział detoksykacji jest skierowanie do oddziału ważne 14 dni od daty wystawienia.
2) Przyjęcia na oddział odbywają się planowo od poniedziałku do piątku w godzinach 10:00 – 14:00 oraz w trybie ostrego dyżuru całodobowo.
3) Chory przyjmowany na oddział powinien posiadać dowód osobisty lub inny dokument ze zdjęciem, potwierdzający tożsamość.
4) Osoby nieubezpieczone nie ponoszą opłat za leczenie i pobyt w oddziale psychiatrycznym.
5) Osoba przyjęta w oddział wyraża świadomą zgodę na pobyt i leczenie potwierdzając to własnoręcznym podpisem w historii choroby.
6) W przypadku przyjęcia w oddział osoby ubezwłasnowolnionej wymagany jest podpis w historii choroby lub pisemne oświadczenie opiekuna prawnego.
7) Przyjęcie bez zgody odbywa się zgodnie z przepisami Ustawy o Ochronie Zdrowia Psychicznego.

§5

Informacje o stanie zdrowia pacjenta udziela koordynator oddziału detoksykacji lub lekarz prowadzący, wyłącznie osobiście i po uzyskaniu zgody pacjenta.

§ 6

W razie pogorszenia stanu zdrowia pacjenta, przekazania go na inny oddział lub jego śmierci lekarz niezwłocznie zawiadamia członka rodziny, zgodnie z obowiązującymi standardami.

§7

1. Prawa pacjenta określone są w Karcie Praw Pacjenta. W szczególności pacjent ma prawo do:
   1) bezpłatnych świadczeń zdrowotnych,
   2) bezpłatnych leków i artykułów sanitarnych, oraz pomieszczenia i wyżywienia,
   3) zapewnienia właściwych metod postępowania leczniczego,
   4) porozumienia się bez ograniczeń z rodziną,
   5) uprzedzenia o zamiarze zastosowania wobec niego przymusu bezpośredniego, a dopuszczenie do zastosowania tego środka musi wynikać z Ustawy,
   6) poszanowania intymności i godności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych,
   7) opieki duszpasterskiej,
   8) kontaktu z sędzią wizytującym szpital,
   9) kontakt z Rzecznikiem Praw Pacjenta Psychiatrycznego,
   10) do składania skarg i wniosków,
   11) dostępu do dokumentacji medycznej,
   12) wypowiedzenia się na temat jakości świadczonych przez Oddział usług poprzez wypełnienie ankiety „Badania satysfakcji pacjenta".
4. Szczegółowe zestawienie praw i obowiązków pacjenta Oddziału Detoksykacji Szpitala Miejskiego św. Jana Pawła II w Elblągu określa Karta Praw Pacjenta.
3. Jeśli przepisy odrębne, w szczególności ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego nie stanowią inaczej, pacjent, który w sposób świadomy i rażący narusza porządek i przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych może zostać dyscyplinarnie wypisany ze Szpitala. W szczególnie uzasadnionych przypadkach Koordynator Oddziału lub inna upoważniona osoba może zawiadomić ochronę szpitala lub Policję.

§ 8

1. Pacjent ma prawo do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie szpitala lub oddziału. Sposób postępowania z depozytem pacjenta określa wewnętrzna procedura szpitala.
2. Odzież oraz przedmioty osobiste pacjent z sali ogólnej przechowuje w pokoju, w którym przebywa lub ma możliwość oddania ich do szpitalnego depozytu odzieży.
3. Za rzeczy pozostawione do dyspozycji pacjenta, personel nie ponosi odpowiedzialności.

§ 9

1. Odwiedziny pacjentów odbywają się codziennie od godziny 14:00 do godziny 19:00, a w dni świąteczne w godz. 10:00-20:00. Pacjentów w oddziale nie powinny odwiedzać

dzieci poniżej 14 roku życia, w wyjątkowych sytuacjach za zgodą lekarza pod opieką osób dorosłych.

2. Osoby pod wpływem alkoholu, innych środków psychoaktywnych oraz zakłócające porządek i stanowiące zagrożenie nie są wpuszczane do oddziału. Personel ma prawo korzystać z pomocy ochrony zatrudnianej przez szpital.
3. Odwiedziny u osób będących pod ścisłym nadzorem, odbywają się tylko za zgodą lekarza.

§ 10

1. Na wyjście poza teren oddziału lub szpitala pacjent otrzymuje zezwolenie od Koordynatora oddziału lekarza prowadzącego.
2. W przypadku samowolnego oddalenia się pacjenta z oddziału, koordynator oddziału podejmuje działania zgodne z procedurą.

§ 11

Wypisanie z oddziału detoksykacji następuje za zgodą koordynatora oddziału, gdy:

1) ustąpiły przyczyny przyjęcia do szpitala,
2) na własne żądanie, jeśli w ocenie lekarza osoba żądająca wypisu nie stanowi zagrożenia dla własnego życia oraz życia lub zdrowia innych osób,
3) osoba wypisana na żądanie zobowiązana jest do złożenia podpisu w historii choroby w określonym miejscu,
4) dyscyplinarnie w przypadku złamania regulaminu oddziału, a stan zdrowia psychicznego nie wymaga leczenia szpitalnego.

§12

Ramowy harmonogram pracy w oddziale:

Godzina 6:00 – pobieranie materiału do badań laboratoryjnych, mierzenie temperatury ciała,

Godzina 6:30 – pobudka pozostałych pacjentów,

Godzina 6:45 – 7:30 – toaleta poranna,

Godzina 8:00 – gimnastyka,

Godzina 8:20 – pomiar ciśnienia krwi,

Godzina 8:30 – śniadanie,

Godzina 9:00 – wydawanie leków,

Godzina 9:30 – wizyta lekarska,

Godzina 11:00 – 12:45 – terapia zajęciowa,

Godzina 12:00 – 12:30- spotkanie społeczności (1 raz w tygodniu, czwartek),

Godzina 13:00 – obiad,

Godzina 14:00 – 19:00 – odwiedziny, w dni świąteczne 10:00-20:00,

Godzina 14:00 – 16:50 – terapia zajęciowa, spacer (2 razy w tygodniu: wtorek, piątek),

Godzina 14:30 – wydawanie leków,

Godzina 16:00 – pomiar ciśnienia krwi,

Godzina 17:30 – kolacja,

Godzina 20:30 – wydawanie leków,

Godzina 22:00-06:00 – cisza nocna,

Godzina 20:00 – 21:30 – badanie alkomatem wszystkich pacjentów.

V. ODDZIAŁ CHORÓB ZAKAŹNYCH

§ 1

1. Oddział jest podstawową komórką organizacyjną leczniczo – profilaktycznej działalności szpitala, która musi zapewniać warunki ograniczenia przenoszenia zakażenia.
2. Oddział udziela świadczeń zdrowotnych w zakresie reprezentowanej dziedziny medycyny.
3. Oddział zlokalizowany jest poza budynkiem głównym szpitala. Mieści się w budynku wydzielonym oraz ogrodzonym terenie.
4. Oddział zapewnia przyjętemu pacjentowi :
   1) świadczenia zdrowotne,
   2) środki farmaceutyczne,
   3) pomieszczenie i wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia.
5. W realizacji swoich zadań głównie profilaktycznych ściśle współpracuje z organami służb sanitarno – epidemiologicznych.

§ 2

1. Pacjenci są przyjmowani do oddziału w następujących trybach :
   1) przyjęcie w trybie nagłym w wyniku przekazania przez zespół ratownictwa medycznego,
   2) przyjęcie w trybie nagłym – inne przypadki,
   3) Przyjęcie osoby, która skorzystała ze świadczeń opieki zdrowotnej poza kolejnością, zgodnie z uprawnieniami przysługującymi jej na podstawie ustawy,
2. W trybach przyjęć, o których mowa w ust. 1 pkt. 1 – 3 do leczenia szpitalnego przyjmowani są pacjenci ubezpieczeni w Narodowym Funduszu Zdrowia, w innych instytucjach ubezpieczeniowych oraz pacjenci nie ubezpieczeni.

§ 3

1. Oddział posiada oddzielną izbę przyjęć.
2. Każda sala chorych posiada własną śluzę.

§ 4

W skład pomieszczeń wchodzą:

1) Sale chorych.
2) Pokój zabiegów pielęgniarskich z apteczką oddziałową.
3) Gabinet lekarski.
4) Gabinet pielęgniarki oddziałowej.
5) Kuchenka oddziałowa.
6) Pomieszczenia magazynowe czystej bielizny.
7) Pomieszczenia na brudną bieliznę (brudowniki).

8) Podręczny skład sprzętu zapasowego.

9) Węzły sanitarne dla chorych przy każdej sali.

10) Węzły sanitarne dla personelu.

11) Pomieszczenia na rzeczy osobiste chorych.

§ 5

W poszczególnych salach mogą przebywać chorzy tylko tej samej płci.

§ 6

1. Rozkład pracy lekarzy w oddziale oraz rozkład dyżurów ustala ordynator/ koordynator w porozumieniu z Zastępcą Dyrektora ds. Lecznictwa Zamkniętego.
2. Lekarz dyżurny w oddziałowej izbie przyjęć bada i przyjmuje pacjentów skierowanych do leczenia w oddziale.
3. W sytuacjach wymagających szczególnego postępowania lekarz dyżurny kontaktuje się z lekarzem dyżurnym Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

§ 7

1. Rozkład pracy personelu pielęgniarskiego ustala pielęgniarka oddziałowa w porozumieniu z Zastępcą Dyrektora ds. Pielęgniarstwa.
2. Personel pielęgniarski oraz inny personel niezbędny do utrzymania oddziału w stałej gotowości zatrudniony jest w systemie dwu zmianowym, godzinach: 7 – 19 i 19 – 7.

§ 8

1. Ustala się następujący ramowy rozkład dnia w zakresie obsługi i pielęgnacji chorych:

   Godz.6:00–7:00 – toaleta chorego, mierzenie temperatury i tętna.

   Godz.7:00–9:00 – pobieranie materiałów do badań analitycznych obłożnie chorym i wykonywanie niektórych badań diagnostycznych. Śniadanie.

   Sprzątanie sal chorych, prześciełanie łóżek, zmiana bielizny osobistej i pościelowej. Druga toaleta obłożnie chorych.

   Godz.8:00–10:00 – obchody lekarskie, wszyscy chorzy znajdują się w łóżkach .

   Godz.10:00–12:00 – wykonywanie zleceń lekarskich i zabiegów.

   Godz.12:00–13:00 – obiad, uporządkowanie sal chorych, toaleta obłożnie chorych.

   Godz.13:00–14:00 – wykonywanie zleceń lekarskich i innych czynności związanych z funkcjonowaniem oddziału.

   Godz.15:00–16:00 – wykonywanie zleceń lekarskich.

   Godz.16:00–18:00 – mierzenie temperatury i tętna, obchody wieczorne lekarzy dyżurnych.

   Godz.18:00–21:00 – kolacja, uporządkowanie sal, toaleta chorych, rozrywki kulturalne, wykonywanie zleceń lekarskich.

   Godz.21:00 – gaszenie światła.

   Godz.21:00–6:00 – cisza nocna.

2. W sytuacjach wymagających zmian w rozkładzie dnia, po porozumieniu się ordynatora/ koordynatora z Dyrektorem Zakładu w uzasadnionych przypadkach mogą być wprowadzone zmiany.

3. W porze przeznaczonej na posiłki dla chorych nie należy przeprowadzać badań i zabiegów, chyba że zachodzi przypadek nie cierpiący zwłoki.

§ 9

1. Badanie w celu ustalenia rozpoznania, a o ile to możliwe – również i leczenie powinno być rozpoczęte z chwilą przyjęcia chorego do oddziału.
2. W postępowaniu terapeutycznym personel medyczny przestrzega i stosuje określone standardy dla dziedziny medycyny jaką reprezentuje.
3. Przy wykonywaniu swoich zadań oddział współpracuje z oddziałami szpitala, korzysta z pracowni i innych komórek organizacyjnych zakładu.

§ 10

1. Lekarze oddziału są obowiązani prowadzić na bieżąco historie chorób.
2. Historia choroby powinna odzwierciedlać istotny stan chorego oraz przebieg badania i leczenia w szpitalu.
3. Historie choroby należy przechowywać w pokoju lekarskim z tym , że po wyjściu lekarzy – powinny znajdować się pod zamknięciem, dostępne jednak w razie potrzeby dla lekarzy dyżurnych.

§ 11

1. Obowiązkiem lekarza leczącego jest zgłoszenie ordynatorowi/ koordynatorowi wniosku o wypisanie chorego niezwłocznie po zakończeniu leczenia szpitalnego.
2. Wypisanie z oddziału następuje gdy:
   1) u chorego został zakończony proces diagnostyczno-terapeutyczny i nie wymaga dalszego pobytu,
   2) chory został przeniesiony do innego oddziału w tym szpitalu,
   3) chory został skierowany do dalszego leczenia w lecznictwie ambulatoryjnym,
   4) chory został skierowany do dalszego leczenia w innym szpitalu,
   5) chory został skierowany do dalszego leczenia w innym niż szpital zakładzie opieki stacjonarnej,
   6) wypis na własne żądanie/ na żądanie rodziców lub opiekunów,
   7) chory narusza w sposób rażący regulamin organizacyjny, a nie zachodzi obawa, że odmowa lub zaprzestanie udzielania świadczeń może spowodować bezpośrednie niebezpieczeństwo dla jego życia lub zdrowia, albo życia i zdrowia innych osób,
   8) nastąpił zgon.
3. Do chwili opuszczenia szpitala przez chorego pozostaje on na stanie chorych..

§ 12

1. Personel oddziału jest obowiązany nadzorować higienę osobistą chorych, a w szczególności ułatwiać im korzystanie z kąpieli, dopilnowywać toalety chorych, zmieniać zabrudzoną bieliznę osobistą i pościelową oraz zwracać chorym uwagę na zaniedbanie w wyglądzie zewnętrznym.
2. Ciężko chorzy powinni być:
   1) przekazywani po godzinach ordynacji lekarskiej pod opiekę lekarza dyżurnego,
   2) codziennie szczegółowo badani ,

3) pielęgnowani przez częste i prawidłowe wykonywanie toalety ciała, prześciełanie łóżka, wygładzanie fałd bielizny pościelowej i osobistej,

4) obsługiwani przy spożywaniu pokarmów, dokonywaniu toalety i zaspakajaniu potrzeb fizjologicznych.

§ 13

Personelowi zatrudnionemu nie wolno przebywać na salach chorych po zakończeniu pracy i przekazaniu jej następnej zmianie – bez uzyskania zgody bezpośredniego przełożonego.

§ 14

Obowiązkowej hospitalizacji podlegają :

1) osoby chore na gruźlicę płuc w okresie prątkowania oraz osoby z uzasadnionym podejrzeniem o prątkowanie,

2) osoby chore i podejrzane o zachorowania na :

   a) Błonicę,

   b) Cholerę,

   c) Dur brzuszny,

   d) Dury rzekome A, B, C,

   e) Dżumę,

   f) Nagminne porażenie dziecięce oraz inne ostre porażenia wiotkie w tym zespół Guillaina-Barrego,

   g) Tularemię,

   h) Zapalenie mózgu,

   i) Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych,

   j) Żółtą gorączkę i wirusowe gorączki krwotoczne.

3) Osoby wymienione w pkt 1) winny być kierowane do oddziałów o profilu ftyzjatrycznym celem obowiązkowej hospitalizacji.

§ 15

1. Lekarz sprawujący opiekę nad osobą poddaną obowiązkowej hospitalizacji, izolacji lub kwarantannie, na podstawie decyzji administracyjnej inspektora sanitarnego, ma obowiązek poinformowania tej osoby o przyczynach zastosowania tego środka.
2. Wyrażenie zgody na obowiązkową hospitalizację, izolację lub kwarantannę następuje w formie złożenia podpisu w dokumentacji medycznej przez osobę, wobec, której zastosowano ten środek. W odniesieniu do osoby małoletniej lub nie posiadającej zdolności do czynności prawnych podpis składa osoba sprawująca opiekę prawną lub faktyczną.
3. W przypadku braku zgody na obowiązkową hospitalizację, izolację lub kwarantannę ordynator oddziału lub wyznaczony przez niego lekarz jest obowiązany powiadomić tę osobę o przysługującym jej prawie odwołanie się do sądu w celu niezwłocznego ustalenia legalności pozbawienia wolności oraz umożliwić tej osobie odwołanie się do sądu.
4. Ordynator/ koordynator oddziału lub wyznaczony przez niego lekarz obowiązany jest do powiadomienia rodziny lub osoby wskazanej przez osobę poddaną obowiązkowej hospitalizacji, izolacji lub kwarantannie o zastosowaniu tego środka.
5. Czynności .o których mowa w ust.1,3 i 4 należy odnotować w dokumentacji medycznej

§ 16

Środki transportu, którymi były przewożone osoby chore lub podejrzane o zakażenie podlegają zabiegom dezynfekcyjnym po każdorazowym przewozie takiej osoby.

§ 17

1. W przypadku stwierdzenia lub podejrzenia, że zgon nastąpił z powodu choroby zakaźnej określonej w wykazie (załącznik nr 1 do ustawy o chorobach zakaźnych i zakażeniach) chorób zakaźnych i zakażeń lekarz ma obowiązek powiadomić o tym fakcie wojewódzkiego inspektora sanitarnego.
2. W zgłoszeniu , o którym mowa w ust. 1 zamieszcza się następujące dane osoby, której dotyczy zgłoszenie:
   1) Imię i nazwisko,
   2) datę urodzenia,
   3) nr PESEL,
   4) płeć,
   5) adres zamieszkania lub zameldowania,
   6) rozpoznanie oraz kod jednostki chorobowej zgodnie z międzynarodową klasyfikacją chorób,
   7) inne informacje niezbędne do przeciwdziałania chorobom zakaźnym i zakażeniom oraz rozpoznania i oceny sytuacji epidemiologicznej.
3. W zgłoszeniu, o którym mowa w ust. 2 należy zamieścić imię i nazwisko, adres i numer telefonu lekarza dokonującego zgłoszenia.

§ 18

1. W oddziale nie ma odwiedzin na salach chorych. Wyjątkowo w przypadkach groźnych dla życia ordynator lub lekarz dyżurny może zezwolić na odwiedzenie chorego przez osoby najbliższe, w sali.

   Odwiedziny chorych odbywają się w specjalnie do tego celu przeznaczonym pomieszczeniu..
2. Odwiedzający przed wejściem do sali chorych powinien nałożyć fartuch zapinany z tyłu, czepek na głowę oraz ochraniacze na obuwie. Po zakończeniu odwiedzin należy dopilnować aby odwiedzający umył ręce w roztworze dezynfekcyjnym oraz zdjął odzież ochronną.
3. Odwiedzającego należy pouczyć jak ma się zachować podczas odwiedzin.

§ 19

1. Informacji o stanie zdrowia chorych udzielają wyłącznie lekarze, w dniach i godzinach ustalonych przez ordynatora / koordynatora./ w godzinach przedpołudniowych.
2. W razie pogorszenia grożącego życiu lub zgonu chorego należ bezzwłocznie powiadomić o tym jego rodzinę lub opiekunów.
3. Informacji o stanie zdrowia powinien udzielać ordynator lub wyznaczony przez niego inny lekarz.

§ 20

1. Przy wydawaniu chorym posiłków należy przestrzegać diet zleconych przez lekarza leczącego.

2. Posiłki przechodzące z ogólnej kuchni szpitalnej powinny być dostarczane na oddział zakaźny przez personel kuchni ogólnej w jej naczyniach.
3. Przy wejściu na oddział zakaźny posiłki należy przełożyć do naczyń tego oddziału i dostarczyć przez personel oddziału do kuchenek oddziałowych na odcinkach celem podgrzania i po porcjowania dla chorych.
4. Naczynia kuchenne i stołowe oraz nakrycia dla chorych nie mogą być przemieszczane między odcinkami oddziału.
5. Oddział zakaźny powinien być zaopatrzony w dostateczną ilość naczyń tj. talerzy, łyżek, kubków itp., aby nie przenosić tych naczyń z innych oddziałów.
6. Zasady mycia i sterylizacji naczyń stołowych i kuchennych określają właściwe instrukcje, będące na wyposażeniu oddziału.
7. W przerwach między posiłkami kuchenki oddziałowe powinny być zamknięte.

§ 21

1. Postępowanie z bielizną szpitalną, regulują instrukcje, które winny znajdować się w oddziale.
2. Bielizna z oddziału chorób zakaźnych traktowana jest w całości jako bielizna zakażona i postępowanie z nią jest rygorystyczne, zgodne z zasadami postępowania z materiałem zakażonym.
3. Bieliznę z oddziału wywozi się do pralni zamkniętym wózkiem transportowym.
4. Czystą i brudną bieliznę należy transportować oddzielnie.

VI. ZAKŁAD OPIEKUŃCZO – LECZNICZY

§ 1

1. Zakład Opiekuńczo-Leczniczy jest zakładem stacjonarnym, udzielającym całodobowych świadczeń zdrowotnych, obejmujących swoim zakresem pielęgnację i rehabilitację osób nie wymagających hospitalizacji oraz zapewnia im środki farmaceutyczne i materiały medyczne, pomieszczenie i wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia, a także opiekę w czasie organizowanych zajęć kulturalno-rekreacyjnych.
2. Osobom ubezpieczonym i innym osobom uprawnionym do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych na podstawie odrębnych przepisów, zakład zapewnia środki farmaceutyczne i materiały medyczne na zlecenie lekarza zakładu.
3. Za organizację pracy i sprawne funkcjonowanie Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego odpowiedzialny jest Kierownik zakładu. Zakład Opiekuńczo-Leczniczy w zakresie leczenia podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa Zamkniętego, w zakresie opieki pielęgniarskiej Zastępcy Dyrektora ds. Pielęgniarstwa.

§ 2

1. Pacjenci przyjmowani są do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w trybie planowym.

   Podstawą skierowania pacjenta do ZOL jest:

   1) Skierowanie do Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego/ Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego.
   2) Wywiad pielęgniarski i zaświadczenie lekarskie
   3) Karta oceny Świadczeniobiorcy kierowanego do zakładu o opiekuńczego (Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel)
   4) Subiektywna globalna ocena stanu odżywienia (SGA)

5) Zgoda na pobyt (Oświadczenie pacjenta/przedstawiciela ustawowego)
6) Zgoda na przetwarzanie danych osobowych (Oświadczenie)

2. Decyzję o przyjęciu pacjenta do ZOL podejmuje Dyrektor Szpitala Miejskiego w którego strukturze znajduje się Zakład Opiekuńczo-Leczniczy
3. Osoba zakwalifikowana do zakładu zostaje wpisana na listę osób oczekujących na przyjęcie do ZOL.
4. Dyrektor Szpitala informuje osobę zainteresowaną o wpisaniu na Listę osób oczekujących.
5. Kierownik Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego zawiadamia osobę skierowaną do zakładu o terminie przyjęcia.
6. Skierowanie do Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego wydaje się na pobyt czasowy.
7. W przypadku wydania przez sąd opiekuńczy orzeczenia o umieszczeniu w zakładzie, stanowi ono podstawę do wydania skierowania.
8. W przypadkach nagłych, uzasadnionych stanem zdrowia, na wniosek lekarza może być wydane skierowanie do zakładu na czas określony, bez zachowania wyżej opisanego trybu, a przyjęcie do zakładu może nastąpić poza kolejnością.

§ 3

1. Osoba przebywająca w Zakładzie Opiekuńczo – Leczniczym ponosi koszty wyżywienia i zakwaterowania. Miesięczną opłatę ustala się w wysokości odpowiadającej 250% najniższej emerytury, z tym że opłata nie może być wyższa niż 70% miesięcznego dochodu w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej, osoby przebywającej w Zakładzie Opiekuńczo – Leczniczym.
2. Opłatę, o której mowa w ust. 1 ustala się ponownie po każdorazowej zmianie wysokości dochodu osoby przebywającej w zakładzie albo osób zobowiązanych do ponoszenia opłat za pobyt w zakładzie.
3. Miesięczną opłatę za pobyt w zakładzie obniżą się odpowiednio o liczbę dni nieobecności w danym miesiącu w zakładzie, z zastrzeżeniem ust.4.
4. Obniżenie opłaty następuje pod warunkiem pisemnego poinformowania kierownika zakładu przez osobę przebywającą w zakładzie o nieobecności co najmniej na 3 dni wcześniej, chyba że powiadomienie to było niemożliwe z powodów losowych, a ten fakt został uwiarygodniony.
5. Do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego przyjmowani są pacjenci ubezpieczeni w Narodowym Funduszu Zdrowia, w innych instytucjach ubezpieczeniowych oraz pacjenci nie ubezpieczeni, którzy ponoszą koszty pobytu we własnym zakresie.

§ 4

W skład pomieszczeń zakładu opiekuńczo-leczniczego wchodzą:

1) Sale chorych
2) Pokój dziennego pobytu
3) Gabinet lekarski (kierownika)
4) Boks przyjęć i wypisów
5) Gabinet pielęgniarki koordynującej
6) Pomieszczenie administracyjne

7) Punkt pielęgniarek odcinkowych
8) Gabinet rehabilitacyjny
9) Kuchenka oddziałowa
10) Węzły sanitarne dla kobiet i dla mężczyzn
11) Podręczny magazyn sprzętu zapasowego, bielizny
12) Brudownik
13) Pokój dziennego pobytu może być wykorzystywany jako jadalnia dla osób chodzących. Pokoju tego nie należy przekształcać na sale chorych leżących.

§ 5

1. W Zakładzie Opiekuńczo – Leczniczym zatrudnieni są:
   1) lekarz,
   2) pielęgniarka koordynująca,
   3) psycholog,
   4) rehabilitanci,
   5) logopeda,
   6) pielęgniarki,
   7) opiekunowie medyczni,
   8) sekretarka medyczna,
   9) terapeutka zajęciowa,
   10) pracownicy gospodarczy.
2. Opiekę lekarską w godzinach przedpołudniowych zapewnia lekarz zatrudniony w zakładzie.
3. Opiekę lekarską w godzinach popołudniowych zapewnia lekarz dyżurny
4. W sytuacjach wymagających szczególnego postępowania lekarz dyżurny kontaktuje się z lekarzem dyżurnym Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

§ 6

1. Rozkład pracy personelu pielęgniarskiego ustala Pielęgniarka koordynująca, w porozumieniu z Zastępcą Dyrektora ds. Pielęgniarstwa.
2. Personel medyczny, pielęgniarski i pomocniczy zatrudniony bezpośrednio przy obsłudze chorych pracuje w systemie podstawowym oraz zmianowym, w godzinach: 7.00 – 19.00 i 19.00-7.00; 7.00-14.35; 9.00-13.00; 8.00-15.00

§ 7

1. Ustala się następujący ramowy rozkład dnia w zakresie obsługi i pielęgnacji chorych:

Godzina 5:00-6:30 – toaleta chorego, mierzenie temperatury i tętna.

Godzina 6:30-7.00 – przekazanie dyżuru (raport).

Godzina 7:00-09:30 – toalety chorego, pobieranie materiałów do badań analitycznych obłożnie chorym i wykonywanie niektórych badań diagnostycznych.

Godzina 9:30-10:30 – śniadanie. Sprzątanie sal chorych, prześciełanie łóżek, zmiana bielizny osobistej i pościelowej.

Godzina 10:30-13:00 – obchody lekarskie.

Godzina 9:00-15:00 – rehabilitacja; fizjoterapia; zajęcia z logopedą, psychologiem.

Godzina 13:00-14:00 – obiad, uporządkowanie sal chorych. Wykonywanie zleceń lekarskich i innych czynności związanych z funkcjonowaniem ZOL-u.

Godzina 15:00-17:00 – toaleta chorych, wykonywanie zleceń pielęgniarskich, odwiedziny

Godzina 17:00-18:00 – kolacja, uporządkowanie sal,

Godzina 18:00-21:00 – toaleta chorych, wykonywanie czynności pielęgniarskich.

Godzina 22:00-6:00 – cisza nocna.

Całodobowe wykonywanie zleceń lekarskich wg kart zleceń i zabiegów czynności pielęgniarskich.

2. W porze przeznaczonej na posiłki dla chorych nie należy przeprowadzać badań i zabiegów, chyba że zachodzi przypadek nie cierpiący zwłoki.

§ 8

1. W postępowaniu pielęgnacyjnym średni personel medyczny przestrzega i stosuje standardy określone dla Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego.
2. Ciężko chorzy powinni być: przekazywani po godzinach ordynacji lekarskiej pod opiekę lekarza dyżurnego, pielęgnowani przez częste i prawidłowe wykonywanie toalety ciała, prześciełanie łóżka, wygładzanie fałd bielizny pościelowej i osobistej, postępowanie przeciwodleżynowe, powinni być obsługiwani przy spożywaniu pokarmów, dokonywaniu toalety i zaspakajaniu potrzeb fizjologicznych.
3. Ciężko chorych należy otaczać szczególnie troskliwą opieką, a na polecenie lekarza – zapewnić im indywidualną opiekę pielęgniarską.
4. Personel jest obowiązany nadzorować higienę osobistą chorych, a w szczególności ułatwić im korzystanie z kąpieli, dopilnowywać toalety chorych, zmieniać zabrudzoną bieliznę osobistą i pościelową oraz zwracać chorym uwagę na zaniedbanie w wyglądzie zewnętrznym.

§ 9

W Zakładzie Opiekuńczo-Leczniczym personel lekarski i pielęgniarski obowiązany jest prowadzić dokumentację medyczną indywidualną i zbiorczą przeznaczoną dla potrzeb zakładu oraz przebywających tam pacjentów.

§ 10

1. Odwiedzanie chorych w zakładzie odbywa się w godzinach 9:00-20:00
2. Ze względów epidemiologicznych lub innych ważnych przyczyn może być okresowo wprowadzony zakaz odwiedzania chorych.

§ 11

Przechowywanie artykułów żywnościowych pacjenta:

1) Produkty żywnościowe w oryginalnych opakowaniach (z ważną datą minimalnej trwałości lub terminem przydatności do spożycia) muszą być podpisane:
   a) imieniem i nazwiskiem pacjenta,
   b) w przypadku otwarcia produktu żywnościowego do spożycia – data, godzina otwarcia opakowania.

2) Produkty żywnościowe po otwarciu opakowania – mogą być przechowywane w lodówce do 48 godzin.
3) Potrawy przygotowane w domu i przyniesione przez rodzinę przed wstawieniem do lodówki muszą być podpisane:
   a) imieniem i nazwiskiem pacjenta,
   b) datą i godziną przygotowania potrawy w domu.
4) Potrawy w lodówce mogą być przechowywane do 48 godzin od daty przygotowania. Wszystkie produkty przeterminowane mogą być usunięte z lodówki bez uprzedzenia.
5) Pacjenci opuszczający oddział zobowiązani są do zabrania swoich artykułów żywnościowych z lodówki.

VII. ODDZIAŁY DZIECIĘCE (CHIRURGIA DZIECIĘCA, PEDIATRIA)

§1

1. Oddział jest podstawową komórką organizacyjna leczniczo – profilaktycznej działalności szpitala.
2. Oddział udziela świadczeń zdrowotnych w zakresie reprezentowanej dziedziny medycyny.
3. Oddział w zakresie leczenia podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa Zamkniętego, w zakresie opieki pielęgniarskiej Zastępcy Dyrektora ds. Pielęgniarstwa.

§ 2

Oddział zapewnia przyjętemu pacjentowi:
1) świadczenia zdrowotne,
2) środki farmaceutyczne,
3) pomieszczenie i wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia.

§ 3

1. Opisy stanowisk pracy zatwierdzone przez Dyrektora znajdują się w Dziale Kadr.
2. Prawa i obowiązki personelu lekarskiego zawarto w umowach cywilno-prawnych (kontrakt). Zostały one określone na podstawie ustawy o działalności leczniczej oraz innych dokumentów Szpitala.
3. Prawa i obowiązki personelu lekarskiego zatrudnionego na podstawie umowy o pracę określają odpowiednio Regulamin Pracy, Kodeks Pracy i inne dokumenty Szpitala oraz zakresy obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności opracowane przez ordynatora / koordynatora oddziału i zatwierdzone przez Dyrektora.
4. Prawa i obowiązki personelu pielęgniarskiego i innego średniego wynikające ze stosunku pracy określają odpowiednio Regulamin Pracy, Kodeks Pracy i inne dokumenty Szpitala oraz zakresy obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności.
5. Zakresy obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności znajdują się w aktach osobowych pracownika.

§ 4

1. Pacjenci są przyjmowani do oddziału w następujących trybach :
   1) przyjęcie w trybie nagłym,
   2) przyjęcie w trybie planowym.
2. W trybach przyjęć, o których mowa w ust. 1 pacjenci ubezpieczeni w Narodowym Funduszu Zdrowia do leczenia szpitalnego przyjmowani są bezpłatnie. Ubezpieczeni w innych instytucjach oraz pacjenci nie ubezpieczeni ponoszą koszty leczenia we własnym zakresie.

3. Przy przyjmowaniu dziecka do szpitala należy wpisać dane personalne rodziców lub opiekunów prawnych podając na jakiej podstawie zostały one ustalone (numer i seria dowodu tożsamości, numer książki ubezpieczeniowej).
4. Przy wydawaniu dziecka wypisanego ze szpitala personel medyczny obowiązany jest do wpisania w historii choroby dokument tożsamości osoby, której wydano dziecko oraz datę i godzinę wydania dziecka.

§ 5

1. W skład pomieszczeń oddziału wchodzą:
   1) Sale chorych.
   2) Gabinet ordynatora.
   3) Gabinet lekarzy asystentów.
   4) Gabinet pielęgniarki oddziałowej.
   5) Punkty pielęgniarek odcinkowych.
   6) Kuchenka oddziałowa.
   7) Boks niemowlęcy.
   8) Podręczny skład sprzętu zapasowego, bielizny.
   9) Węzły sanitarne dla dzieci.
   10) Brudowniki.
   11) Węzły sanitarne dla personelu.
   12) Gabinet zabiegowy.
   13) Sala opatrunkowa .
   14) Gipsownia.
   15) Oddziałowa izba przyjęć.

2. Sale chorych są jednocześnie jadalniami.

§ 6

1. Rozkład pracy lekarzy w oddziale oraz rozkład dyżurów ustala ordynator/ koordynator w porozumieniu z Dyrektorem szpitala.
2. Lekarz dyżurny jest odpowiedzialny za badanie i przyjęcia chorych w oddziałowej izbie przyjęć, kierowanych do Oddziału Chirurgii Dziecięcej oraz za opiekę nad pacjentami w tym oddziale.

§ 7

W sytuacjach wymagających szczególnego postępowania lekarz dyżurny kontaktuje się z lekarzem dyżurnym Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

§ 8

1. Rozkład pracy personelu pielęgniarskiego ustala pielęgniarka oddziałowa w porozumieniu z Zastępcą Dyrektora ds. Pielęgniarstwa.
2. Personel pielęgniarski zatrudniony bezpośrednio przy obsłudze chorych oraz inny personel niezbędny do utrzymania oddziału w stałej gotowości, zatrudniony jest w systemie dwu zmianowym, w godzinach: 7:00–19:00 i 19:00–7:00.

§ 9

1. Ustala się następujący ramowy rozkład dnia w zakresie obsługi i pielęgnacji chorych:

Godzina 7:00-8:00 - Toaleta chorego.
Godzina 7:00-9:00 - Pobieranie materiałów do badań analitycznych obłożnie chorym i wykonywanie niektórych badań diagnostycznych, sprzątanie sal chorych ,ścielenie łóżek, zmiana bielizny osobistej i pościelowej. Druga toaleta chorych. Śniadanie.
Godzina 8:00-10:00 - Obchody lekarskie. Wszyscy chorzy znajdują się w łóżkach .

Godzina 8:00-13:00 - Transport pacjentów na blok operacyjny i z bloku operacyjnego (zabiegi planowane)
Godzina 9:00–12:00 - Wykonywanie zleceń lekarskich i zabiegów.
Godzina 12:00–13:00 - Obiad, uporządkowanie sal chorych.
Godzina 13:00–14:00 - Wykonywanie zleceń lekarskich i innych czynności związanych z funkcjonowaniem oddziału.
Godzina 15:00–16:00 - Wykonywanie zleceń lekarskich.
Godzina 16:00–18:00 - Mierzenie temperatury i tętna, obchody wieczorne lekarzy dyżurnych.
Godzina 17:00–18:00 - Kolacja, uporządkowanie sal, toaleta chorych, rozrywki kulturalne, wykonywanie zleceń lekarskich.
Godzina 19:00–20:00 - Obchód lekarski (dotyczy oddziału pediatrycznego).
Godzina 21:00–6:00 - Cisza nocna.

2. W sytuacjach wymagających zmian w rozkładzie dnia, po porozumieniu się ordynatora/ koordynatora z Dyrektorem Zakładu w uzasadnionych przypadkach mogą być wprowadzone zmiany.
3. W porze przeznaczonej na posiłki dla chorych nie należy przeprowadzać badań i zabiegów, chyba że zachodzi przypadek nie cierpiący zwłoki.

§ 10

1. Badanie w celu ustalenia rozpoznania, a o ile to możliwe – również i leczenie powinno być rozpoczęte z chwilą przyjęcia chorego do oddziału.
2. W postępowaniu terapeutycznym personel medyczny przestrzega i stosuje określone standardy dla dziedziny medycyny jaką reprezentuje.

§ 11

1. Lekarze oddziału są obowiązani prowadzić na bieżąco historie chorób.
2. Historia choroby powinna odzwierciedlać istotny stan chorego oraz przebieg badania i leczenia w szpitalu. Wszystkie wyniki badań laboratoryjnych należy wpisywać lub wklejać do historii choroby.
3. Historie choroby należy przechowywać w pokoju lekarskim z tym, że po wyjściu lekarzy – powinny znajdować się pod zamknięciem, dostępne jednak w razie potrzeby dla lekarzy dyżurnych.

§ 12

1. Obowiązkiem lekarza leczącego jest zgłoszenie ordynatorowi/ koordynatorowi wniosku o wypisanie chorego niezwłocznie po zakończeniu leczenia szpitalnego.

2. Wypisanie z oddziału następuje gdy:
   1) u chorego został zakończony proces diagnostyczno-terapeutyczny i nie wymaga dalszego pobytu,
   2) chory został przeniesiony do innego oddziału w tym szpitalu,
   3) chory został skierowany do dalszego leczenia w lecznictwie ambulatoryjnym,
   4) chory został skierowany do dalszego leczenia w innym szpitalu,
   5) chory został skierowany do dalszego leczenia w innym niż szpital zakładzie opieki stacjonarnej,
   6) wypis na własne żądanie/ na żądanie rodziców lub opiekunów,
   7) chory narusza w sposób rażący regulamin organizacyjny, a nie zachodzi obawa, że odmowa lub zaprzestanie udzielania świadczeń może spowodować bezpośrednie niebezpieczeństwo dla jego życia lub zdrowia, albo życia i zdrowia innych osób,
   8) nastąpił zgon.

3. Do chwili opuszczenia szpitala przez chorego pozostaje on na stanie chorych..

§ 13

1. Personel oddziału jest obowiązany nadzorować higienę osobistą chorych, a w szczególności ułatwiać im korzystanie z kąpieli, dopilnowywać toalety chorych, zmieniać zabrudzoną bieliznę osobistą i pościelową oraz zwracać chorym uwagę na zaniedbanie w wyglądzie zewnętrznym.
2. Ciężko chorych i chorych, którzy byli poddani zabiegom operacyjnym, należy otaczać szczególnie troskliwą opieką, a na polecenie lekarza – zapewnić im indywidualną opiekę pielęgniarską.
3. Chorym nieprzytomnym lub zamroczonym należy zapewnić indywidualną opiekę pielęgniarską do chwili uzyskania przytomności.
4. Ciężko chorzy powinni być:
   1) przekazywani po godzinach ordynacji lekarskiej pod opiekę lekarza dyżurnego,
   2) codziennie szczegółowo badani ,
   3) pielęgnowani przez częste i prawidłowe wykonywanie toalety ciała, prześciełanie łóżka, wygładzanie fałd bielizny pościelowej i osobistej,
   4) obsługiwani przy spożywaniu pokarmów, dokonywaniu toalety i zaspakajaniu potrzeb fizjologicznych.

§ 14

Chorzy kierowani na badania specjalistyczne i zabiegi lecznicze powinni być, zależnie od stanu zdrowia, przeprowadzani, przewożeni na wózkach, łóżkach lub przenoszeni na noszach przez personel.

§ 15

1. Informacji o stanie zdrowia chorych udzielają wyłącznie lekarze, w dniach i godzinach ustalonych przez ordynatora/ koordynatora.
2. O stanie zdrowia ciężko chorych bądź w przypadkach szczególnie uzasadnionych lekarze powinni jednak udzielać informacji także w innym czasie.
3. Zabrania się udzielania informacji o stanie zdrowia chorego przez telefon.
4. W razie pogorszenia grożącego życiu lub zgonu chorego należy bezzwłocznie powiadomić o tym jego rodzinę lub opiekunów.

§ 16

1. Odwiedzanie chorych w oddziale ustala lekarz ordynator/ koordynator. Dni i godziny odwiedzin są podawane na tablicy ogłoszeń danego oddziału lub w inny zwyczajowo przyjęty sposób.
2. Odwiedzanie chorych w innym czasie może odbywać się tylko w wyjątkowych wypadkach, za zezwoleniem ordynatora/ koordynatora oddziału lub lekarza dyżurnego.
3. Zabrania się odwiedzin osobom niepełnoletnim.
4. Ze względów epidemiologicznych lub innych ważnych przyczyn może być okresowo wprowadzony zakaz odwiedzania chorych.

§ 17

1. Całą dobę mogą przebywać przy dzieciach rodzice lub opiekunowie. W sytuacji, kiedy rodzice/ opiekunowie nie mogą przebywać z dzieckiem, po uzgodnieniu z ordynatorem/ koordynatorem oddziału lub lekarzem leczącym mogą wskazać osobę, która będzie tę opiekę sprawowała. Osoba taka ma do dyspozycji łóżko składane/ materac z pościelą.
2. Za skorzystanie z możliwości pobytu z dzieckiem osoba dorosła zobowiązana jest uiścic opłatę zawartą w cenniku usług szpitala (usługi hotelowe dla opiekunów pacjentów).

3. Przy dziecku może przebywać jedna osoba. Istnieje możliwość wykupienia obiadów dla osoby przebywającej całą dobę w szpitalu.
4. Osoba przebywająca z dzieckiem może zapewnić mu podstawową opiekę tj. karmienie, przewijanie i pielęgnację. W przypadku wątpliwości powinna zgłosić się do dyżurującej pielęgniarki.
5. Osoba przebywająca z dzieckiem zobowiązana jest podporządkować się wszelkim poleceniom i wskazówkom personelu medycznego.
6. Opiekunom dziecka nie wolno na terenie oddziału:
   1) palić papierosów,
   2) karmić dzieci bez uzgodnienia z lekarzem i pozostawiać jedzenia w szafkach,
   3) spożywać posiłków i gorących napojów na salach dziecięcych ze względu na bezpieczeństwo dzieci,
   4) przynosić przedmiotów, które mogłyby stanowić zagrożenie np. grzałki, czajniki elektryczne.
7. Personel oddziału nie ponosi odpowiedzialności za rzeczy przyniesione na oddział przez osoby przebywające z dzieckiem.

§ 18

1. Dzieci przebywające w oddziale mogą być ubrane we własną piżamę i bieliznę. Dzieci mogą posiadać własne zabawki.
2. Pacjenci nie mogą opuszczać oddziału bez wiedzy personelu.

§ 19

1. Przechowywanie artykułów żywnościowych pacjenta:

   1) Produkty żywnościowe w oryginalnych opakowaniach (z ważną datą minimalnej trwałości lub terminem przydatności do spożycia) muszą być podpisane:

      a) imieniem i nazwiskiem pacjenta,
      b) w przypadku otwarcia produktu żywnościowego do spożycia – data, godzina otwarcia opakowania.

   2) Produkty żywnościowe po otwarciu opakowania – mogą być przechowywane w lodówce do 48 godzin.

   3) Potrawy przygotowane w domu i przyniesione przez rodzinę przed wstawieniem do lodówki muszą być podpisane:

      a) imieniem i nazwiskiem pacjenta,
      b) datą i godziną przygotowania potrawy w domu.

2. Potrawy w lodówce mogą być przechowywane do 48 godzin od daty przygotowania. Wszystkie produkty przeterminowane mogą być usunięte z lodówki bez uprzedzenia.
3. Pacjenci opuszczający oddział zobowiązani są do zabrania swoich artykułów żywnościowych z lodówki.

§ 20

Personelowi zatrudnionemu nie wolno przebywać na salach chorych po zakończeniu pracy i przekazaniu jej następnej zmianie – bez uzyskania zgody bezpośredniego przełożonego.

§ 21

W realizacji zadań pracownicy oddziału współpracują ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Szpitala.

VIII. ODDZIAŁ POŁOŻNICZO-GINEKOLOGICZNY Z PODODDZIAŁEM NEONATOLOGICZNYM

§1

Oddział Ginekologiczno-Położniczy w zakresie leczenia podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa Zamkniętego, w zakresie opieki pielęgniarskiej Zastępcy Dyrektora ds. Pielęgniarstwa.

§ 2

1. Oddział jest podstawową komórką organizacyjną leczniczo – profilaktycznej działalności szpitala, która musi zapewniać warunki ograniczenia przenoszenia zakażenia.
2. Oddział udziela świadczeń zdrowotnych w zakresie reprezentowanej dziedziny medycyny.
3. Oddział zapewnia przyjętemu pacjentowi:
   1) świadczenia zdrowotne,
   2) środki farmaceutyczne,
   3) pomieszczenie i wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia.
4. W oddziale ustalono wskaźniki opieki okołoporodowej mające na celu podniesienie jakości opieki nad pacjentkami i ich nowo narodzonymi dziećmi. Monitorowanie wskaźników odbywa się nie rzadziej niż raz w roku.
5. Wskaźniki monitorowania opieki okołoporodowej:
   1) wskaźnik zgonów noworodka po porodzie - poniżej 1%,
   2) wskaźnik cięć cesarskich - do 35% wszystkich porodów,
   3) wskaźnik nacięć krocza - poniżej 15% porodów siłami natury,
   4) wskaźnik indukcji porodu np. podanie oksytocyny, amniotomia itp. - do 20% porodów siłami natury ze wskazaniem klinicznym,
   5) 90 % noworodków karmionych wyłącznie piersią po porodzie,
   6) 80% personelu oddziału odbędzie raz w roku szkolenie z zakresu laktacji (szkolenia wewnątrzoddziałowe, zewnętrzne),
   7) badanie zadowolenia pacjentek - 85% położnic będzie zadowolonych z pobytu w oddziale,
   8) test oceny stanu emocjonalnego pacjentki w okresie okołoporodowym – 90% pacjentek bez oznak depresji w okresie okołoporodowym,
6. Współczynniki wyliczane są na podstawie:
   1) zapisów w Księdze Bloku Porodowego – statystyka sporządzana kwartalnie,
   2) zapisów w Księdze Oddziałowej Oddziału Noworodków – statystyka sporządzana z każdego miesiąca,
   3) statystyka sporządzona na podstawie list obecności ze szkoleń,
   4) ankieta badania satysfakcji pacjentek (1 x rok).
7. W oddziale ocenia się stan emocjonalny pacjentki celem zdiagnozowania ryzyka depresji w okresie okołoporodowym.
8. W oddziale opracowano i realizuje się procedurę łagodzenia bólu porodowego.

§ 3

1. Opisy stanowisk pracy zatwierdzone przez Dyrektora znajdują się w Dziale Służb Pracowniczych.
2. Prawa i obowiązki personelu lekarskiego zawarto w umowach cywilno-prawnych (kontrakt). Zostały one określone na podstawie ustawy o działalności leczniczej oraz innych dokumentów Szpitala.

3. Prawa i obowiązki personelu pielęgniarskiego i innego średniego wynikające ze stosunku pracy określają odpowiednio Kodeks Pracy, Regulamin Pracy i inne dokumenty Szpitala oraz zakresy obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności.
4. Zakresy obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności znajdują się w aktach osobowych pracownika.

§ 4

1. Pacjenci przyjmowani są do szpitala w następujących trybach:
   1) przyjęcie w trybie nagłym w wyniku przekazania przez zespół ratownictwa medycznego,
   2) przyjęcie w trybie nagłym – inne przypadki,
   3) przyjęcie noworodka w wyniku porodu w tym szpitalu,
   4) przyjęcie planowe na podstawie skierowania,
   5) Przyjęcie osoby, która skorzystała ze świadczeń opieki zdrowotnej poza kolejnością, zgodnie z uprawnieniami przysługującymi jej na podstawie ustawy.

2. W trybach przyjęć, o których mowa w pkt 1 ust. 1 – 5 do leczenia szpitalnego przyjmowani są pacjenci ubezpieczeni w Narodowym Funduszu Zdrowia, w innych instytucjach ubezpieczeniowych oraz pacjenci nie ubezpieczeni, którzy ponoszą koszty leczenia we własnym zakresie.

§ 5

1. W skład pomieszczeń oddziału wchodzą:
   1) Sale chorych,
   2) Sala obserwacyjno – zabiegowa (noworodki)
   3) Sala pooperacyjna,
   4) Trakt porodowy,
   5) Sala porodów rodzinnych
   6) Gabinety zabiegowe dla poszczególnych pododdziałów ,
   7) Gabinet USG
   8) Izba przyjęć położnicza
   9) Pokój odwiedzin,
   10) Gabinet ordynatora,
   11) Gabinet lekarzy asystentów,
   12) Sekretariat,
   13) Gabinet położnej oddziałowej,
   14) Punkty położnych odcinkowych,
   15) Punkty pielęgniarek odcinkowych,
   16) Kuchenki oddziałowe,
   17) Podręczny skład sprzętu zapasowego, bielizny,
   18) Węzły sanitarne dla kobiet,
   19) Brudowniki,
   20) Węzły sanitarne dla personelu,
   21) Pokój socjalny.

§ 6

1. Rozkład pracy lekarzy w oddziale oraz rozkład dyżurów ustala ordynator / koordynator w porozumieniu z Dyrektorem szpitala.
2. Lekarz dyżurny jest odpowiedzialny za badanie i przyjęcia pacjentek kierowanych do oddziału położniczo – ginekologicznego oraz za opiekę nad pacjentkami w tym oddziale.

§ 7

W sytuacjach wymagających szczególnego postępowania lekarz dyżurny kontaktuje się z lekarzem dyżurnym Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

§ 8

1. Rozkład pracy położnych, pielęgniarek ustala pielęgniarka oddziałowa w porozumieniu z Zastępcą Dyrektora ds. Pielęgniarstwa.
2. Położne, pielęgniarki , personel niższy zatrudniony bezpośrednio przy obsłudze chorych oraz inny personel niezbędny do utrzymania oddziału w stałej gotowości zatrudniony jest w systemie dwu zmianowym, w godzinach: 7 – 19 i 19 – 7.

§ 9

1. Ustala się następujący ramowy rozkład dnia w zakresie obsługi i pielęgnacji chorych:

Godzina 6:00–7:00 – Toaleta chorego, mierzenie temperatury i tętna.
Godzina 7:00–9:00 – Pobieranie materiałów do badań analitycznych obłożnie chorym i wykonywanie niektórych badań diagnostycznych.
– Śniadanie. Sprzątanie sal chorych, prześciełanie łóżek, zmiana bielizny osobistej i pościelowej. Druga toaleta obłożnie chorych.
Godzina 8:00–10:00 – Obchody lekarskie. Wszyscy chorzy znajdują się w łóżkach .
Godzina 10:00–12:00 – Wykonywanie zleceń lekarskich i zabiegów.
Godzina 12:00–13:00 – Obiad. Uporządkowanie sal chorych, toaleta obłożnie chorych.
Godzina 13:00–14:00 – Wykonywanie zleceń lekarskich i innych czynności związanych z funkcjonowaniem oddziału.
Godzina 15:00–16:00 – Wykonywanie zleceń lekarskich.
Godzina 16:00–18:00 – Mierzenie temperatury i tętna, obchody wieczorne lekarzy dyżurnych.
Godzina 18:00–21:00 – Kolacja .
– Uporządkowanie sal. Toaleta chorych. Rozrywki kulturalne.
– Wykonywanie zleceń lekarskich.
Godzina 21:00–6:00 – Cisza nocna.

2. W sytuacjach wymagających zmian w rozkładzie dnia, po porozumieniu się ordynatora/ koordynatora z Dyrektorem Zakładu w uzasadnionych przypadkach mogą być wprowadzone zmiany.
3. W porze przeznaczonej na posiłki dla chorych nie należy przeprowadzać badań i zabiegów, chyba że zachodzi przypadek nie cierpiący zwłoki.

§ 10

1. Badanie w celu ustalenia rozpoznania, a o ile to możliwe – również i leczenie powinno być rozpoczęte z chwilą przyjęcia chorego do oddziału.
2. W postępowaniu terapeutycznym personel medyczny przestrzega i stosuje określone standardy dla dziedziny medycyny jaką reprezentuje.

§ 11

1. Lekarze oddziału są obowiązani prowadzić na bieżąco historie chorób.
2. Historia choroby powinna odzwierciedlać istotny stan chorego oraz przebieg badania i leczenia w szpitalu. Wszystkie wyniki badań laboratoryjnych należy wpisywać lub wklejać do historii choroby.

3. Historie choroby należy przechowywać w pokoju lekarskim z tym , że po wyjściu lekarzy – powinny znajdować się pod zamknięciem, dostępne jednak w razie potrzeby dla lekarzy dyżurnych.

§ 12

1. Obowiązkiem lekarza leczącego jest zgłoszenie ordynatorowi / koordynatorowi wniosku o wypisanie chorego niezwłocznie po zakończeniu leczenia szpitalnego.
2. Wypisanie z oddziału następuje gdy:
   1) u chorego został zakończony proces diagnostyczno-terapeutyczny i nie wymaga dalszego pobytu,
   2) chory został przeniesiony do innego oddziału w tym szpitalu,
   3) chory został skierowany do dalszego leczenia w lecznictwie ambulatoryjnym,
   4) chory został skierowany do dalszego leczenia w innym szpitalu,
   5) chory został skierowany do dalszego leczenia w innym niż szpital zakładzie opieki stacjonarnej,
   6) wypis na własne żądanie/ na żądanie rodziców lub opiekunów,
   7) chory narusza w sposób rażący regulamin organizacyjny, a nie zachodzi obawa, że odmowa lub zaprzestanie udzielania świadczeń może spowodować bezpośrednie niebezpieczeństwo dla jego życia lub zdrowia, albo życia i zdrowia innych osób,
   8) nastąpił zgon.

3. Do chwili opuszczenia szpitala przez chorego pozostaje on na stanie chorych.

§ 13

1. Personel oddziału jest obowiązany nadzorować higienę osobistą chorych, a w szczególności ułatwiać im korzystanie z kąpieli, dopilnowywać toalety chorych, zmieniać zabrudzoną bieliznę osobistą i pościelową oraz zwracać chorym uwagę na zaniedbanie w wyglądzie zewnętrznym.
2. Ciężko chorych i chorych, którzy byli poddani zabiegom operacyjnym, należy otaczać szczególnie troskliwą opieką, a na polecenie lekarza – zapewnić im indywidualną opiekę pielęgniarską.
3. Chorym nieprzytomnym lub zamroczonym należy zapewnić indywidualną opiekę pielęgniarską do chwili uzyskania przytomności.
4. Ciężko chorzy powinni być:
   1) przekazywani po godzinach ordynacji lekarskiej pod opiekę lekarza dyżurnego,
   2) codziennie szczegółowo badani ,
   3) pielęgnowani przez częste i prawidłowe wykonywanie toalety ciała ,prześcielanie łóżka, wygładzanie fałd bielizny pościelowej i osobistej,
   4) obsługiwani przy spożywaniu pokarmów, dokonywaniu toalety i zaspakajaniu potrzeb fizjologicznych.

§ 14

Chorzy kierowani na badania specjalistyczne i zabiegi lecznicze powinni być, zależnie od stanu zdrowia, przeprowadzani, przewożeni na wózkach, łóżkach lub przenoszeni na noszach przez personel.

§ 15

1. Informacji o stanie zdrowia chorych udzielają wyłącznie lekarze, w dniach i godzinach ustalonych przez ordynatora / koordynatora.
2. O stanie zdrowia ciężko chorych bądź w przypadkach szczególnie uzasadnionych lekarze powinni jednak udzielać informacji także w innym czasie.
3. Nie wolno udzielać informacji o stanie zdrowia chorego przez telefon.

4. W razie pogorszenia grożącego życiu lub zgonu chorego należy bezzwłocznie powiadomić o tym jego rodzinę lub opiekunów.

§ 16

1. Odwiedzanie chorych w oddziale ustala lekarz ordynator/ koordynator. Dni i godziny odwiedzin podawane są wewnątrz oddziału lub w inny zwyczajowo przyjęty sposób.
2. Odwiedzanie chorych w innym czasie może odbywać się tylko w wyjątkowych wypadkach, za zezwoleniem ordynatora / koordynatora oddziału lub lekarza dyżurnego.
3. Ze względów epidemiologicznych lub innych ważnych przyczyn może być okresowo wprowadzony zakaz odwiedzania chorych.

§ 17

1. Przechowywanie artykułów żywnościowych pacjenta:

   1) Produkty żywnościowe w oryginalnych opakowaniach (z ważną datą minimalnej trwałości lub terminem przydatności do spożycia) muszą być podpisane:
      a) imieniem i nazwiskiem pacjenta,
      b) w przypadku otwarcia produktu żywnościowego do spożycia – data, godzina otwarcia opakowania.
   2) Produkty żywnościowe po otwarciu opakowania – mogą być przechowywane w lodówce do 48 godzin.
   3) Potrawy przygotowane w domu i przyniesione przez rodzinę przed wstawieniem do lodówki muszą być podpisane:
      a) imieniem i nazwiskiem pacjenta,
      b) datą i godziną przygotowania potrawy w domu.
2. Potrawy w lodówce mogą być przechowywane do 48 godzin od daty przygotowania. Wszystkie produkty przeterminowane mogą być usunięte z lodówki bez uprzedzenia.
3. Pacjenci opuszczający oddział zobowiązani są do zabrania swoich artykułów żywnościowych z lodówki.

§ 18

Personelowi zatrudnionemu nie wolno przebywać na salach chorych po zakończeniu pracy i przekazaniu jej następnej zmianie – bez uzyskania zgody bezpośredniego przełożonego.

§ 19

W realizacji zadań pracownicy oddziału współpracują ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Szpitala.

IX. ODDZIAŁ DZIENNY PSYCHIATRYCZNY

§ 1

1. Oddział Dzienny Psychiatryczny Szpitala Miejskiego św. Jana Pawła II w Elblągu jest oddziałem koedukacyjnym dla 24 pacjentów, funkcjonuje na zasadzie społeczności terapeutycznej. Liczba pacjentów w grupie wynosi od 6- 8 osób.
2. Zadaniem oddziału jest terapia i leczenie chorych psychicznie, ukierunkowane na ustąpienie zaburzeń i powrót pacjenta do samodzielnego, aktywnego życia.

3. W oddziale leczy się zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania.

§ 2

1. Oddział realizuje proces leczenia poprzez:
   1) diagnostykę i leczenie następujących chorób oraz zaburzeń:
      a) psychozy endogenne,
      b) zaburzenia depresyjne,
      c) zaburzenia afektywne,
      d) zaburzenia na podłożu organicznym,
      e) zaburzenia adaptacyjne,
   2) diagnostykę i opiekę psychologa,
   3) możliwość badań laboratoryjnych i konsultacji innych specjalności, poprzez działające przy szpitalu poradnie,
   4) terapię zajęciową,
   5) psychoterapię indywidualną,
   6) psychoterapię grupową połączoną z oddziaływaniami społeczności terapeutycznej
   7) cykl terapeutyczny, nastawiony na efektywny powrót pacjenta do jego środowiska.
2. Istotnym celem jest poprawa objawowa, zapobieganie nawrotom, modyfikacja zachowania się oraz poprawa funkcjonowania społecznego i interpersonalnego.
3. Stosowanie metod i technik psychoterapeutycznych:
   1) psychoterapia odreagowująca w celu obniżenia napięcia emocjonalnego drogą relaksacji, poprzez trening autogenny.
   2) psychoterapia racjonalna ukierunkowana na sferę poznawczą, odwołuje się do rozwoju wyobraźni, logicznego myślenie i krytycyzmu, dostarcza informacji odnośnie przyczyn choroby.
   3) psychoterapia interpersonalna (korektywna) – ukierunkowana na zmiany za pomocą przeżyć emocjonalnych, doświadczeń w interpersonalnym kontakcie terapeutycznym.

§ 3

1. W leczeniu stosuje się oddziaływanie grupowe i indywidualne. Zastosowanie techniki werbalnej jak i niewerbalnej.
2. Program rehabilitacyjny oddziału dziennego opiera się na wspieraniu chorego w trakcie powrotu do aktywnego życia w społeczeństwie po hospitalizacji w oddziale psychiatrycznym lub po kolejnym kryzysie. Wymaga się ze strony pacjenta aktywnego udziału we własnym leczeniu. Treningi i zajęcia grupowe nastawione na poprawę samopoczucia psychicznego i fizycznego oraz podnoszenia społecznych kompetencji pacjenta, a zwłaszcza poprawę w zakresie aktywnego udziału w leczeniu i samoobsłudze.
3. Pacjenci mogą również otrzymać pomoc z zakresu podstawowych potrzeb socjalno-bytowych, współpracuje się z rodziną, MOPS-em i GOPS- em.

§ 4

Oddziałem Dziennym Psychiatrycznym kieruje lekarz specjalista psychiatrii. Program terapeutyczno- rehabilitacyjny realizują:

1) lekarz psychiatra,

2) psycholodzy,

3) psychoterapeuci,

4) pielęgniarka,

5) terapeuta zajęciowy,

6) pracownik socjalny,

§ 5

Oddział współpracuje z Poradnią Zdrowia Psychicznego, instytucjami pomocy społecznej, oraz innymi instytucjami uczestniczącymi w procesie leczenia i socjalizacji osób chorych psychicznie.

§ 6

Kryteria przyjęcia do oddziału dziennego psychiatrycznego:

1) Podstawą do przyjęcia jest skierowanie do oddziału ważne 14 dni od daty wystawienia.

2) Przyjęcia odbywają się planowo, zgodnie z harmonogram dwunastotygodniowego cyklu terapeutycznego. Dopuszcza się przyjęcie pacjenta do grupy w pierwszych trzech tygodniach trwania cyklu terapeutycznego.

3) Chory przyjmowany na oddział powinien posiadać dowód osobisty lub inny dokument ze zdjęciem potwierdzający tożsamość.

4) Osoby nieubezpieczone nie ponoszą opłat za leczenie i pobyt w dziennym oddziale psychiatrycznym,

5) Osoba przyjęta do oddziału wyraża świadomą zgodę na pobyt i leczenie potwierdzając to własnoręcznym podpisem w historii choroby,

6) W przypadku przyjęcia do oddziału osoby ubezwłasnowolnionej wymagany jest podpis w historii choroby lub pisemne oświadczenie opiekuna prawnego.

§ 7

Informacji o stanie zdrowia pacjenta udziela kierownik oddziału dziennego psychiatrycznego lub psycholog, wyłącznie po uzyskaniu osobistej zgody pacjenta.

§ 8

1. Prawa pacjenta określone są w Karcie Praw Pacjenta. W szczególności pacjent ma prawo do:
   1) bezpłatnych świadczeń zdrowotnych,
   2) bezpłatnego ciepłego posiłku raz dziennie przez okres pobytu w oddziale,
   3) zapewnienia właściwych metod postępowania leczniczego,
   4) porozumienia się bez ograniczeń z otoczeniem,
   5) poszanowania intymności i godności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych,
   6) kontaktu z Rzecznikiem Praw Pacjenta Psychiatrycznego,
   7) do składania skarg i wniosków,
   8) dostępu do dokumentacji medycznej,
   9) wypowiedzenia się na temat jakości świadczonych przez Oddział usług poprzez wypełnienie ankiety „Badania satysfakcji pacjenta”.

2. Szczegółowe zestawienie praw i obowiązków pacjenta Oddziału Dziennego Psychiatrycznego Szpitala Miejskiego św. Jana Pawła II w Elblągu określa Karta Praw Pacjenta.
3. Jeśli przepisy odrębne, w szczególności ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego nie stanowią inaczej, pacjent, który w sposób świadomy i rażący narusza porządek i przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych może zostać dyscyplinarnie wypisany z Oddziału Dziennego Psychiatrycznego. W szczególnie uzasadnionych przypadkach kierownik oddziału lub inna upoważniona osoba może zawiadomić ochronę szpitala lub Policję.

§ 9

1. Pacjent ma prawo do przechowywania rzeczy wartościowych w krótkotrwałym depozycie oddziału. Sposób postępowania z depozytem pacjenta określa wewnętrzna procedura szpitala.
2. Za rzeczy nie oddane do depozytu szpital nie odpowiada.

§ 10

1. Pacjent ma prawo do otrzymania zaświadczenia o pobycie w oddziale oraz na jego prośbę istnieje możliwość wydania zwolnienia lekarskiego za okres leczenia.
2. Pacjenci mają możliwość kontynuowania leczenia w poradniach działających przy Szpitalu.

§ 11

1. W sytuacji wyjątkowej za zezwoleniem kierownika oddziału lub psychologa dopuszcza się nie uczestniczenie w zajęciach grupowych.
2. W przypadku samowolnego opuszczania dni cyklu terapeutycznego przez pacjenta, kierownik oddziału dziennego psychiatrycznego podejmuje działania zgodne z procedurą.

§ 12

Realizowane procedury w cyklu terapeutycznym na bieżąco i dokumentowane są w dokumentacji medycznej pacjenta i w „Harmonogramie zajęć terapeutycznych"

§ 13

Zakończenie procesu terapeutycznego odnotowuje się w epikryzie, która stanowi integralną część „historii choroby" pacjenta.

§ 14

Wypis z oddziału dziennego psychiatrycznego następuje za zgodą kierownika oddziału, gdy:

1) zakończył się cykl terapeutyczny,
2) na własną prośbę pacjenta - osoba wypisana na żądanie zobowiązana jest do złożenia podpisu w historii choroby w określonym miejscu,
3) dyscyplinarnie w przypadku złamania regulaminu oddziału lub rażącego lekceważenia zasad ustalonych przez grupę.
4) w przypadku, gdy następuje pogorszenie stanu zdrowia psychicznego lub somatycznego i wymaga hospitalizacji

§ 15

Ramowy harmonogram pracy w oddziale od poniedziałek do piątku w godzinach 8:00-14:00:

Godzina 8:00–10:00 - od poniedziałku do czwartku - grupa terapeutyczna, w piątek - czas filmowy

Godzina 8:30-9:15 - od poniedziałku do czwartku – terapia zajęciowa

Godzina 9:15-12:00 - od poniedziałku do czwartku – konsultacje psychologiczne stabilizujące

Godzina 10:00–11:00 - od poniedziałku do czwartku – terapia zajęciowa, w piątek spotkanie społeczności i moje hobby

Godzina 9:15-12:00 - od poniedziałku do czwartku – relaksacja, muzykoterapia

Godzina 11:00–12:00 - we wtorek – konsultacje indywidualne, w pozostałe dni tygodnia – terapia indywidualna

Godzina 11:30-12:00 - poniedziałek – psychoedukacja; wtorek i czwartek- terapia grupowa; środa – psychorysunek / asertywność

Godzina 12:00–12:30 - poniedziałek, środa – relaksacja; wtorek i czwartek – czas wolny; piątek- hobby

Godzina 12:30–13:00 - obiad

Godzina 13:00-13:45 - terapia zajęciowa

Godzina 13:45-14:00 - zakończenie dnia terapeutycznego, wyjście do domu

X. ODDZIAŁ DZIENNY ZABURZEŃ NERWICOWYCH

§ 1

1. Oddział Dzienny Zaburzeń Nerwicowych Szpitala Miejskiego św. Jana Pawła II w Elblągu jest oddziałem koedukacyjnym dla 20 pacjentów, funkcjonuje na zasadzie społeczności terapeutycznej. Grupa terapeutyczna składa się od 7 do 10 pacjentów.
2. Zadaniem oddziału jest terapia i leczenie chorych z zaburzeniami nerwicowymi, ukierunkowane na eliminacje dokuczliwych objawów i redukcję stresu, co wzmocni zaufanie do samego siebie i poczucie bezpieczeństwa.
3. W oddziale leczy się zaburzenia nerwicowe i zaburzenia zachowania.

§ 2

1. Oddział Dzienny Zaburzeń Nerwicowych realizuje proces leczenia poprzez:
   1) diagnostykę i leczenie następujących chorób oraz zaburzeń:
      a) zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem pod postacią somatyczną,
      b) zespoły behawioralne, związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi,
      c) zaburzenia odżywiania
      d) zaburzenia zachowania i emocji,
      e) zaburzenia adaptacyjne,
   2) zabezpieczenie pacjentom specjalistycznej pomocy psychologicznej i psychoterapeutycznej,
   3) zapewnienie opieki lekarskiej, psychologicznej, pielęgniarskiej,
   4) możliwość badań laboratoryjnych i konsultacji innych specjalności, poprzez działające przy szpitalu poradnie,
   5) prowadzenie terapii zajęciowej,
   6) możliwość uczestniczenia w psychoterapii indywidualnej,

7) prowadzenie psychoterapii grupowej połączonej z oddziaływaniami społeczności terapeutycznej,

8) cykl terapeutyczny, nastawiony na efektywny powrót pacjenta do prawidłowego funkcjonowania w codziennym życiu.

2. Istotnym celem jest poprawa objawowa, zapobieganie nawrotom, poprawa samooceny, modyfikacja zachowania się oraz poprawa funkcjonowania społecznego i interpersonalnego.

§ 3

1. Oddział Dzienny Zaburzeń Nerwicowych realizuje następujące procedury:

1) wywiad przed przyjęciem do oddziału,

2) kliniczno- psychiatryczna ocena stanu pacjenta,

3) trening behawioralny,

4) trening autogenny,

5) terapia behawioralna- relaksacyjna,

6) psychoterapia w formie zabawy,

7) psychoterapia integracyjna,

8) psychoterapia podtrzymująca,

9) psychoterapia indywidualna,

10) psychoterapia grupowa,

11) spotkanie społeczności,

12) muzykoterapia,

13) psychoedukacja i poradnictwo.

2. W leczeniu stosuje się oddziaływanie grupowe i indywidualne. Zastosowanie techniki werbalnej jak i niewerbalnej.

3. Program rehabilitacyjny oddziału dziennego opiera się na wspieraniu chorego w trakcie powrotu do aktywnego życia w społeczeństwie po hospitalizacji w oddziale psychiatrycznym lub po kolejnym kryzysie. Wymaga się ze strony pacjenta aktywnego udziału we własnym leczeniu. Treningi i zajęcia grupowe nastawione na poprawę samopoczucia psychicznego i fizycznego oraz podnoszenia społecznych kompetencji pacjenta. Proces terapeutyczny pozwala pacjentowi uzyskać wgląd w jego problemy, określenie ich przyczyn i wyeliminowanie ich poprzez zmianę sposobu myślenia, przeżywania i zachowania.

§ 4

Oddziałem Dziennym Zaburzeń Nerwicowych kieruje lekarz specjalista psychiatrii. Program terapeutyczny jest realizowany cyklicznie przez:

1) lekarza psychiatrę,

2) psychologa,

3) psychoterapeutę,

4) pielęgniarkę,

5) terapeutkę zajęciową,

6) pracownika socjalnego.

§ 5

Oddział współpracuje z Poradnią Zdrowia Psychicznego, instytucjami pomocy społecznej, oraz innymi instytucjami uczestniczącymi w procesie leczenia i socjalizacji osób chorych z zaburzeniami nerwicowymi.

§ 6

Kryteria przyjęcia do Oddziału Dziennego Zaburzeń Nerwicowych:

1) Podstawą do przyjęcia jest skierowanie do oddziału, ważne 14 dni od daty wystawienia.
2) Przyjęcia na oddział odbywają się planowo, zgodnie z harmonogramem dwunastotygodniowego cyklu terapeutycznego. Dopuszczalne jest przyjęcie pacjenta do grupy w pierwszych trzech tygodniach trwania cyklu terapeutycznego
3) Chory przyjmowany na oddział powinien posiadać dowód osobisty lub inny dokument ze zdjęciem potwierdzający tożsamość.
4) Osoby nieubezpieczone nie ponoszą opłat za leczenie i pobyt w dziennym oddziale zaburzeń nerwicowych.
5) Osoba przyjęta w oddział wyraża świadomą zgodę na pobyt i leczenie potwierdzając to własnoręcznym podpisem w historii choroby.

§ 7

Informacje o stanie zdrowia pacjenta udziela kierownik lub psycholog oddziału dziennego zaburzeń nerwicowych lub psycholog, wyłącznie po uzyskaniu osobistej zgody pacjenta.

§ 8

1. Prawa pacjenta określone są w Karcie Praw Pacjenta. W szczególności pacjent ma prawo do:
   1) bezpłatnych świadczeń zdrowotnych,
   2) bezpłatnego ciepłego posiłku raz dziennie przez okres pobytu w oddziale,
   3) zapewnienia właściwych metod postępowania leczniczego,
   4) porozumienia się bez ograniczeń z otoczeniem,
   5) poszanowania intymności i godności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych,
   6) kontaktu z Rzecznikiem Praw Pacjenta Psychiatrycznego,
   7) do składania skarg i wniosków,
   8) dostępu do dokumentacji medycznej,
   9) wypowiedzenia się na temat jakości świadczonych przez Oddział usług poprzez wypełnienie ankiety „Badania satysfakcji pacjenta”.
2. Szczegółowe zestawienie praw i obowiązków pacjenta Oddziału Dziennego Zaburzeń Nerwicowych Szpitala Miejskiego św. Jana Pawła II w Elblągu określa Karta Praw Pacjenta.
3. Jeśli przepisy odrębne, w szczególności ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego nie stanowią inaczej, pacjent, który w sposób świadomy i rażący narusza porządek i przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych może zostać dyscyplinarnie wypisany z Oddziału Dziennego Zaburzeń Nerwicowych. W szczególnie uzasadnionych przypadkach Kierownik Oddziału lub inna upoważniona osoba może zawiadomić ochronę szpitala lub Policję.

§ 9

1. Pacjent ma prawo do przechowywania rzeczy wartościowych w krótkotrwałym depozycie oddziału. Sposób postępowania z depozytem pacjenta określa wewnętrzna procedura szpitala.
2. Za rzeczy nie oddane do depozytu szpital nie odpowiada.

§ 10

1. Pacjent ma prawo do otrzymania zaświadczenia o pobycie w oddziale oraz na jego prośbę istnieje możliwość wydania zwolnienia lekarskiego za okres leczenia.
2. Pacjenci mają możliwość kontynuowania leczenia w poradniach działających przy szpitalu.

§ 11

1. W sytuacji wyjątkowej dopuszcza się za zezwoleniem kierownika oddziału lub psychologa opuszczenie pojedynczego dnia w zajęciach terapeutycznych.
2. W przypadku samowolnego opuszczania dni cyklu terapeutycznego przez pacjenta, kierownik dziennego oddziału zaburzeń nerwicowych podejmuje działania zgodne z procedurą.

§ 12

Poszczególne procedury są na bieżąco dokumentowane w „Harmonogramie zajęć terapeutycznych" i w dokumentacji medycznej pacjenta

§ 13

Zakończenie procesu świadczeń zdrowotnych odnotowuje się w epikryzie, stanowiącej integralna część historii choroby pacjenta.

§ 14

Wypis z Oddziału Dziennego Zaburzeń Nerwicowych następuje zgodnie z procedurą wypisu pacjenta oddziału:

1) gdy zakończył się cykl terapeutyczny,
2) na własną prośbę pacjenta - osoba wypisana na żądanie zobowiązana jest do złożenia podpisu w historii choroby w określonym miejscu,
3) jeśli pacjent narusza rażąco regulamin pobytu w oddziale.

§ 15

Ramowy harmonogram pracy w oddziale od poniedziałku do piątku w godzinach 8:00-14:00:

Godzina 8:00–13:30	od poniedziałku do czwartku - grupa terapeutyczna, psychoterapia grupowa wspierana treningiem relaksacyjnym, muzykoterapią, psychorysunkiem.
Godzina 9.15–11.00	- piątek - społeczność terapeutyczna,
Godzina 9.45-11.00	- piątek – psychoedukacja,
Od godziny 11:00–12:30	- piątek - konsultacje indywidualne, po wcześniejszym uzgodnieniu,
Godzina 12:30–13:30	- terapia zajęciowa,
Godzina 13.30-14.00	- obiad,
Godzina 14.00	- zakończenie dnia terapeutycznego, wyjście do domu.

XI. ZESPÓŁ LECZENIA ŚRODOWISKOWEGO

1. Porady, wizyty domowe lub środowiskowe, sesje psychoterapii, udzielane są w środowisku zamieszkania, ujęte w kompleksowy program terapeutyczny.
2. Leczenie realizowane jest przez zespół leczenia środowiskowego lub domowego w ramach kompleksowej opieki nad świadczeniobiorcą i jego rodziną.
3. Realizacja procesu leczenia może polegać na udzielaniu:
   1) porad lekarskich diagnostycznych,
   2) porad lekarskich terapeutycznych,
   3) terapeutycznych porad lekarskich kontrolnych,
   4) porad psychologicznych diagnostycznych,
   5) porad psychologicznych,
   6) wizyt terapeuty środowiskowego.
4. Realizacji i koordynacji zaplanowanych zadań dokonuje wskazany w umowie z Narodowym Funduszem Zdrowia lekarz psychiatra.
5. Lekarz zespołu zobowiązany jest prowadzić na bieżąco dokumentację medyczną, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawnymi.

XII. BLOK OPERACYJNY

1. Bloki operacyjne utrzymane są w stałym pogotowiu operacyjnym i tak zorganizowane, aby mogły przystąpić do niezwłocznego zabiegu operacyjnego.
2. Harmonogram przeprowadzanych zabiegów jest opracowany przez ordynatora oddziału. Harmonogram określa rodzaj zabiegu i skład zespołu.
3. Na Bloku Operacyjnym należy systematycznie i dokładnie prowadzić dokumentację medyczną, według obowiązujących przepisów.
4. Po zakończeniu zabiegu operacyjnego, operowany pacjent kierowany jest pod opiekę personelu medycznego oddziału szpitala.
5. Do obowiązków ordynatora/ kierownika, któremu podlega Blok Operacyjny należy:
   1) kierowanie i nadzór nad całością prac bloku operacyjnego,
   2) ustalanie harmonogramu operacji,
   3) kontrola dokumentacji i sprawozdań operacyjnych,
   4) kontrola sterylizacji.

XIII. CENTRALNA STERYLIZATORNIA

§ 1

1. Centralna Sterylizatornia (CS) jest wyodrębnioną jednostką organizacyjna szpitala, funkcjonującą w dwóch lokalizacjach: przy ul. Komeńskiego 35 oraz przy ul. Żeromskiego 22 i podlega Zastępcy Dyrektora ds. Pielęgniarstwa.
2. Głównym zadaniem Centralnej Sterylizatorni jest przygotowanie sprzętu i narzędzi medycznych, materiałów opatrunkowych i bielizny operacyjnej dla potrzeb wszystkich jednostek organizacyjnych Szpitala. Dokonuje się to poprzez:
   1) dokonywanie skutecznej sterylizacji materiałów medycznych, narzędzi i innego sprzętu medycznego,

2) dokonywanie prawidłowych procesów sterylizacji,
3) opracowywanie i wdrażanie procedur zapewniających ochronę przed zakażeniami zakładowymi,
4) koordynowanie działań zmierzających do likwidacji ogniska epidemiologicznego,
5) kontrola w zakresie gospodarki materiałami sterylnymi w Szpitalu.

3. Centralnej Sterylizatorni kieruje Kierownik Centralnej Sterylizatorni. Do jego zadań należy:
   1) zapewnienie sprawnego funkcjonowania sterylizacji pod względem organizacyjnym, sanitarno-epidemiologicznym oraz porządkowym,
   2) kontrolowanie dokładności i skuteczności procesu sterylizacji,
   3) terminowe wydawanie wysterylizowanych narzędzi i sprzętu medycznego,
   4) prawidłowe prowadzenie dokumentacji medycznej.

§ 2

1. Opisy stanowisk pracy zatwierdzone przez Dyrektora znajdują się w Dziale Kadr.
2. Prawa i obowiązki personelu wynikające ze stosunku pracy określają odpowiednio Kodeks Pracy, Regulamin Pracy i inne dokumenty Szpitala oraz zakresy obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności opracowane przez kierownika działu i zatwierdzone przez Dyrektora.
3. Zakresy obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności znajdują się w aktach osobowych pracownika.

§ 3

1. Centralna Sterylizatornia powinna być wyposażona w odpowiednią aparaturę i przyrządy, urządzenia pomocnicze, środki ochrony oraz materiał zużywalny.
2. Centralna Sterylizatornia powinna obejmować pomieszczenia przeznaczone na dekontaminację, pakowanie, sterylizację i przechowywanie jałowych pakietów i materiałów.
3. Aparaty i przyrządy powinny być na bieżąco starannie czyszczone i właściwie konserwowane oraz poddawane okresowej kontroli w celu profesjonalnej konserwacji i usunięcia drobnych uszkodzeń.

§ 4

1. Centralna Sterylizatornia może świadczyć usługi dla potrzeb innych podmiotów świadczących usługi medyczne, na podstawie zawartych umów.
2. Dostarczanie do CS sprzętu i narzędzi medycznych z jednostek organizacyjnych Szpitala odbywa się za pokwitowaniem i w ten sam sposób odbywa się ich odbiór.
3. Narzędzia i sprzęt medyczny po dokonaniu sterylizacji winne być opatrzone etykietą identyfikującą proces sterylizacji.

§ 5

Centralna Sterylizatornia w lokalizacji przy ul. Komeńskiego 35 czynna jest od poniedziałku do piątku, natomiast w lokalizacji przy ul. Żeromskiego 22 od poniedziałku do soboty, w niedzielę i święta na wezwanie.

XIV. PRZYCHODNIA SZPITALA MIEJSKIEGO

1. Poradnie specjalistyczne wchodzą w skład jednostki organizacyjnej pn. Przychodnia Szpitala Miejskiego. Nadzór nad pracą poradni sprawuje Zastępca Dyrektora ds.

Lecznictwa Ambulatoryjnego. Pracę poszczególnych poradni może koordynować Kierownik poradni.

2. Zadania Przychodni Szpitala Miejskiego obejmują w szczególności:
   1) leczenie ambulatoryjne osób zgłaszających się do poradni specjalistycznych,
   2) udzielanie świadczeń pohospitalizacyjnych,
3. Świadczeń zdrowotnych w poradni udzielają lekarze specjaliści w specjalnościach reprezentowanych dla profilu poradni, zgodnie z rozporządzeniem ministra zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych.
4. Lekarze udzielają świadczeń zdrowotnych zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz prowadzą dokumentację medyczną pacjenta według obowiązujących przepisów.
5. Pacjenci kierowani na specjalistyczne badania i zabiegi powinni otrzymać odpowiednie skierowanie, a w dokumentacji chorych sporządzana jest odpowiednia informacja.
6. Zasady odpłatności za usługi świadczone w poradni bez skierowania określone są zarządzeniem dyrektora.
7. Przyjmowanie pacjentów w poradniach odbywa się planowo, zgodnie z harmonogramem pracy gabinetu / poradni.
8. Rejestrowanie pacjentów do gabinetów i poradni specjalistycznych odbywa się w Rejestracji pacjentów przychodni. Rejestracja dotyczy wszystkich poradni specjalistycznych znajdujących się w szpitalu, z wyłączeniem poradni położniczo-ginekologicznej i poradni zdrowia psychicznego, w których obowiązuje oddzielne rejestrowanie.
9. Do zadań Rejestracji należy w szczególności :
   1) Udzielanie osobom zgłaszającym się do Przychodni szczegółowych informacji na temat:
      a) dni i godzin pracy poszczególnych poradni i pracowni,
      b) personelu aktualnie udzielającego pomocy medycznej,
      c) rodzajach i warunkach świadczeń medycznych,
      d) umiejscowieniu poradni i pracowni w szpitalu,
      e) możliwości odpłatnego świadczenia usług medycznych,
      f) podmiotów współpracujących ze szpitalem w zakresie diagnostyki i leczenia.
   2) Kontrola uprawnień do pomocy leczniczej poprzez:
      a) sprawdzenie tożsamości pacjenta,
      b) sprawdzenie uprawnień do uzyskania bezpłatnej pomocy medycznej,
      c) wpisanie do komputerowej bazy szpitala,
      d) założenie dokumentacji medycznej pacjenta
   3) Rejestracja zgłoszeń do lekarzy poradni specjalistycznych i wydawanie identyfikatorów (numerków) zgodnie z kolejnością zgłoszenia. Rejestratorka medyczna zobowiązana jest do przyjmowania zgłoszeń zarówno osobistych jak i telefonicznych, bądź pisemnych.
   4) Prowadzenie terminarza przyjęć dla osób nie wymagających natychmiastowej pomocy.
   5) Sporządzanie obowiązujących sprawozdań statystycznych.

6) Zorganizowanie i udzielenie pomocy medycznej w razie zaistnienia stanu zagrożenia życia u pacjenta zgłaszającego się do rejestracji. W tym przypadku należy poinformować osobiście najbliżej znajdujący się personel medyczny oraz telefonicznie izbę przyjęć szpitala i zespół reanimacyjny.

7) Przyjmowanie w kasie fiskalnej należności za odpłatne usługi medyczne lub inne należności, zgodnie z przepisami.

XV. ZAKŁAD REHABILITACJI / OŚRODEK REHABILITACJI DZIENNEJ

1. Zadaniem zakładu rehabilitacji jest leczenie metodami fizjoterapeutycznymi. Zabiegi rehabilitacyjne wykonywane są w:
   1) pracowni fizykoterapii,
   2) pracowni kinezyterapii,
   3) pracowni hydroterapii,
   4) pracowni masażu leczniczego.
2. Zakład Rehabilitacji świadczy usługi dla pacjentów oddziałów szpitalnych oraz pacjentów ambulatoryjnych kierowanych na zabiegi rehabilitacyjne przez lekarzy zgodnie z wymaganiami NFZ.
3. Dla pacjentów nie objętych ubezpieczeniem zdrowotnym zakład wykonuje świadczenia rehabilitacyjne odpłatnie zgodnie z zatwierdzonym cennikiem.
4. Czas pracy gabinetów jest zgodny z umową zawartą z NFZ, a świadczenia odpłatne wykonywane są poza godzinami zarezerwowanymi dla NFZ.
5. Zakład posiada odpowiednie pomieszczenia oraz jest wyposażony w potrzebną aparaturę i sprzęt pomocniczy zapewniający pełną realizację zakontraktowanych świadczeń. Pomieszczenia Zakładu Rehabilitacji spełniają wymagania Państwowej Inspekcji Pracy i Sanepidu.
6. Dokumentacja pracy zakładu jest zgodna z obowiązującymi przepisami.
7. Fizjoterapeuci pracują w zespole koordynowanym przez specjalistę z dziedziny fizjoterapii.
8. Proces fizjoterapii prowadzony jest przez wykwalifikowanych fizjoterapeutów.
9. Aparatura i sprzęt Zakładu Rehabilitacji są nadzorowane i dopuszczone do użytku. Ich obsługi dokonuje fizjoterapeuta, który odpowiada za utrzymanie czystości na stanowisku pracy.
10. Przyjmowanie chorych odbywa się planowo:
    1) zabiegi dla pacjentów oddziałów szpitalnych wykonywane są po uprzednim uzgodnieniu z lekarzem prowadzącym na oddziale.,
    2) pacjenci ambulatoryjni zgłaszają się ze skierowaniem od lekarza specjalisty wypełnionym zgodnie z obowiązującym zarządzeniem NFZ.
11. W Zakładzie Rehabilitacji prowadzona jest ewidencja chorych przyjętych na zabiegi. Każdy pacjent ambulatoryjny potwierdza wykonanie zabiegu swoim podpisem na Karcie Rejestracji Zabiegów Fizykalnych. Dokumentacja leczenia rehabilitacyjnego pacjentów hospitalizowanych dołączona jest do historii choroby. Dokumentacja pacjentów jest archiwizowana.
12. Zakład wykonuje wszelkie czynności administracyjne związane z zakresem swojego działania.

XVI. MEDYCZNE LABORATORIUM DIAGNOSTYCZNE

§ 1

1. Medyczne Laboratorium Diagnostyczne tworzą:
   1) pracownia diagnostyki laboratoryjnej,
   2) punkt pobrań materiałów do badań,
   3) pracownia immunologii transfuzjologicznej z bankiem krwi,
   4) pracownia diagnostyki mikrobiologicznej.

§ 2

MEDYCZNE LABORATORIUM DIAGNOSTYCZNE

1. Medyczne Laboratorium Diagnostyczne wykonuje badania: biochemiczne, immunochemiczne, hematologiczne, koaguologiczne, immunotransfuzjologiczne, mikrobiologiczne lub inne badania materiału pochodzenia ludzkiego, w celu dostarczenia informacji do diagnozowania, profilaktyki i leczenia choroby lub oceny stanu zdrowia człowieka.
2. Laboratorium pracuje zgodnie z obowiązującymi przepisami, zawartymi w ustawach o diagnostyce laboratoryjnej, w której są określone zasady i warunki wykonywania czynności diagnostyki laboratoryjnej, zasady i warunki wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego, zasady organizacji i działania samorządu diagnostów laboratoryjnych (Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych). Laboratorium posiada swój nr identyfikacyjny- 0031 w Krajowej Izbie Diagnostów Laboratoryjnych.
3. Laboratorium posiada warunki lokalowe i środowiskowe odpowiednie do zadań realizowanych w laboratorium. Posiada wyposażenie właściwe dla zakresu prowadzonej działalności, w tym:
   1) wyposażenie podstawowe,
   2) wyposażenie pomiarowo- badawcze wraz z dokumentacją techniczną,
   3) wyposażenie umożliwiające pobieranie materiału do badań,
   4) wyposażenie zapewniające bezpieczeństwo i higienę pracy,
   5) urządzenia telekomunikacyjne i systemy informatyczne.

   Wyposażenie laboratoryjne jest odpowiednio zidentyfikowane i zapewnia spełnienie wymagań oraz odpowiednich specyfikacji, dotyczących prowadzonych badań.
4. Laboratorium regularnie monitoruje i wykazuje właściwą kalibrację i pracę posiadanej aparatury pomiarowej, odczynników i systemów analitycznych.
5. Laboratorium współpracuje z dostawcami aparatury, odczynników i sprzętu jednorazowego użytku, niezbędnych do wykonywania zleconych badań, na podstawie zawartych umów przetargowych.
6. Laboratorium Diagnostyczne wykonuje laboratoryjne badania diagnostyczne pacjentom:
   1) hospitalizowanym w szpitalu lub dla pacjentów ambulatoryjnych z poradni specjalistycznej szpitala na podstawie skierowania, wydanego przez lekarza zatrudnionego w jednostce organizacyjnej szpitala i zgodnie z wymaganiami NFZ,
   2) skierowanym przez inne zakłady opieki zdrowotnej, z którymi szpital zawarł umowy lub bez umów, zgodnie z wymaganiami NFZ,

3) pacjentom zgłaszającym się do laboratorium bez skierowania, dla których na ich polecenie laboratorium wykonuje badania odpłatnie, zgodnie z cennikiem, po opłaceniu tych badań. Mogą to być pacjenci objęci lub nie objęci ubezpieczeniem zdrowotnym.

7. Zasady działania laboratorium:

   1) Pacjenci ambulatoryjni zgłaszają się do rejestracji laboratorium ze skierowaniem od lekarza specjalisty lub bez skierowania, następnie są rejestrowani w księdze głównej laboratorium - systemie informatycznym rejestracji i po opisaniu odpowiednich probówek i pojemników oraz towarzyszącej dokumentacji, przechodzą do gabinetu zabiegowego laboratorium, w którym pobierany jest od pacjenta materiał do badań laboratoryjnych. Materiał diagnostyczny do badań laboratoryjnych od pacjentów oddziałów szpitalnych jest pobierany w oddziale i dostarczany wraz z dokumentacją i w systemie informatycznym do laboratorium.

   2) Czynności diagnostyki laboratoryjnej są wykonywane w laboratorium, zgodnie z obowiązującymi w szpitalu i w laboratorium rozporządzeniami, zarządzeniami, procedurami i instrukcjami. Podstawowymi jej czynnościami jest pobranie materiału do badań, transport materiału, wykonanie badania, interpretacja i wydanie wyniku, zgodnie z obowiązującymi przepisami. Postępowanie z odpadami medycznymi jest zgodne z obowiązującymi w Szpitalu instrukcjami, w tym z: rozporządzeniem Ministra Zdrowia „w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi".

   3) Badania są wykonywane przez doświadczony i wykwalifikowany personel. Wyniki badań są autoryzowane przez diagnostę laboratoryjnego, zgodnie z obowiązującym rozporządzeniem Ministra Zdrowia.

   4) Laboratorium wykonuje badania laboratoryjne podstawowe i specjalistyczne, według ustalonego harmonogramu badań.

   5) Badania laboratoryjne z wykazu badań i badania na „cito" laboratorium wykonuje dla pacjentów szpitalnych całodobowo, dla pacjentów ambulatoryjnych od poniedziałku do piątku - w dni robocze od godz.7.00 do 19.00.

   6) Niektóre rodzaje badań (szczególnie te wykonywane w serii) są wykonywane w określone dni tygodnia. Inne rodzaje badań specjalistycznych są wykonywane przez podwykonawcę, a wyniki badań są dostarczane bezpośrednio do laboratorium lub na prośbę laboratorium przesyłane fax-em.

8. Laboratorium wykonuje podstawowe i niektóre specjalistyczne badania:

   1) w pracowni analityki lekarskiej:

      a) biochemia kliniczna,

      b) hematologia,

      c) koagulologia,

      d) immunochemia,

      e) analityka ogólna,

      f) wirusologia,

      g) toksykologia.

   2) w pracowni serologicznej z zakresu Immunologii transfuzjologicznej. Badania obejmują

      a) oznaczenie grupy krwi w układzie ABO/RhD,

      b) badanie przeglądowe przeciwciał,

c) próba zgodności serologicznej między biorcą i dawcą.

9. Laboratorium uczestniczy w zewnętrznej, krajowej kontroli jakości badań i uzyskuje certyfikaty jakości dla tych badań oraz prowadzi wewnętrzną kontrolę jakości dla wszystkich wykonywanych badań.
10. Laboratorium archiwizuje, wykonuje sprawozdania i analizy statystyczne wykonywanych badań.
11. Laboratorium zobowiązane jest do współpracy z innymi laboratoriami w zakresie wykonywania badań specjalistycznych, których dane laboratorium nie wykonuje (badania zlecane w niewielkich ilościach).
12. Zadania banku krwi szpitala:
    1) zaopatrywanie się w krew i jej składniki w oddziale terenowym centrum w Olsztynie lub w innej placówce „ na ratunek", używanie własnego transportu lub transportu z centrum.
    2) gromadzenie i przechowywanie krwi i jej składników w banku krwi szpitala i wydawanie jej na oddziały, zgodnie z zamówieniem i wykonanymi badaniami serologicznymi i czuwanie nad prawidłową gospodarką.
    3) przyjmowanie zgłoszeń o odczynach poprzetoczeniowych.
    4) całodobowe przyjmowanie zamówień na krew i jej składniki oraz na krew do pilnej transfuzji;(wstępne zamówienie może być telefoniczne oraz faxem).
    5) prowadzenie właściwej dokumentacji medycznej- zastosowanie obowiązujących w szpitalu formularzy, książek- prowadzenie księgi przychodu i rozchodu składnika krwi.
    6) przyjmowanie na przechowanie do banku krwi pojemników po przetoczeniu.
    7) przyjmowanie próbek na badania konsultacyjne wysyłane do centrum; - wpisywanie grup krwi do dokumentów tożsamości.
9. Prowadzenie codziennej kontroli pomiaru temperatur chłodni, zamrażarek, cieplarki, walidacji sprzętu chłodniczego i cieplnego, za pomocą atestowanych termometrów - 1 raz na pół roku..
10. Powiadamianie zleceniodawcy i wydawanie wyników dodatnich za poświadczeniem odbioru.
11. Uczestniczenie pracowników laboratorium w szkoleniach wewnętrznych według ustalonego planu. Prowadzenie szkoleń, a także uczestniczenie okresowo w szkoleniach zewnętrznych. Prowadzenie przez kierownika laboratorium szkoleń dla pracowników oraz okresowo dla studentów w ramach obowiązkowych praktyk. Uczestniczenie personelu w szkoleniach z zakresu BHP, z tematyk medycznej, organizowanych przez szpital.
12. Udział pracowników laboratorium w pracach komisji i zespołów działających w szpitalu w tym: w komitecie transfuzjologicznym, w zespole kontroli zakażeń;

§ 3

PRACOWNIA DIAGNOSTYKI MIKROBIOLOGICZNEJ

1. Laboratorium mikrobiologiczne to laboratorium wykonujące badania mikrobiologiczne w celu dostarczenia informacji do diagnozowania, profilaktyki i leczenia choroby lub oceny stanu zdrowia człowieka. Laboratorium Mikrobiologiczne tworzy pracownia diagnostyki mikrobiologicznej.

2. Pracownia diagnostyki mikrobiologicznej pracuje zgodnie z obowiązującymi przepisami, zawartymi w ustawach o diagnostyce laboratoryjnej, w której są określone zasady i warunki wykonywania czynności diagnostyki laboratoryjnej, zasady i warunki wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego, zasady organizacji i działania samorządu diagnostów laboratoryjnych (Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych).Laboratorium posiada swój nr identyfikacyjny- 0031 w Krajowej Izbie Diagnostów Laboratoryjnych.
3. Pracownia posiada warunki lokalowe i środowiskowe odpowiednie do zadań realizowanych w laboratorium. Posiada wyposażenie właściwe dla zakresu prowadzonej działalności, w tym:
   1) wyposażenie podstawowe,
   2) wyposażenie pomiarowo- badawcze wraz z dokumentacją techniczną,
   3) wyposażenie umożliwiające pobieranie materiału do badań,
   4) wyposażenie zapewniające bezpieczeństwo i higienę pracy,
   5) urządzenia telekomunikacyjne i systemy informatyczne.

Wyposażenie laboratoryjne jest odpowiednio zidentyfikowane i zapewnia spełnienie wymagań oraz odpowiednich specyfikacji, dotyczących prowadzonych badań.

4. Pracownia diagnostyki mikrobiologicznej regularnie monitoruje i wykazuje właściwą kalibrację i pracę posiadanej aparatury pomiarowej i odczynników.
5. Pracownia diagnostyki mikrobiologicznej współpracuje z dostawcami aparatury, odczynników i sprzętu jednorazowego użytku, niezbędnych do wykonywania zleconych badań, na podstawie zawartych umów przetargowych.
6. Pracownia diagnostyki mikrobiologicznej wykonuje laboratoryjne badania mikrobiologiczne pacjentom:
   1) hospitalizowanym w szpitalu lub dla pacjentów ambulatoryjnych z poradni specjalistycznej szpitala na podstawie skierowania, wydanego przez lekarza zatrudnionego w jednostce organizacyjnej szpitala i zgodnie z wymaganiami NFZ,
   2) skierowanym przez inne zakłady opieki zdrowotnej, z którymi szpital zawarł umowy lub bez umów, zgodnie z wymaganiami NFZ,
   3) pacjentom zgłaszającym się do pracownia diagnostyki mikrobiologicznej bez skierowania, dla których na ich polecenie laboratorium wykonuje badania odpłatnie, zgodnie z cennikiem, po opłaceniu tych badań. Mogą to być pacjenci objęci lub nie objęci ubezpieczeniem zdrowotnym.
7. Zasady działania pracowni:
   1) Pacjenci ambulatoryjni zgłaszają się do rejestracji laboratorium diagnostycznego lub bezpośrednio do pracowni ze skierowaniem od lekarza specjalisty lub bez skierowania. Następnie rejestrowani są w księdze głównej laboratorium mikrobiologicznego - materiał biologiczny i towarzysząca dokumentacja. Materiał diagnostyczny do badań mikrobiologicznych od pacjentów oddziałów szpitalnych jest pobierany w oddziale i dostarczany wraz z dokumentacją do laboratorium lub bezpośrednio do pracowni diagnostyki mikrobiologicznej..
   2) Czynności diagnostyki laboratoryjnej wykonywane są w laboratorium, zgodnie z obowiązującymi w szpitalu i w laboratorium rozporządzeniami, zarządzeniami, procedurami i instrukcjami. Podstawowymi jej czynnościami jest pobranie materiału do badań, transport materiału, wykonanie badania, interpretacja i wydanie wyniku, zgodnie z obowiązującymi przepisami. Postępowanie

z odpadami medycznymi jest zgodne z obowiązującymi w Szpitalu instrukcjami, w tym z: rozporządzeniem Ministra Zdrowia „w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi".

3) Badania wykonywane są przez doświadczony i wykwalifikowany personel. Wyniki badań autoryzowane są przez diagnostę laboratoryjnego, zgodnie z obowiązującym rozporządzeniem Ministra Zdrowia.
4) Laboratorium wykonuje badania mikrobiologiczne podstawowe i specjalistyczne, według ustalonego harmonogramu badań.
5) Badania mikrobiologiczne dla pacjentów szpitalnych wykonywane są całodobowo, a dla pacjentów ambulatoryjnych w godzinach pracy laboratorium mikrobiologicznego.

8. Laboratorium wykonuje podstawowe i niektóre specjalistyczne badania w pracowni diagnostyki mikrobiologicznej. Podstawowymi metodami przeprowadzania badań bakteriologicznych/ mikrobiologicznych są:
   1) posiew na podłoża i hodowla w różnych warunkach dostępu tlenu,
   2) identyfikacja czynnika etiologicznego zakażenia,
   3) oznaczenie lekowrażliwości,
   4) wykrycie mechanizmu oporności,
   5) hodowla w kierunku grzybów drożdżopodobnych, identyfikacja i określenie oporności na leki.
8. Pracownia wykonuje badania w kierunku wykrywania zakażeń wirusowych odpowiedzialnych za biegunki jelitowe, wykrywanie pierwotnych zakażeń bakteryjnych zapalenia opon mózgowo- rdzeniowych.
9. Pracownia mikrobiologiczna prowadzi nadzór epidemiologiczny:
   1) kontrola mikrobiologiczna środowiska szpitalnego,
   2) kontrola sterylizacji,
   3) kontrola procesów dezynfekcji,
   4) gromadzenie i prowadzenie kolekcji szczepów bakteryjnych,
   5) przesyłanie próbek do odpowiednich ośrodków referencyjnych.
9. Laboratorium uczestniczy w zewnętrznej, krajowej kontroli jakości badań i uzyskuje certyfikaty jakości dla tych badań oraz prowadzi wewnętrzną kontrolę jakości dla wszystkich wykonywanych badań;
10. Laboratorium archiwizuje, wykonuje sprawozdania i analizy statystyczne wykonywanych badań;
11. Laboratorium zobowiązane jest do współpracy z innymi laboratoriami w zakresie wykonywania badań specjalistycznych, których dane laboratorium nie wykonuje (badania zlecane w niewielkich ilościach).
12. Prowadzenie codziennej kontroli pomiaru temperatur chłodni, zamrażarek, cieplarki, walidacji sprzętu chłodniczego i cieplnego, za pomocą atestowanych termometrów- 1 raz na kwartał;
13. Uczestniczenie pracowników laboratorium w szkoleniach wewnętrznych według ustalonego planu. Prowadzenie szkoleń, a także uczestniczenie okresowo w szkoleniach zewnętrznych. Prowadzenie przez kierownika laboratorium szkoleń dla pracowników oraz okresowo dla studentów w ramach obowiązkowych praktyk.

Uczestniczenie personelu w szkoleniach z zakresu BHP, z tematyk medycznej, organizowanych przez szpital.

14. Udział pracowników laboratorium w pracach komisji i zespołów działających w szpitalu w tym: w zespole kontroli zakażeń;

XVII. ZAKŁAD DIAGNOSTYKI OBRAZOWEJ

1. Zakład diagnostyki obrazowej świadczy usługi dla pacjentów szpitalnych, pacjentów poradni specjalistycznych oraz zakładów opieki zdrowotnej, firm na podstawie podpisanych umów oraz odpłatnie, zgodnie z obowiązującym cennikiem. Warunkiem wykonania badania rentgenowskiego jest posiadanie skierowania wystawionego przez lekarza, zgodnie z przepisami prawa atomowego.
2. Zakład diagnostyki obrazowej składa się z:
   1) pracowni USG,
   2) pracowni rentgenodiagnostyki ogólnej,
   3) pracowni tomografii komputerowej,
   4) pracowni mammograficznej,
   5) pracowni densytometrycznej,
   6) pracowni EEG.
3. W pracowni rentgenowskiej wykonywane są badania rentgenowskie ogólnodiagnostyczne z zakresu: głowy, klatki piersiowej, jamy brzusznej, kończyn górnych i dolnych oraz badania kontrastowe i tomograficzne.
4. W pracowni tomokomputerowej wykonywane są badania rentgenowskie tomokomputerowe z zakresu: głowy, klatki piersiowej, jamy brzusznej, kończyn górnych i dolnych.
5. W pracowni ultrasonograficznej wykonywane są badania ultrasonograficzne standardowe (tarczyca, ślinianki, sutki, jądra, jama brzuszna) oraz badania ultrasonograficzne naczyniowe metodą Dopplera.
6. Badania rentgenowskie ogólnodiagnostyczne wykonywane są na bieżąco bez uprzedniej rejestracji.
7. Badania rentgenowskie kontrastowe, ultrasonograficzne, tomokomputerowe wykonywane są w systemie planowym. Rejestracja na badania prowadzona jest zgodnie z obowiązującymi wymogami NFZ.
8. Za prawidłową rejestrację pacjentów, wydawanie wyników zgodne z obowiązującymi instrukcjami odpowiadają technicy. Nadzór nad prowadzoną dokumentacją sprawuje koordynator techników. Za opisy wykonywanych badań odpowiada lekarz radiolog.
9. Dokumentacja zakładu diagnostyki obrazowej jest zgodna z przepisami ustawy prawo atomowe.
10. Aparaty rentgenowskie posiadają aktualne testy specjalistyczne lub dopuszczające oraz dokumentację z przeprowadzanych testów wewnętrznych zgodnie z wymogami ustawy prawo atomowe.
11. Pracownicy zakładu diagnostyki obrazowej posiadają niezbędne do wykonywania swojego zawodu kwalifikacje i uprawnienia, zgodnie z obowiązującymi przepisami
12. Badania rentgenowskie wykonywane są z zachowaniem wszelkich środków ochrony radiologicznej, zgodnie z opracowanymi i wdrożonymi instrukcjami, zgodnie

z zaleceniami Konsultanta Krajowego ds. Radiologii i Diagnostyki Obrazowej, wiedzą lekarską i zapotrzebowaniami klinicznymi.

13. W rejestracji zakładu diagnostyki obrazowej prowadzony jest rejestr planowanych badań, rejestracja badań szpitalnych i ambulatoryjnych w formie elektronicznej oraz wydanych zdjęć i wyników rtg.
14. Zestawienia miesięczne wykonanych badań sporządzane są przez koordynatora techników i przekazywane do księgowości.

XVIII. PRACOWNIE DIAGNOSTYCZNE

1. Pracownie diagnostyczne świadczą usługi medyczne i diagnostyczne w reprezentowanej specjalności. Nadzór nad pracą personelu pracowni diagnostycznej pełni ordynator/ koordynator oddziału.
2. Do podstawowych zadań pracowni diagnostycznej należy wykonywanie specjalistycznych badań z wykorzystaniem posiadanej aparatury diagnostycznej.
3. Personel pracowni diagnostycznej zobowiązany jest do dbania o powierzony sprzęt diagnostyczny, ciągłe monitorowanie jego sprawności, zgłaszanie zauważonych usterek, zaopatrywanie w części zużywalne i akcesoria niezbędne do wykonania badań.

XIX. APTEKA SZPITALNA

1. Apteka szpitalna zajmuje się zaopatrywaniem w produkty lecznicze i wyroby medyczne oddziałów i zakładów funkcjonujących w szpitalu.
2. Podstawowe zadania apteki szpitalnej obejmują:
   1) zaopatrywanie oddziałów i zakładów w leki, produkty lecznicze, materiały medyczne, artykuły sanitarne i środki dezynfekcyjne,
   2) zabezpieczenie szpitala w odpowiedni zapas środków farmaceutycznych i materiałów medycznych niezbędnych do prawidłowego funkcjonowania,
   3) przechowywanie środków farmaceutycznych i materiałów medycznych w sposób zapewniający ich trwałość, zgodnie z zaleceniami producentów,
   4) wykonywanie form recepturowych, zgodnie z ordynacja lekarską i obowiązującymi przepisami (aktualną Farmakopeą Polską),
   5) przygotowanie i aktualizacja receptariusza szpitalnego,
   6) udział w monitorowaniu działań niepożądanych leków,
   7) prowadzenie pełnej dokumentacji aptecznej, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa m.in. księgowości aptecznej,
   8) prawidłowa gospodarka lekami i materiałami medycznymi,
   9) udzielanie wszelkich informacji dotyczących: stosowania, dystrybucji i zakupu środków farmaceutycznych,
   10) kontrola apteczek oddziałowych i stały nadzór nad prawidłowym przechowywaniem środków farmaceutycznych pobieranych z apteki szpitala, w szczególności leków psychotropowych i narkotycznych,
   11) udział w komisjach działających na terenie szpitala, m.in.: zamówień publicznych, komisji zakażeń szpitalnych w zakresie wynikającym z kompetencji,

12) wykonywanie poleceń nadzoru farmaceutycznego w zakresie wstrzymania i wycofania leków z obrotu oraz ich ponownego dopuszczenia do obrotu i in.

3. Apteka może prowadzić odsprzedaż leków i produktów leczniczych innym podmiotom.

XX. DZIAŁ HIGIENY SZPITALNEJ

§ 1

Dział higieny szpitalnej obejmuje swoim zakresem:

1) koordynację i nadzór nad stanem sanitarno – epidemiologicznym szpitala,
2) magazyn czystej bielizny,
3) transport wewnętrzny i konserwacja podłóg,
4) oddziały szpitala, pracownie diagnostyczne, poradnie specjalistyczne, budynek administracyjny, piwnice, szatnie.

§ 2

1. Koordynacja i nadzór
   1) Organizacja pracy personelu gospodarczego.
   2) Prowadzenie spraw związanych z usługami pralniczymi, ocena ich jakości.
   3) Stały nadzór dokonywanych czynności porządkowych, zgodnie z wymogami sanitarno - epidemiologicznymi.
   4) Opracowywanie harmonogramów czasu pracy i prawidłowe rozliczanie czasu pracy podległego personelu.
   5) Sporządzanie analiz i zestawień na potrzeby pionu epidemiologicznego, działu księgowości i innych.
   6) Współpraca z działem zamówień publicznych w zakresie prawidłowego opracowania zamówień na środki czystości, środki ochrony osobistej i inne związane z zakresem pracy działu.
   7) Nadzorowanie eksploatacji i stanu technicznego sprzętu będącego na wyposażeniu działu, zgłaszanie do konserwacji i naprawy.
   8) Przeprowadzanie szkoleń wewnętrznych dla pracowników.

2. Magazyn czystej bielizny
   1) Odbiór czystej bielizny z pralni na podstawie kwitów zdawczo – odbiorczych.
   2) Ocena ilościowo – jakościowa.
   3) Wydawanie czystej bielizny do oddziałów szpitala na podstawie kwitów zdawczo – odbiorczych.
   4) Stała współpraca z przedstawicielem pralni dotycząca dostaw, uwag i reklamacji.

3. Transport wewnętrzny i konserwacja podłóg
   1) Transport brudnej bielizny i brudnych mopów z oddziałów szpitala do magazynu brudnej bielizny.
   2) Transport środków czystości do oddziałów szpitala.
   3) Transport czystych mopów do oddziałów szpitala.

4) Zebranie z oddziałów szpitala i wywóz odpadów komunalnych i medycznych do odpowiednich kontenerów zgodnie z zasadami segregacji.

5) Bieżące mycie i dezynfekcja wózków do transportu.

6) Czyszczenie i konserwacja podłóg.

4. Oddziały szpitala, pracownie diagnostyczne, poradnie specjalistyczne, budynek administracyjny, piwnice, szatnie

1) Utrzymanie w odpowiednim stanie sanitarno – epidemiologicznym wszystkich pomieszczeń zgodnie z planem higieny szpitalnej.

2) Opróżnianie koszy i segregacja odpadów.

3) Transport posiłków z kuchni szpitala do oddziału, pomoc w rozdawaniu, zbieranie i mycie brudnych naczyń.

4) Pakowanie bielizny brudnej do pralni, odbiór bielizny czystej.

5) Transport z magazynu depozytów odzieży osobistej pacjentów wypisywanych ze szpitala.

6) Doraźna pomoc w pracach przy chorych.

XXI. DZIAŁ FINANSOWO – KSIĘGOWY/ SEKCJA KSIĘGOWOŚCI FINANSOWEJ

Do zadań działu finansowo – księgowego należy:

1) Prowadzenie rachunkowości zgodnie z obowiązującymi zasadami i przepisami prawa, w celu uzyskania rzetelnego i jasnego obrazu stanu i sytuacji finansowej jednostki.

2) Prowadzenie ksiąg rachunkowych w systemie informatycznym przy użyciu komputerów.

3) Dekretacja i ujmowanie wszystkich zdarzeń gospodarczych podlegających ewidencji zgodnie z zasadami określonymi w ustawie o rachunkowości i wewnętrznych uregulowaniach (zakładowa polityka zasad rachunkowości wraz z planem kont).

4) Kontrola prawidłowości otrzymywanych faktur i rachunków od dostawców pod względem formalno-rachunkowym oraz przedkładanie ich do weryfikacji merytorycznej osobom funkcyjnym odpowiadającym za dany zakres działalności i dalej do zatwierdzenia przez Głównego Księgowego i Dyrektora.

5) Kontrola poprawności przedkładanych do rozliczenia delegacji służbowych i zaliczek pobieranych przez pracowników.

6) Prowadzenie ewidencji księgowej w zakresie zakupu i sprzedaży w rejestrach podatkowych VAT – sporządzanie deklaracji VAT.

7) Analiza wszystkich zapisów i powiązań kont finansowo-księgowych zgodnie z postanowieniami ustawy o rachunkowości, ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, ustawy o finansach publicznych.

8) Prowadzenie windykacji należności (wezwania do zapłaty, noty odsetkowe, umorzenia, odpisy aktualizujące wartość, postępowania sądowe itp).

9) Monitorowanie rozrachunków z dostawcami (terminowość regulowania zobowiązań, kontrola wezwań do zapłaty i zasadność naliczanych odsetek i inne)

10) Monitorowanie rozrachunków z pracownikami, należności i zobowiązań z tytułu pozostałych podatków i opłat.

11) Ewidencjonowanie przychodów i kosztów w zakresie działalności podstawowej, pomocniczej, finansowej i pozostałej operacyjnej.
12) Ewidencjonowanie kosztów wg rodzajów oraz typów działalności i ich rozliczenie na miejsce powstania wg układu kalkulacyjnego.
13) Ewidencjonowanie funduszy i rezerw.
14) Prowadzenie ewidencji bilansowej ilościowo-wartościowej środków trwałych i wartości niematerialnych i prawnych (ewidencjonowanie zmian w stanie majątku, opracowywanie rocznego planu amortyzacji i bieżąca aktualizacja, naliczanie amortyzacji, kompletowanie dokumentów do likwidacji środków trwałych, uczestniczenie w pracach Komisji Kasacyjnej).
15) Prowadzenie rejestrów bankowych, kasowych i rozliczeń pobieranych zaliczek z uzgodnieniem sald.
16) Zapewnienie terminowego rozliczenia podatków, opłat i innych obciążeń z Budżetu Państwa - ewidencja tych rozliczeń.
17) Wystawianie dowodów wewnętrznych memoriałowych dopuszczonych przez ustawę o rachunkowości i wprowadzanie tych danych do ewidencji ksiąg rachunkowych (np.: podatki, amortyzacja, rezerwy itp.)
18) Nadzór i kontrola nad ewidencją księgową analityczną ksiąg pomocniczych i ich uzgadnianie z zapisami ewidencji finansowo-księgowej na poziomie analityki i syntetyki.
19) Opracowywanie i ustalanie terminów wraz ze składem osobowym komisji do przeprowadzania spisów z natury majątku obrotowego i trwałego, wydawanie arkuszy spisowych.
20) Opracowywanie harmonogramu inwentaryzacji i uczestniczenie w zespołach komisji spisowych.
21) Sporządzanie okresowej i rocznej sprawozdawczości finansowej, deklaracji podatkowych w terminach określonych przepisami.
22) Kontrola prawidłowości stosowania instrukcji obiegu dokumentów w zakresie spraw związanych z zadaniami Działu
23) Prowadzenie zadań w zakresie księgowości Zakładowej Kasy Zapomogowo - Pożyczkowej.
24) Przygotowywanie materiałów do analiz wewnętrznych na potrzeby planowania i zarządzania oraz organu założycielskiego i innych jednostek zewnętrznych.

XXII. SEKCJA KSIĘGOWOŚCI MAJĄTKOWEJ

Do zadań sekcji księgowości majątkowej należy:

1) Prowadzenie ksiąg rachunkowych w systemie informatycznym przy użyciu komputerów
2) Przyjmowanie i kontrola dokumentów obrotu materiałowego otrzymywanych z magazynów oraz ich dekretacja na konta finansowo-kosztowe w układzie rodzajowym i kalkulacyjnym.
3) Sporządzanie miesięcznych rozdzielników kosztowych na poszczególne magazyny.
4) Porównywanie stanów ewidencyjnych w poszczególnych magazynach figurujących w ewidencji księgowej z ewidencją prowadzoną przez magazynierów.
5) Uczestniczenie w zespołach komisji spisowych.
6) Rozliczanie inwentaryzacji spisów z natury w magazynach materiałowych.

7) Prowadzenie rejestru darowizn środków obrotowych i trwałych.
8) Uzgadnianie comiesięczne ksiąg analitycznych z księgami syntetycznymi prowadzonymi w dziale finansowo – księgowym.
9) Uzgadnianie i sporządzanie zestawień różnic inwentaryzacyjnych.
10) Opracowywanie zestawień na potrzeby sprawozdawczości finansowej i ekonomicznej.

XXIII. SEKCJA PŁAC

Do zadań sekcji płac należy:

1) Prowadzenie naliczania i ewidencji wynagrodzeń w systemie informatycznym przy użyciu komputerów.
2) Naliczanie i sporządzanie list wynagrodzeń dla pracowników zatrudnionych na umowę o pracę, umowę zlecenie i o dzieło.
3) Tworzenie na podstawie zatwierdzonych list wynagrodzeń rozdzielnika kosztowego z dekretacją na konta księgowe w układzie rodzajowym i kalkulacyjnym w powiązaniu z kontami rozrachunkowymi Urzędu Skarbowego i Zakładu Ubezpieczeń Społecznych
4) Prowadzenie dokumentacji pomocniczej w zakresie naliczania zasiłków chorobowych.
5) Obliczanie kapitału początkowego dla potrzeb rentowo-emerytalnych.
6) Sporządzanie i rozliczanie deklaracji w zakresie podatku dochodowego od osób fizycznych PIT-4, PIT-8B, PIT-11 i PIT-40 oraz inne.
7) Prowadzenie rozliczeń z ZUS - naliczanie składki na ubezpieczenie społeczne, sporządzanie stosownych raportów w programie Płatnik.
8) Rozliczanie i kontrola miesięcznych wydatków z dotacji na finansowanie wynagrodzeń.
9) Potrącanie z wynagrodzeń zajęć komorniczych oraz innych zadeklarowanych przez pracowników oraz prowadzenie korespondencji w zakresie egzekucji z poborów pracowniczych.
10) Analiza i kontrola porównawcza naliczeń wynagrodzeń i potrąceń w powiązaniu z kontami ewidencji finansowo - księgowej.
11) Sporządzanie umów pożyczek z przydzielonych środków ZFŚS.
12) Sporządzanie i wysyłanie dokumentów informacyjnych do Zarządu PFRON o stanie zatrudnionych , o dofinansowanie do osób niepełnosprawnych.
13) Wystawianie zaświadczeń o wysokości poborów na żądanie pracownika lub instytucji.
14) Sporządzanie informacji do analiz finansowych i na potrzeby zarządzania.

XXIV. KASA

Do zadań Kasy należy:

1) Prowadzenie ewidencji obrotu środków pieniężnych – raporty kasowe w systemie informatycznym przy użyciu komputerów.
2) Prowadzenie obsługi konta bankowego w systemie internetowym.
3) Przechowywanie i zabezpieczenie środków pieniężnych, znaków wartościowych, przekazywanie i podejmowanie gotówki z banku i od inkasentów wewnętrznych.
4) Sporządzanie raportów kasowych.

5) Wprowadzanie do sytemu internetowego obsługi konta bankowego wszystkich przelewów w zakresie rozliczeń z pracownikami i dostawcami.

6) Prowadzenie rejestrów zasądzonych nawiązek pieniężnych na rzecz Szpitala i rejestru wypłacanych zaliczek dla pracowników na bieżące zakupy.

7) Wydawanie i rozliczanie biletów parkingowych.

8) Prowadzenie rejestrów ewidencji przebiegu wykorzystania limitów kilometrowych za korzystanie z własnych samochodów do celów służbowych.

9) Wykonywanie innych prac ustalonych bieżącymi wytycznymi lub zarządzeniami.

XXV. DZIAŁ EKONOMICZNY

Do zadań działu ekonomicznego należy:

1) Dokonywanie rocznej analizy ekonomicznej i tematycznych analiz okresowych, ze szczególnym uwzględnieniem kształtowania się kosztów według miejsc ich powstawania (MPK) oraz przedkładanie wniosków wynikających z analiz.

2) Sporządzanie sprawozdawczości z realizacji planu finansowego.

3) Kontrola i rozliczanie poszczególnych ośrodków MPK.

4) Prowadzenie ewidencji finansowo-płacowej zgodnie z obowiązującymi przepisami.

5) Wyliczanie kosztów normatywnych oraz rzeczywistych, analiza odchyleń, monitorowanie, raportowanie.

XXVI. DZIAŁ EWIDENCJI I ROZLICZEŃ USŁUG MEDYCZNYCH

Do zadań działu ewidencji i rozliczeń usług medycznych należy:

1) Ewidencję świadczeń zdrowotnych prowadzi się w oparciu o oprogramowanie w systemie internetowym powiązanym bezpośrednio z Narodowym Funduszem Zdrowia.

2) Kompletowanie dokumentacji źródłowej wymaganej do fakturowania i rozliczeń świadczeń zdrowotnych.

3) Wprowadzanie danych w zakresie zrealizowanych świadczeń zdrowotnych do sieci oprogramowania.

4) Opracowywanie ofert na świadczenia zdrowotne do Narodowego Funduszu Zdrowa.

5) Sporządzanie ofert i umów na świadczenie usług medycznych do pozostałych zakładów opieki zdrowotnej i innych odbiorców w zakresie medycyny pracy i badań diagnostycznych.

6) Prowadzenie rejestru umów na sprzedaż świadczeń zdrowotnych.

7) Aktualizowanie cennika usług medycznych.

8) Fakturowanie w systemie komputerowym sprzedanych świadczeń zdrowotnych na rzecz NFZ i pozostałych jednostek.

9) Prowadzenie rejestru wystawionych i przekazywanych faktur sprzedaży do Działu finansowo-księgowego.

10) Opracowywanie informacji, zestawień zbiorczych na potrzeby sprawozdawcze i wewnętrzne.

11) Weryfikacja wystawianych faktur i rachunków przez lekarzy kontraktowych w zakresie prawidłowości pod względem ilości wykonanych procedur medycznych.

12) Sprawdzanie ilości usług zrealizowanych i potwierdzanie danych do Działu Płac stanowiących podstawę naliczenia dodatkowego wynagrodzenia.

XXVII. DZIAŁ TECHNICZNEGO UTRZYMANIA NIERUCHOMOŚCI

§ 1

1. Głównym zadaniem działu technicznego utrzymania nieruchomości jest utrzymanie w pełnej sprawności wszystkich budynków, obiektów infrastruktury technicznej, stałych urządzeń technicznych, sieci i instalacji wewnętrznych umożliwiając normalne funkcjonowanie szpitala. Nadzór nad działalnością prowadzą: kierownik działu technicznego oraz inspektor ds. technicznych. Wykonawstwem zajmują się konserwatorzy oraz pracownicy budowlani. W razie konieczności wykonania robót specjalistycznych zatrudnia się firmy zewnętrzne.
2. Na realizację zadań działu technicznego utrzymania nieruchomości składają się:
   1) planowanie,
   2) konserwacja bieżąca,
   3) remonty i modernizacje,
   4) nadzór nad właściwą eksploatacją obiektów,
   5) prowadzenie dokumentacji technicznej,
   6) szkolenia branżowe,
   7) telefoniczna łączność wewnętrzna i zewnętrzna.

§ 2

1. Planowanie:
   1) przygotowywanie planów bieżących długoterminowych dotyczących remontów, modernizacji i konserwacji bieżącej,
   2) wnioskowanie napraw gruntowych, rozbudowy, adaptacji oraz budowy nowych obiektów,
   3) zgłaszanie potrzeb w zakresie zabezpieczenia materiałowego, sprzętowego oraz narzędziowego.
2. Konserwacja bieżąca:
   1) zapewnienie stałej obsługi budynków i urządzeń technicznych,
   2) stałe monitorowanie i przegląd urządzeń i instalacji (elektrycznej, wodno-kanalizacyjnej, centralnego ogrzewania, p.poż., telefonicznej, alarmowej, gazów medycznych, odgromowej),
   3) konserwacja i bieżące usuwanie występujących usterek i awarii,
   4) bieżąca obsługa stałych urządzeń (agregat prądotwórczy, stacja uzdatniania wody itp.),
   5) przeglądy roczne i pięcioletnie budynków z podziałem na ich elementy oraz stałych urządzeń technicznych; terminowe usuwanie ujawnionych usterek i nieprawidłowości,
   6) przeglądy zewnętrznej infrastruktury technicznej (place, drogi, ogrodzenia itp.), bieżące usuwanie usterek i nieprawidłowości,

7) usuwanie skutków zniszczeń lub uszkodzeń powstałych w wyniku awarii lub działania sił żywiołowych,

8) naprawa i remont sprzętu kwaterunkowego i gospodarczego,

9) terminowe wykonywanie pomiarów elektrycznych i odgromowych,

10) terminowe wykonywanie rewizji urządzeń poddozorowych,

11) wykonywanie prac określonych w planach działalności na wypadek długotrwałych przerw w dostawie wody lub energii elektrycznej.

3. Remonty i modernizacje:

1) przygotowywanie i udział w tworzeniu dokumentacji remontowej (projekty, zalecenia, kosztorysy, sprawozdania, protokoły itp.),

2) udział w postępowaniach przetargowych na wykonawstwo robót remontowych przez firmy zewnętrzne,

3) nadzór nad wykonywanymi robotami remontowymi,

4) prowadzenie drobnych robót remontowych i modernizacyjnych własną grupą remontową,

5) rozliczanie finansowe i materiałowe wykonywanych robót remontowych,

6) wnioskowanie o wykonanie niezbędnych prac remontowych,

7) zabezpieczenie materiałowe i sprzętowe dla wykonawstwa własnego,

8) przeprowadzanie odbiorów wykonanych robót remontowych.

4. Nadzór nad właściwą eksploatacją obiektów:

1) nadzorowanie właściwej (zgodnej z przeznaczeniem) eksploatacji obiektów i budynków oraz egzekwowanie należności z tytułu stwierdzonych nieprawidłowości,

2) protokolarne przekazywanie budynków lub ich części, gruntów i urządzeń bezpośrednim użytkownikom,

3) nadzorowanie oszczędnego i racjonalnego gospodarowania energią elektryczną i cieplną, wodą, gazem; prowadzenie monitoringu urządzeń pomiarowych mediów, odczytywanie pomiarów i prowadzenie ich ewidencji.

5. Prowadzenie dokumentacji technicznej:

1) dokumentacja ewidencyjna budynków i obiektów budowlanych (Teczki obiektów)- uaktualniana na bieżąco zgodnie z Ustawą „Prawo Budowlane”,

2) dokumentacja ewidencyjna stałych urządzeń technicznych i urządzeń poddozorowych,

3) protokoły przeglądowe, rewizyjne i DTR urządzeń i sprzętu,

4) dokumentacja powykonawcza remontowa budynków i obiektów,

5) dokumenty rozliczeniowe robót remontowych i konserwacyjnych,

6) dokumenty kalkulacyjne podziału kosztów eksploatacyjnych.

6. Szkolenia branżowe:

1) nadzór nad terminowością odbywania szkoleń przez osoby upoważnione do obsługi i dozoru stałych urządzeń technicznych,

2) szkolenia z zakresu bhp i ochrony p.poż,

3) szkolenia stanowiskowe pracowników,

4) podnoszenie kwalifikacji pracowników i personelu.

7. Telefoniczna łączność wewnętrzna i zewnętrzna:

1) nadzór nad terminowością obowiązujących umów z operatorami,

2) nadzór nad prawidłowym funkcjonowaniem centrali telefonicznej i stacji końcowych,

3) zapewnienie bezawaryjnej łączności przez jak najszybsze reagowanie w przypadku wystąpienia awarii, w miarę możliwości wykonywanie nowych przyłączy,

4) nadzorowanie oszczędnego korzystania z łączności zewnętrznej,

5) wykonywanie comiesięcznego podziału kosztów z tytułu korzystania z łączności telefonicznej.

XXVIII. SEKCJA TRANSPORTU I ZAOPATRZENIA

§ 1

1. Sekcja transportu i zaopatrzenia obejmuje swoim zakresem:

1) transport sanitarny,

2) transport na potrzeby gospodarczo - administracyjne szpitala,

3) prowadzenie zaopatrzenia materiałowego, sprzętowego i narzędziowego w celu zapewnienia płynnej pracy poszczególnych komórek szpitala (działalność prowadzona jest trzyzakresowo: zamówienia i zakupy, gospodarka magazynowa, ewidencja pozabilansowa.

2. Komórką koordynuje i nadzoruję pracę kierowców i mechanika inspektor ds. transportu.

§ 2

1. W zakresie transportu sanitarnego:

1) Dyspozytorem karetek w czasie przewozu chorych jest pielęgniarka Izba Przyjęć - stanowisko wypisów.

2) Zadaniem transportu sanitarnego jest świadczenie usług w zakresie:

a) przewozu chorych na badania specjalistyczne (dalszy ciąg leczenia), na podstawie zlecenia lekarza prowadzącego, do zakładu opieki zdrowotnej udzielającego świadczenie we właściwym zakresie i z powrotem,

b) transportu materiałów krwiopochodnych,

c) transportu materiałów medycznych,

d) transportu personelu medycznego, wzywanego do świadczenia usług medycznych.

3) Zasady przejazdu środkami transportu sanitarnego regulowane są przepisami NFZ, innymi przepisami prawa oraz wewnętrznymi szpitala.

2. W zakresie transportu na potrzeby gospodarczo - administracyjne szpitala:

1) zaopatrywanie szpitala w materiały konserwacyjne, naprawcze, budowlane na potrzeby działu utrzymania nieruchomości,

2) zaopatrywanie szpitala w materiały biurowe i piśmienne oraz inne związane z administracją szpitala,

3) przewożenie i odbiór korespondencji pocztowej,

4) wykonywanie prac ziemnych koparką, w przypadku awarii sieci wodno- kanalizacyjnej i in.,

5) odśnieżanie terenów zewnętrznych szpitala, oraz świadczenie usług w tym zakresie dla innych firm.

3. W zakresie eksploatacji pojazdów:
   1) wykonywanie napraw pojazdów,
   2) prowadzenie ewidencji:
      a) pojazdów,
      b) przejechanych kilometrów,
      c) zużycia paliwa i smarów,
      d) napraw i konserwacji,
      e) przeglądów diagnostycznych,
      f) zakupionych i zużytych materiałów naprawczych,
      g) wyposażenia stacji obsługi i napraw pojazdów,
   3) racjonalna gospodarka środkami transportu sanitarnego,
   4) prawidłowe wykorzystanie transportu szpitalnego.
4. W zakresie zamówień i zakupów:
   1) realizacja zadań przez zaopatrzeniowca-kierowcę,
   2) bieżące zbieranie zamówień, ich weryfikacja i akceptacja przez osoby zarządzające,
   3) wybór najkorzystniejszej oferty cenowej bądź jakościowej spośród dostępnych na rynku,
   4) dostawa towarów własnymi środkami bądź transportem dostawcy lub kurierem,
   5) zgłaszanie występujących reklamacji i nieprawidłowości,
   6) ewidencja dokonanych zakupów (rejestr faktur).
5. W zakresie gospodarki magazynowej:
   1) realizacja zadań przez magazyniera,
   2) przyjmowanie na stan magazynowy zakupionych towarów wraz z wytworzeniem dokumentów przychodowych,
   3) wydawanie z magazynu towarów według rzeczywistych potrzeb oraz wytworzenie dokumentów rozchodowych,
   4) przygotowywanie i przeprowadzanie wybrakowania zużytych materiałów,
   5) bieżące prowadzenie ewidencji magazynowej,
   6) monitorowanie stanów ilościowych i jakościowych zapasów magazynowych,
   7) stała współpraca z działem księgowości.

XXIX. SEKCJA OCHRONY ŚRODOWISKA

1. Zadania Sekcji ochrony środowiska obejmują:
   1) przestrzeganie terminów opłat za emisję gazów lub pyłów do powietrza,
   2) prowadzenie ewidencji zawierającej wykaz rodzajów i ilości zanieczyszczeń wprowadzanych do powietrza oraz dane, na podstawie których określono te ilości,

3) przestrzeganie zasad określonych w pozwoleniu wodno – prawnym,
4) prowadzenie ewidencji zawierającej wykaz ilości i jakości pobranej wody podziemnej,
5) wnoszenie opłat do Urzędu Marszałkowskiego za pobór wody podziemnej,
6) sporządzanie i wysyłanie do Urzędu Marszałkowskiego i Wojewódzkiego Inspektoratu Ochrony Środowiska wykazów zawierających zbiorcze zestawienie informacji o zakresie korzystania ze środowiska oraz o wysokości należnych opłat, w wyznaczonych ustawowo terminach,
7) prowadzenie gospodarki odpadami wytwarzanymi na terenie szpitala, w tym:
   a) sporządzanie wniosków o wydanie lub zmianę pozwolenia na wytwarzanie odpadów niebezpiecznych i innych niż niebezpieczne,
   b) prowadzenie ewidencji ilościowej i jakościowej wytwarzanych odpadów, zgodnie z przyjętą klasyfikacją oraz listą odpadów niebezpiecznych, na podstawie kart przekazania odpadów,
   c) naliczanie i wnoszenie opłat za umieszczanie odpadów na składowisku odpadów oraz za czas ich składowania,
   d) opracowywanie zbiorczych zestawień danych o rodzajach i ilościach wytworzonych odpadów oraz wysyłanie ich do Urzędu Marszałkowskiego i Wojewódzkiego Inspektoratu Ochrony Środowiska, w wyznaczonych ustawowo terminach,
   e) kontrola wydawanych poleceń w sprawie segregacji odpadów w oddziałach i komórkach szpitala,
8) przestrzeganie terminów umów dotyczących gospodarki odpadami - pozyskiwanie ofert cenowych na odbiór i unieszkodliwianie odpadów wytwarzanych na terenie szpitala,
9) aktualizowanie wymagań prawnych oraz prowadzenie aktualnego rejestru wymagań prawnych dotyczących ochrony środowiska,
10) identyfikowanie aspektów środowiskowych poprzez comiesięczne przeglądy środowiskowe - sporządzanie raportów z comiesięcznych przeglądów środowiskowych,
11) opracowywanie procedur i instrukcji środowiskowych,
12) opracowywanie programów realizacji zadań i celów środowiskowych,
13) sporządzanie sprawozdań środowiskowych z ilości wytworzonych odpadów oraz realizacji zadań i celów środowiskowych w danym roku,
14) sporządzanie i wysyłanie do Urzędu Statystycznego sprawozdań o gospodarowaniu wodą, ściekach i ładunkach zanieczyszczeń oraz sprawozdań bilansowych nośników energii i infrastruktury ciepłowniczej,
15) kontrola wycinki drzew i krzewów rosnących na terenie szpitala oraz nasadzeń zamiennych:
   a) przygotowanie wniosków do Urzędu Miasta,
   b) przestrzeganie i realizowanie poleceń wydanych przez organy nadrzędne dotyczących ochrony środowiska.

XXX. SEKCJA EWIDENCJI I NADZORU NAD SPRZĘTEM MEDYCZNYM

§ 1

1. Sekcja ewidencji i nadzoru nad sprzętem medycznym sprawuje nadzór nad prawidłowym użytkowaniem sprzętu medycznego w oddziałach szpitala.
2. Zadania podstawowe stanowią:
   1) prowadzenie ewidencji sprzętu medycznego znajdującego się w oddziałach szpitalnych,
   2) opracowanie i nadzorowanie rocznego planu przeglądów sprzętu medycznego,
   3) udział w komisji ds. przeklasyfikowania i wybrakowania sprzętu medycznego,
   4) sporządzanie protokołów przeklasyfikowania i wybrakowania sprzętu medycznego,
   5) przygotowywanie pism i dokumentów potrzebnych do likwidacji szkód na podstawie ubezpieczenia sprzętu medycznego i elektronicznego,
   6) zakup sprzętu medycznego, części zamiennych i podzespołów.

§ 2

1. Zadania w zakresie konserwacji i napraw obejmują:
   1) opracowywanie planów naprawy sprzętu, zapotrzebowania na zakup części zamiennych,
   2) konserwacja sprzętu medycznego, zgodnie z rocznym planem i potrzebami bieżącymi,
   3) naprawy sprzętu medycznego i elektronicznego w zakresie uszkodzeń, możliwych usunięcia w warunkach warsztatu szpitala,
   4) wzywanie autoryzowanego serwisu lub wysłanie uszkodzonego sprzętu do naprawy lub konserwacji, w przypadku braku możliwości naprawy przez zatrudnionych konserwatorów,
   5) prowadzenie dokumentacji napraw i konserwacji sprzętu oraz urządzeń medycznych,
   6) znajomość zasad serwisowania urządzeń medycznych, utrzymywanie kontaktów z serwisami firmowymi,
   7) prowadzenie ewidencji serwisowej oraz napraw gwarancyjnych i pogwarancyjnych, nadzór nad zapisywaniem pobytu i napraw prowadzonych przez serwisanta w paszporcie technicznym urządzenia,
   8) udział w montażu i rozruchu urządzeń medycznych na terenie szpitala,
   9) zgłaszanie uwag i wniosków z zakresu BHP dotyczących aparatury medycznej, informowanie użytkowników sprzętu medycznego o ewentualnych zagrożeniach w czasie pracy urządzeń.
2. Zadania w zakresie gospodarowanie gazami medycznymi obejmują:
   1) nadzór nad instalacją gazów medycznych szpitala, zgłaszanie uwag w przypadku awarii systemu,
   2) zabezpieczenie pracy szpitala i obsługa butli z gazami medycznymi z zachowaniem obowiązujących przepisów.
3. Zadania w zakresie legalizacji i wzorcowanie przyrządów pomiarowych obejmują:
   1) opracowywanie planów przedsięwzięć metrologicznych w zakresie legalizacji i napraw urządzeń pomiarowych, zapotrzebowania na zakup przyrządów pomiarowych,

2) sprawowanie nadzoru nad prawidłowym użytkowaniem przyrządów pomiarowych oraz przestrzeganiem obowiązujących zasad i przepisów metrologicznych,

3) planowanie i prowadzenie szkolenia w zakresie wykonywania sprawdzeń eksploatacyjnych przyrządów pomiarowych,

4) opracowywanie sprawozdań z działalności metrologicznej,

5) prowadzenie ewidencji przyrządów pomiarowych,

6) dokonywanie okresowych analiz stanu technicznego utrzymania i aktualności legalizacji urządzeń pomiarowych, opracowywanie wniosków i propozycji przełożonym w zakresie działalności metrologicznej,

7) koordynacja działań z użytkownikami w czasie legalizacji urządzeń pomiarowych, oraz fachowa pomoc w tym zakresie,

8) kalibracja manometrów do pomiaru ciśnienia tętniczego wg ustalonego harmonogramu.

XXXI. SEKCJA GOSPODARCZA

Zadania Sekcji Gospodarczej obejmują:

1. W zakresie gospodarki magazynowej:
   1) realizację zadań wynikających z zakresu obowiązków przez magazynierów,
   2) przyjmowanie na stan magazynowy zakupionych towarów wraz z wytworzeniem dokumentów przychodowych,
   3) wydawanie z magazynu towarów według rzeczywistych potrzeb oraz wytworzenie dokumentów rozchodowych,
   4) przygotowywanie i przeprowadzanie wybrakowania zużytych materiałów,
   5) bieżące prowadzenie ewidencji magazynowej,
   6) monitorowanie stanów ilościowych i jakościowych zapasów magazynowych,
   7) stałą współpracę z działem księgowości.
2. W zakresie utrzymania terenów zewnętrznych:
   1) prace porządkowe na trawnikach i zieleńcach (grabienie, pielenie),
   2) przygotowywanie rozsad,
   3) wykonywanie nasadzeń kwiatów, krzewów i drzew,
   4) pielęgnowanie roślin,
   5) zamiatanie, usuwanie zanieczyszczeń, opróżnianie koszy na odpadki,
   6) w okresie zimy: odśnieżanie chodników, podejść i podjazdów, oraz posypywanie piaskiem.
3. W zakresie dezynfekcji, dezynsekcji i deratyzacji:
   1) przyjmowanie zgłoszeń od użytkowników dotyczących pojawienia się na terenie kompleksu szpitalnego gryzoni oraz owadów,
   2) ścisłą współpracę ze specjalistyczną firmą zewnętrzną w zakresie zgłaszania usług dezynfekcji, dezynsekcji i deratyzacji – zgłaszanie ewentualnych usług w zakresie DDD.

XXXII. DZIAŁ KADR

Dział Kadr zajmuje się prowadzeniem spraw kadrowych oraz ewidencji osób, realizacją polityki kadrowej, w tym gospodarowaniem etatami, nadzorowaniem nad przestrzeganiem dyscypliny pracy.

Zadania Działu Kadr obejmują swym zakresem zarówno osoby zatrudnione na umowach o pracę, jak również na umowach cywilnoprawnych – kontrakcie.

W ZAKRESIE REALIZACJI UMÓW O PRACĘ.

Do obowiązków Działu Kadr w szczególności należy:

1) przygotowanie do decyzji Dyrektora, po uzgodnieniu z bezpośrednimi przełożonymi pracowników, materiałów i wniosków dotyczących: zatrudniania, przenoszenia, awansowania, opiniowania, zwalniania,
2) przeprowadzanie wywiadów wstępnych, weryfikacji i klasyfikacji nowego personelu,
3) wprowadzanie kandydata do pracy i kierowanie na badania i szkolenia,
4) koordynowanie procesu adaptacji zawodowej nowozatrudnionego pracownika,
5) zakładanie teczki osobowej pracownika i jej prawidłowe prowadzenie,
6) przygotowanie we współpracy z bezpośrednim przełożonym zakresu obowiązków, odpowiedzialności i uprawnień oraz karty opisu stanowiska pracy.
7) wprowadzanie danych kadrowych do programu komputerowego,
8) określanie okresów zatrudnienia w celu ustalenia: wymiaru urlopu wypoczynkowego, wypłaty nagrody jubileuszowej, dodatku stażowego,
9) prowadzenie rejestrów i wykazów oraz dokonywanie bieżących wpisów: m.in. skorowidz pracowników, wykaz teczek personalnych, wykaz wykroczeń dyscyplinarnych i udzielanych kar regulaminowych, wykaz delegacji służbowych, wykaz stanowisk pracy na których wymagane jest posiadanie kwalifikacji w zakresie eksploatacji urządzeń i instalacji i sieci energetycznych, wykaz stanowisk pracy o szczególnym charakterze,
10) zbieranie dokumentów niezbędnych do ustalenia czasu pracy pracowników szpitala (listy obecności, harmonogramy czasu pracy, grafiki zabezpieczeń i dyżurów),
11) prowadzenie dokumentacji związanej z absencją pracowników oraz rozliczaniem czasu pracy:
    a) sporządzanie planu urlopów oraz nadzór nad jego realizacją,
    b) prowadzenie ewidencji czasu pracy pracowników szpitala - zgodnie z przepisami kodeksu pracy,
    c) prowadzenie list obecności dla wyznaczonych grup pracowników,
    d) nadzór i kontrola zgodności danych: w listach obecności, grafikach czasu pracy otrzymanych z oddziałów i innych komórek organizacyjnych z ewidencją programu komputerowego lub roczną kartą obecności w pracy,
    e) nadzór i kontrola prawidłowości sporządzania harmonogramów,
12) kontrola przestrzegania przez pracowników dyscypliny czasu pracy,
13) kierowanie pracowników na badania okresowe,

14) stały nadzór nad terminowymi uprawnieniami kwalifikacyjnymi pracowników wynikających z przepisów urzędu dozoru technicznego, urzędu ochrony radiologicznej itp.,

15) przygotowanie akt osobowych do archiwum,

16) przygotowanie do ZUS dokumentów dla pracowników spełniających uprawnienia emerytalne oraz odchodzących na renty,

17) w zakresie sprawozdawczości i analizy zatrudnienia - bieżące, systematyczne zbieranie danych służących do sporządzania sprawozdań i ich terminowe sporządzanie,

18) zbieranie danych służących do naliczenia funduszu socjalnego, PFRON i in. dla potrzeb działu księgowości i sprawozdawczości,

19) przeprowadzanie okresowych ocen pracowników oraz przedstawianie dyrektorowi wniosków i analiz z przeprowadzonych ocen.

W ZAKRESIE REALIZACJI UMÓW CYWILNOPRAWNYCH – KONTRAKTÓW.

Do obowiązków Działu Kadr w szczególności należy:

1) Przygotowanie oraz prowadzenie pełnej dokumentacji związanej z postępowaniem konkursowym na udzielanie świadczeń zdrowotnych polegającej na:

   a) uzgadnianiu i przygotowaniu zakresów oraz przedmiotu zamówienia z Dyrektorem Szpitala i jego zastępcami.

   b) uzgadnianiu składów komisji konkursowych, powiadamianiu członków komisji, prowadzeniu korespondencji w tym zakresie,

   c) opracowaniu formularzy oraz projektów umów kontraktowych,

   d) opracowaniu Regulaminu Pracy Komisji Konkursowej oraz Szczegółowych Zasad Przeprowadzania Konkursu Ofert,

   e) ogłaszaniu konkursów ofert oraz wyników rozstrzygnięć postępowań konkursowych na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej Szpitala,

   f) przygotowaniu, organizowaniu i obsłudze postępowań konkursowych, zgodnie z obowiązującym prawem.

2) Prowadzenie umów kontraktowych polegających na:

   a) sporządzaniu umów kontraktowych na udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz zebraniu podpisów złożonych przez strony umowy tj. Przyjmującego i Udzielającego zamówienie,

   b) sporządzaniu aneksów do w/w umów,

   c) egzekwowaniu od Przyjmujących zamówienie dostarczenia aktualnych polis ubezpieczeniowych zaświadczeń lekarskich i innych okresowych informacji,

   d) prowadzeniu rejestrów umów kontraktowych, w tym aneksów dla poszczególnych zakresów udzielania świadczeń zdrowotnych oraz bieżąca ich aktualizacja.

XXXIII. SEKCJA DS. SZKOLEŃ

Do obowiązków w szczególności należy:

1) opracowanie oraz wdrażanie procedur związanych ze szkoleniem pracowników w Szpitalu,
2) przygotowanie projektu Regulaminu organizowania praktyk studenckich, szkolnych wolontariatu,
3) nadzorowanie i organizowanie praktyk i szkoleń organizowanych w szpitalu,
4) opracowanie Rocznego planu szkoleń,
5) opracowanie sprawozdania z realizacji Rocznego planu szkoleń,
6) zbieranie arkuszy szkoleń o przeprowadzonych szkoleniach wewnętrznych i ich ewidencjonowanie z wyłączeniem szkoleń wewnętrznych organizowanych dla personelu medycznego szpitala,
7) prowadzenie ewidencji szkoleń zewnętrznych,
8) nadzorowanie i kontrolowanie prowadzonych szkoleń oraz ocenianie efektywności m.in. poprzez zbieranie arkuszy oceny szkoleń,
9) przygotowanie wniosków i analiz na potrzeby realizacji zadań związanych z systemami jakości,
10) analizowanie potrzeb edukacyjnych oraz udział w planowaniu wydatków na szkolenia,
11) nawiązywanie współpracy z instytucjami szkoleniowymi,
12) dbałość o kompletność zapisów w zawieranych umowach z osobami, instytucjami zewnętrznymi.

XXXIV. SEKCJA DS. SOCJALNYCH

Do obowiązków w szczególności należy:

1) przygotowanie projektu Zakładowego regulaminu świadczeń socjalnych,
2) przygotowanie wszelkich informacji, analiz i dokumentów niezbędnych w danej sytuacji do załatwienia spraw socjalnych,
3) przygotowanie wstępnych propozycji podziału środków na poszczególne cele i rodzaje działalności socjalnej,
4) wykonywanie zadań związanych z obsługa socjalną pracowników, emerytów i rencistów oraz ich rodzin,
5) udział w pracach Komisji,
6) prowadzenie dokumentacji z działalności Komisji, w tym protokołów posiedzeń.
7) ścisła współpraca z działem księgowości w celu prawidłowego rozliczenia wydatkowanych środków na cele socjalne.

XXXV. DZIAŁ ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH

1. Dział Zamówień Publicznych prowadzi samodzielnie wszystkie postępowania od momentu wszczęcia procedury do podpisania umowy zgodnie z ustawą Prawo zamówień publicznych. Dział Zamówień Publicznych ma obowiązek prowadzenia procedur według regulaminów udzielania zamówień publicznych zatwierdzonych przez Dyrektora, opracowanego w celu:
   1) ujednolicenia zasad,
   2) zapewnienia sprawnego i skutecznego prowadzenia postępowań.
2. Do zadań Działu Zamówień Publicznych należą:
   1) przestrzeganie przepisów określonych w ustawie Prawo zamówień publicznych,
   2) przygotowanie rocznego planu zamówień publicznych,
   3) organizacja procesu udzielania zamówień publicznych i nadzór nad przebiegiem udzielania zamówień,
   4) prowadzenie rejestru Wniosków o Zamówienie Publiczne i Zawartych Umów,
   5) prowadzenie i dokumentowanie postępowań o udzielenie zamówień publicznych,
   6) przygotowywanie umów o udzielenie zamówień publicznych,
   7) przechowywanie i archiwizowanie dokumentacji postępowań zgodnie z obowiązującymi przepisami,
   8) prowadzenie postępowań na dostawy, usługi i roboty budowlane zgodnie z obowiązującym w Szpitalu Miejskim św. Jana Pawła II w Elblągu „Regulaminem w sprawie określenia zasad udzielania zamówień, które spełniają warunki zawarte w art. 4 ustawy prawo zamówień publicznych, Regulaminem Udzielania Zamówień Publicznych i Regulaminem Pracy Komisji Przetargowej".

3. KOMISJA PRZETARGOWA
   1) Komisja przetargowa powoływana jest decyzją Dyrektora Szpitala Miejskiego św. Jana Pawła II w Elblągu do obsługi procedur o udzielenie zamówienia publicznego.
   2) Komisja rozpoczyna prace z dniem jej powołania, a kończy pracę z dniem podpisania umowy w sprawie zamówienia publicznego, które było przedmiotem postępowania lub z chwilą unieważnienia postępowania.
   3) Komisja podejmuje decyzje w drodze uzgodnienia, głosowania lub na podstawie sumy indywidualnych ocen członków komisji. Jeżeli w trakcie głosowania decyzja nie może być podjęta ze względu na równą liczbę głosów, rozstrzyga głos przewodniczącego.
   4) Wszystkie osoby uczestniczące w postępowaniach mają obowiązek znać ustawę Prawo zamówień publicznych, akty wykonawcze do ustawy i stosować postanowienia regulaminu wewnętrznego.

XXXVI. DZIAŁ ORGANIZACYJNY

1. Dział organizacyjny tworzą:
   1) Sekcja administracyjna,
   2) Sekcja organizacyjna,
   3) Składnica akt.

2. Zadania działu organizacyjnego obejmują:

1) Sekcja administracyjna:

a) prowadzenie dziennika spotkań dyrektora, uzgadnianie terminów spotkań,

b) prowadzenie grafików konferencji i spotkań kierownictwa,

c) koordynowanie spotkań w gabinecie dyrektora,

d) przekazywanie bieżących pism i korespondencji do akceptacji dyrektora,

e) przekazywanie korespondencji dla wskazanych przez dyrektora kierowników lub innych osób,

f) obsługa urządzeń biurowych m.in. telefonów, faksów, kserokopiarek, skanerów, laminatora, bindownicy,

g) obsługa „kontaktowej" poczty e-mailowej Szpitala w zakresie bieżącej działalności statutowej szpitala, w tym z organem założycielskim, wydziałami Urzędu Wojewódzkiego, Ministerstwem Zdrowia, RPWDL, GUS, i in.,

h) obsługa administracyjno-organizacyjna zebrań Dyrektora i posiedzeń Rady Społecznej (informowanie członków Rady o zwołanych posiedzeniach, rozdział dokumentów, protokołowanie spotkań),

i) przyjmowanie, segregacja, rejestrowanie, przekazywanie i wysyłanie dokumentów, pism i korespondencji szpitala,

j) przechowywanie dokumentów dotyczących działalności statutowej szpitala np. statut, regulamin organizacyjny, protokoły SANEPID-u itp. – zgodnie z zaprowadzonym wykazem oraz ich udostępnianie w wyżej wymienionych sprawach,

k) prowadzenie książki kontroli Szpitala - informowanie organu założycielskiego o wszczętych kontrolach, opracowanie rocznego zestawienia o przeprowadzonych w szpitalu kontrolach,

l) udostępnianie osobom realizującym umowy i zadania wynikające z ustawy o działalności leczniczej, zamówień publicznych itp. odpisów dokumentów: REGON, NIP, rejestr PWDL oraz dbałość o ich aktualne odpisy,

m) prowadzenie powierzonych dzienników ewidencji,

n) zaopatrywanie pracowników oraz prawidłowe ewidencjonowanie pieczęci,

o) zaopatrywanie osób uprawnionych w druki ścisłego zarachowania (np. recepty, dowody kasowe KP i KW) oraz prawidłowe ewidencjonowanie w odpowiednich rejestrach,

p) rozliczanie pracowników z pobranych dokumentów i materiałów ujętych w ewidencji,

q) prowadzenie książek ewidencji sprzętu w budynku administracyjnym szpitala,

r) prowadzenie magazynu materiałów biurowych - ewidencjonowanie, wydawanie, rozliczanie zgodnie z ustawą o zamówieniach publicznych,

s) organizacja wyborów przeprowadzanych przez organy administracji państwowej i samorządowej (do Sejmu, Senatu, Rady Miejskiej i in.),

t) prenumerata, zamawianie prasy codziennej i fachowej,

2) Sekcja organizacyjna:
   a) rejestrowanie wydawanych przez dyrektora zarządzeń oraz ich udostępnianie,
   b) dystrybucja przepisów prawnych odnoszących się do działalności szpitala, prowadzenie wykazu przepisów prawnych,
   c) opiniowanie i współudział przy opracowywaniu projektów wewnętrznej struktury organizacyjnej i zakresów działania poszczególnych jednostek organizacyjnych,
   d) koordynowanie prac związanych z opracowywaniem projektów struktury organizacyjnej Szpitala Miejskiego św. Jana Pawła II w Elblągu, działalności podstawowej i organizacyjnej, Statutu Szpitala, regulaminów jednostek działalności podstawowej i administracyjnej, instrukcji i wytycznych oraz dokonywania w nich zmian,
   e) opracowywanie i aktualizacja wpisów do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
   f) opracowywanie wniosków i aktualizacja wpisów do GUS w zakresie numeru Regon,
   g) przygotowywanie dokumentów celem aktualizacji wpisów w Krajowym Rejestrze Sądowym,
   h) przeprowadzanie corocznej oceny satysfakcji pracowników i opracowanie wniosków z tej oceny,
   i) nadzór nad sprawozdawczością Szpitala względem instytucji zewnętrznych (m.in. GUS) - informowanie osób odpowiedzialnych za ich sporządzenie o rodzaju sprawozdań, terminie i sposobie wykonania, na podstawie otrzymanych pism lub wiadomości,
   j) nadzór nad stroną formalną wytwarzania i obiegu dokumentów w szpitalu,
   k) udostępnianie dokumentacji medycznej uprawnionym instytucjom oraz na wniosek pacjentom zgodnie z przepisami prawa (przy współpracy ze składnicą akt),
   l) wykonywanie zadań związanych ze szkoleniem pracowników pionu pielęgniarskiego i medycznego szpitala zgodnie z obowiązującą procedurą szkoleń poprzez:
      - opracowywanie projektów procedur, regulaminów dotyczących szkoleń pracowników oraz inicjowanie ich zmian,
      - wykonywanie zadań wynikających z obowiązujących w Szpitalu regulacji w zakresie organizacji szkoleń obejmującej kompletowanie dokumentacji oraz jej weryfikację,
      - kompletowanie planów szkoleń wewnątrzszpitalnych, wewnątrz oddziałowych, zewnętrznych oraz ich aktualizacja i weryfikacja,
      - uzgadnianie planów szkoleń poszczególnych pionów i przekazywanie ich do zatwierdzenia Dyrektorowi Szpitala,
      - nadzór nad oceną szkoleń oraz prowadzenie postępowań zakresie wyboru jednostek szkolących zewnętrznych wraz z całokształtem dokumentacji związanej z zawieraniem stosownych umów jak również ich rozliczaniem,
      - monitorowanie kosztów szkoleń, w tym podróży służbowych,
      - przedstawianie sprawozdań i statystyk z realizacji planów szkoleń,
      - prowadzenie stosownych rejestrów i ewidencji.

3) Składnica akt:

Do zadań składnicy akt należy kompleksowa archiwizacja dokumentacji wytworzonej w wyniku całokształtu działalności szpitala, zgodnie z ustawą o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz innymi przepisami prawa regulującymi procesy archiwizacji dokumentacji, zarówno administracyjno – finansowej, jak i dokumentacji medycznej, w szczególności:

a) współpraca z komórkami organizacyjnymi i nadzór w zakresie udzielania wiążących wyjaśnień i pouczeń w sprawie klasyfikacji akt i przekazywania ich do szpitalnej składnicy akt,

b) opracowywanie i aktualizacja instrukcji składnicy akt oraz rzeczowego wykazu akt i ich aktualizacja,

c) przejmowanie z poszczególnych komórek organizacyjnych zakończonej dokumentacji,

d) sprawdzanie na podstawie Rzeczowego Wykazu Akt poprawności kwalifikacji archiwalnej przejmowanej dokumentacji,

e) prowadzenie ewidencji przejętych akt,

f) opracowywanie, przechowywanie, konserwowanie i zabezpieczenie przejętych akt,

g) udostępnianie przejętej dokumentacji dla celów służbowych i naukowych upoważnionym osobom,

h) udostępnianie akt, dokumentacji medycznej,

i) prowadzenie ewidencji udostępnianej dokumentacji,

j) brakowanie oraz przekazywanie do zniszczenia dokumentacji niearchiwalnej, której minął okres przechowywania,

k) współpraca z Archiwum Państwowym w celu stałej poprawy pracy składnicy akt Szpitala Miejskiego św. Jana Pawła II w Elblągu,

l) przekazywanie materiałów archiwalnych do właściwego Archiwum Państwowego.

XXXVII. DZIAŁ MARKETINGU, PROMOCJI I PROGRAMÓW POMOCOWYCH

1. Do zadań Działu Marketingu, Promocji i Programów Pomocowych należy:

1) marketing i promocja:

a) opracowanie i aktualizacja Strategii Szpitala,

b) prowadzenie dokumentacji związanej z organizacją Szpitala,

c) prowadzenie ewidencji skarg i wniosków kierowanych do Dyrektora Szpitala,

d) strategia promocji – kreowanie wizerunku Szpitala, strategii rozwoju Szpitala,

e) tworzenie planu marketingowego,

f) opracowanie planu zarządzania w sytuacji kryzysowej,

g) kontakty z mediami,

h) redagowanie strony internetowej,

i) dbałość o wizerunek szpitala pod względem plastycznym (bieżące uzupełnianie i aktualizacja wszelkich tablic i oznaczeń informacyjnych na teranie szpitala),

j) organizowanie spotkań integracyjnych i okolicznościowych,

k) organizowanie i współuczestnictwo w akcjach z zakresu promocji i edukacji zdrowia dla pacjentów szpitala i mieszkańców miasta.

l) przygotowywanie folderów, ulotek, broszur, plakatów, zaproszeń, tworzenie gazetki informacyjnej,

m) przygotowanie materiałów do rankingów i audytów zewnętrznych,

n) pozyskiwanie sponsorów,

o) przygotowanie prezentacji multimedialnych przedstawiających działalność szpitala,

p) redagowanie listów, pism, artykułów.

2) Fundusze pomocowe:

a) monitorowanie wytycznych instytucji regionalnych i krajowych dotyczących zasad ubiegania się o środki pomocowe w postaci dotacji unijnych,

b) pozyskiwanie funduszy z programów pomocowych – Fundusze strukturalne,

c) mechanizmy Norweskie, RPO WiM, PFRON, NFOŚiGW i inne,

d) nadzór nad przygotowaniem, realizacją, koordynacją i trwałością projektów dofinansowanych.

3) Pełnomocnik ds. praw pacjenta:

a) monitorowanie i przestrzeganie praw pacjenta,

b) przyjmowanie i rozpatrywanie skarg i wniosków pacjentów,

c) współpraca z Radcą Prawnym, zapewnienie pacjentowi dostęp do informacji prawnej,

d) współpraca z organem założycielskim ZOZ w zakresie realizacji praw pacjenta,

e) współpraca z Wydziałem Spraw Świadczeniobiorców – Sekcja Skarg i Wniosków przy Warmińsko-Mazurskim Oddziale Wojewódzkim NFZ w Olsztynie,

f) zasięganie opinii stron zainteresowanych,

g) ewidencjonowanie skarg i wniosków składanych przez pacjentów,

h) terminowe wyjaśnianie spraw i przygotowanie odpowiedzi w sprawie skarg,

i) przeprowadzanie raz w roku badań ankietowych satysfakcji pacjentów pt. „Badanie satysfakcji pacjentów z pobytu w Szpitalu.

4) Rzecznik prasowy Szpitala:

a) przygotowywanie materiałów informacyjnych o funkcjonowaniu Szpitala dla mediów;

b) prowadzenie monitoringu i zbioru informacji prasowych, internetowych, radiowych i telewizyjnych dotyczących Szpitala;

c) udzielanie w imieniu Dyrektora Szpitala oraz jego zastępców, po uprzednim uzgodnieniu stanowiska, odpowiedzi na formułowane pytania przez media;

d) opracowywanie i kierowanie do mediów, po zatwierdzeniu przez Dyrektora Szpitala uzupełnień, sprostowań, polemik oraz wyjaśnień, w odniesieniu do publikowanych informacji niezgodnych ze stanem faktycznym lub z błędną interpretacją;

e) opracowywanie informacji przeznaczonych do zamieszczenia na stronie internetowej Szpitala.

XXXVIII. DZIAŁ INFORMATYKI

Do zadań działu informatyki należy realizowanie przedsięwzięć dotyczących zakładowych systemów komputerowych, a w szczególności:

1) planowanie oraz organizowanie - w porozumieniu z właściwymi komórkami organizacyjnymi - prac dotyczących wdrażania nowych projektów informatycznych oraz rozbudowy już istniejących systemów,
2) instalacja nowego i aktualizacja już używanego oprogramowania systemowego, narzędziowego i użytkowego na stacjach roboczych,
3) konserwacja i bieżące serwisowanie użytkowanego sprzętu komputerowego,
4) naprawa i usuwanie błędów konfiguracyjnych w oprogramowaniu użytkowym,
5) udział w pracach wdrożeniowych programów komputerowych dla potrzeb komórek organizacyjnych szpitala realizowanych przez firmy zewnętrzne,
6) konserwacja fizycznej sieci komputerowej i bieżący nadzór nad jej funkcjonowaniem, rozbudową i modernizacją,
7) administrowanie siecią informatyczną i bazami danych szpitala,
8) zapewnienie bezpieczeństwa sieciowego ze względu na gromadzenie, przetwarzanie i przechowywanie danych osobowych i medycznych oraz informacji poufnych,
9) zabezpieczanie i sprawdzanie systemów pod kątem obecności wirusów komputerowych, uaktualnianie systemów antywirusowych,
10) administrowanie kontami pocztowymi oraz stroną internetową szpitala,
11) koordynowanie zakupów sprzętu i oprogramowania komputerowego dla wszystkich komórek organizacyjnych szpitala,
12) zaopatrywanie wszystkich komórek organizacyjnych szpitala w materiały eksploatacyjne do urządzeń drukujących,
13) współpraca z dostawcami oprogramowania i sprzętu komputerowego dla szpitala,
14) prowadzenie ewidencji zasobów informatycznych,
15) szkolenie i konsultacje techniczne dla pracowników w zakresie obsługi i użytkowania sprzętu komputerowego,
16) współpraca i udzielanie pomocy użytkownikom oprogramowania ogólnoużytkowego i specjalistycznego (z wyłączeniem oprogramowania sterującego lub współpracującego z aparaturą medyczną),
17) doradztwo techniczne w zakresie zamówień publicznych dot. zakupów oprogramowania i sprzętu komputerowego oraz przygotowywanie niezbędnych materiałów do ich zakupu zgodnie z wymaganiami ustawy „Prawo zamówień publicznych”,
18) wykonywanie kopii bezpieczeństwa danych z serwerów i stacji roboczych użytkowników oraz archiwizacja danych,
19) udział w formach dokształcania i doskonalenia zawodowego,
20) prowadzenie korespondencji i dokumentacji z zakresu informatyki,

21) wyznaczony Specjalista Informatyk pełni funkcję Administratora Systemów i Sieci Teleinformatycznych.

XXXIX. DZIAL EPIDEMIOLOGII

Do zadań działu epidemiologii w szczególności należy:

1) opracowywanie i aktualizacja systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych,
2) ocena ryzyka wystąpienia zakażenia związanego z wykonywaniem świadczeń zdrowotnych,
3) monitorowanie i rejestracja czynników alarmowych i zakażeń związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywanych świadczeń,
4) opracowanie, wdrożenie i nadzór nad procedurami zapobiegającymi zakażeniom i chorobom zakaźnym związanym z udzielaniem świadczeń zdrowotnych,
5) prowadzenie kontroli wewnętrznej oraz przedstawianie wyników i wniosków z tej kontroli dyrektorowi szpitala i komitetowi zakażeń szpitalnych,
6) organizacja udzielania świadczeń zdrowotnych, w sposób zapewniający warunki izolacji pacjentów z zakażeniem lub chorobą zakaźną oraz pacjentów szczególnie podatnych na zakażenia szpitalne,
7) prowadzenie i przechowywanie dokumentacji realizacji wyżej wymienionych działań,
8) systematyczne szkolenie personelu w zakresie profilaktyki zakażeń szpitalnych,
9) sporządzanie i przekazywanie właściwemu państwowemu inspektorowi sanitarnemu raportów o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitala oraz zgłaszanie w ciągu 24 godzin potwierdzonego epidemicznego wzrostu liczby zakażeń szpitalnych właściwemu państwowemu inspektorowi sanitarnemu, prowadzenie dochodzeń epidemiologicznych,
10) nadzorowanie procesu Zapobieganie zakażeniom szpitalnym w ramach systemu zarządzania jakością, współpraca z personelem we wszystkich komórkach organizacyjnych,
11) współpraca z inspektorem bhp i lekarzem zakładowym w zakresie ochrony zdrowia personelu i warunków wykonywania pracy.

XL. DZIAŁ ŻYWIENIA

1. Głównym zadaniem działu żywienia jest przygotowywanie posiłków dla hospitalizowanych pacjentów.
2. W ramach działu żywienia funkcjonuje Bufet. Zadaniem bufetu jest obsługa konsumenta, wydawanie posiłków i napojów przygotowywanych w dziale żywienia oraz przyjmowanie od klientów zwracanych naczyń wielokrotnego użytku.
3. Do zadań Działu Żywienia w szczególności należy:
   1) planowanie zaopatrzenia sezonowego i rocznego w żywieniu, zgodnie z potrzebami prawidłowego żywienia pacjentów i konsumentów bufetu,
   2) prawidłowe i racjonalne wykorzystanie środków pieniężnych przeznaczonych na żywienie pacjentów i konsumentów bufetu,
   3) współpraca z działem zamówień publicznych w celu przeprowadzenia przetargu na produkty żywnościowe w trybie ustawy o zamówieniach publicznych,
   4) sporządzanie stanu żywionych, prowiantowanie pacjentów i konsumentów oraz ich

rozliczanie zgodnie z wymogami działu księgowości,

5) układanie jadłospisów, diet i sporządzanie na tej podstawie zamówienia na produkty żywnościowe,
6) przyjmowanie i wydawanie towaru na podstawie faktury i asygnaty,
7) kontrola jakości produktu i odpowiednie ich przechowywanie, magazynowanie,
8) sporządzanie potraw według receptur, wydawanie posiłków i ich rozdział na oddziały,
9) przestrzeganie systemu zarządzania jakością i bezpieczeństwem żywności.

XLI. –skreślony-

XLII. NOCNA I ŚWIATECZNA OPIEKA ZDROWOTNA

1. W zakresie organizacji nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej na terenie miasta Elbląga Szpital Miejski św. Jana Pawła II w Elblągu realizuje porady lekarskie i świadczenia pielęgniarskie w trybie wyjazdowym.
2. Pracą nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej kieruje Koordynator.
3. Nocna i świąteczna opieka zdrowotna to świadczenia w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej udzielane od poniedziałku do piątku w godzinach od 18.00 do 8.00 dnia następnego oraz całodobowo w dni ustawowo wolne od pracy.
4. Z pomocy lekarza i pielęgniarki w nocy, w dni wolne i w święta można skorzystać w razie:
   - nagłego zachorowania;
   - nagłego pogorszenia stanu zdrowia, gdy nie ma objawów sugerujących bezpośrednie zagrożenie życia lub istotny uszczerbek zdrowia, a zastosowane środki domowe lub leki dostępne bez recepty nie przyniosły spodziewanej poprawy;
5. W ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej nie można uzyskać:
   - wizyty kontrolnej w związku z wcześniej rozpoczętym leczeniem,
   - recepty na stosowane stale leki w związku ze schorzeniem przewlekłym,
   - rutynowego zaświadczenia o stanie zdrowia,
   - porady urazowej, nagłego lub przewlekłego zdarzenia zagrażającego życiu (takie sytuacje nadzy zgłaszać do Zespołu Ratownictwa Medycznego).
6. Świadczenia udzielane są zarówno osobom dorosłym jak i dzieciom niezależnie od wieku dziecka.
7. Czas oczekiwania na poradę lekarską ambulatoryjną/świadczenie pielęgniarskie w miejscu zamieszkania uzależniony jest od bieżącej liczby zgłoszeń pacjentów.
8. Osoby uprawnione do świadczeń zdrowotnych (dorośli i dzieci) w przypadku nagłego pogorszenia zdrowia korzystają z tej pomocy bezpłatnie i bez skierowania.

XLIII. CENTRUM ZDROWIA PSYCHICZNEGO

1. Centrum Zdrowia Psychicznego (CZP) Szpitala Miejskiego św. Jana Pawła II w Elblągu realizuje środowiskową opiekę psychiatryczną, której celem jest:

1) poprawa jakości leczenia psychiatrycznego, jego dostępności, ciągłości, kompleksowości
i skuteczności,

2) pomoc chorym w odzyskiwaniu zdrowia, pozycji społecznej, oczekiwanej jakości życia,

3) tworzenie warunków do społecznej integracji osób z zaburzeniami psychicznymi oraz przeciwdziałanie wykluczeniu,

4) ograniczenie rozmiarów i negatywnych skutków hospitalizacji.

2. CZP świadczy kompleksową, zintegrowaną pomoc psychiatryczną (tj. konsultację, leczenie
i rehabilitację osób z zaburzeniami psychicznymi) oraz współpracuje z innymi instytucjami w celu zapewnienia niezbędnego oparcia społecznego oraz wspomagania aktywności i uczestnictwa społecznego.

3. Pracą Centrum Zdrowia Psychicznego kieruje koordynator CZP.

4. Struktura organizacyjna CZP obejmuje następujące komórki organizacyjne:

1) izba przyjęć psychiatryczna,

2) oddział psychiatryczny,

3) oddział dzienny psychiatryczny,

4) poradnia zdrowia psychicznego,

5) punkt zgłoszeniowo – koordynacyjny (PZK),

6) zespół leczenia środowiskowego.

5. Zadaniem PZK jest:

1) udzielanie informacji o zakresie działania CZP i możliwości uzyskania świadczeń opieki zdrowotnej,

2) przeprowadzanie wstępnej oceny potrzeb zdrowotnych osób zgłaszających się do PZK, uzgodnienie wstępnego planu postępowania oraz udzielenie możliwego wsparcia
w zakresie tych potrzeb,

3) uzgodnienie terminu przyjęcia i wskazanie miejsca uzyskania świadczenia psychiatrycznego,

4) w przypadkach tego wymagających wskazanie miejsca uzyskania niezbędnego świadczenia z zakresu pomocy społecznej,

5) udzielanie świadczeń zdrowotnych w sytuacjach tego wymagających,

6) udzielanie informacji oraz uzgadnianie kontaktu z innymi formami pomocy w CZP.

6. Szczegółowa organizację i zadania oddziału psychiatrycznego, oddziału dziennego psychiatrycznego, poradni zdrowia psychicznego oraz zespołu leczenia środowiskowego określają odrębne punkty.

7. CZP współpracuje z podmiotami prowadzącymi działalność leczniczą, ośrodkami pomocy społecznej oraz innymi instytucjami uczestniczącymi w procesie leczenia i socjalizacji osób chorych psychicznie.

8. Prawa i obowiązki pacjentów CZP określa Karta Praw Pacjenta.

Załącznik Nr 4

do Regulaminu Organizacyjnego Szpitala Miejskiego św. Jana Pawła II w Elblągu

ZADANIA OSÓB FUNKCYJNYCH

1. DYREKTOR

1) Dyrektor podlega Prezydentowi Miasta Elbląg
2) Dyrektor Szpitala Miejskiego św. Jana Pawła II w Elblągu jest przełożonym wszystkich pracowników szpitala. Dyrektor kieruje szpitalem i reprezentuje go na zewnątrz. Odpowiedzialny jest za kierowanie całokształtem działalności Szpitala Miejskiego św. Jana Pawła II w Elblągu, a zwłaszcza za:
   - jakość świadczonych usług medycznych,
   - organizację pracy, dyscyplinę,
   - gospodarkę finansową i materiałowa,
   - właściwe relacje międzyludzkie.
3) Dyrektor Szpitala Miejskiego św. Jana Pawła II w Elblągu jest uprawniony do wydawania zarządzeń, regulaminów, wytycznych oraz poleceń we wszystkich sprawach związanych z działalnością szpitala zgodnie z obowiązującymi przepisami.
4) Obowiązki Dyrektora:

I. w zakresie działalności leczniczej szpitala:

a) nadzoruje jakość i poziom świadczonych usług medycznych oraz inspiruje planowanie działań zmierzających do podnoszenia jakości świadczonych usług,
b) dba o wysoki poziom działalności leczniczo – profilaktycznej,
c) organizuje współpracę oddziałów i innych komórek organizacyjnych szpitala i podejmuje decyzje w tych sprawach,
d) decyduje o przyjęciu chorego do szpitala w przypadkach wątpliwych,
e) organizuje należytą opiekę lekarską i pielęgniarską,
f) dokonuje okresowych wizytacji komórek organizacyjnych szpitala,
g) czuwa nad racjonalną realizacją kontraktów z NFZ,
h) nadzoruje pracę specjalistów w zakresie: zapobiegania zakażeniom, terminowego zawiadomienia właściwego organu, inspekcji sanitarnej o przypadkach chorób zakaźnych, stwierdzonych w szpitalu oraz wydaje zarządzenia dotyczące zapobiegania zakażeniom wewnątrzszpitalnym,
i) zawiadamia właściwego prokuratora o wypadkach przyjęcia do szpitala, lub zgonu chorych, co do których zachodzi podejrzenie, że choroba lub zgon jest wynikiem przestępstwa,
j) współuczestniczy w organizowaniu pomocy lekarskiej w razie masowych wypadków lub zachorowań na terenie objętym działalnością szpitala,
k) prowadzi działania i podejmuje decyzje związane z rozwojem działalności szpitala oraz z przystosowaniem do funkcjonowania w ramach wolnego rynku usług medycznych,
l) przyjmuje i rozpatruje skargi i zażalenia chorych,

m) współpracuje z działającymi na terenie województwa Izbą Lekarską, Izbą Pielęgniarską, Izbą Aptekarską oraz innymi podmiotami leczniczymi,

II. w zakresie działalności szkoleniowej, dydaktyczno - naukowej, kształcenia i doskonalenia personelu:

a) zachęca personel szpitala do aktywnego działania w komisjach i zespołach działających w szpitalu,

b) nadzoruje i wspiera doskonalenie zawodowe, działalność naukowa, samokształcenie, podnoszenie kwalifikacji zawodowych pracowników szpitala,

III. w zakresie dyscypliny, porządku, organizacji pracy i ochrony informacji niejawnych:

a) utrzymanie należytego poziomu dyscypliny i porządku szpitala poprzez stawianie wysokich wymagań i egzekwowanie dokładnego wykonywania zarządzeń oraz ścisłego przestrzegania w praktyce regulaminów i innych przepisów,

b) przeciwdziałanie powstawianiu przestępstw i wypadków nadzwyczajnych, analizowanie i ustalanie ich przyczyn oraz wydawanie wytycznych do prowadzenia profilaktyki w tym zakresie,

c) sprawowanie nadzoru nad realizacją przedsięwzięć zapobiegających powstawaniu szkód w mieniu,

d) organizowanie w oparciu o obowiązujące przepisy, problemowych kontroli, a także rozliczanie podległych osób z realizacji zadań wynikających z planu zasadniczych zamierzeń,

e) zapewnienie przeszkolenia pracowników szpitala w zakresie klasyfikowania informacji niejawnych oraz stosowania właściwych klauzul tajności a także procedur ich zmiany i znoszenia,

f) określenie stanowisk i rodzaju prac zleconych, z którymi może się łączyć dostęp do informacji niejawnych, odrębnie dla każdej klauzuli tajności,

g) nadzorowanie prowadzenia okresowych analiz stanu ochrony tajemnicy,

h) współdziałanie ze służbami ochrony państwa w toku przeprowadzonych przez nie postępowań sprawdzających, a w szczególności udostępnienie funkcjonariuszom, po przedstawieniu przez nich pisemnego upoważnienia, informacji i dokumentów niezbędnych dla stwierdzenia, czy osoba objęta postępowaniem sprawdzającym daje rękojmie zachowania tajemnicy,

i) stosowanie środków ochrony fizycznej w celu uniemożliwienia osobom nieupoważnionym dostępu do materiałów zawierających informacje niejawne (dotyczy wytwarzania, przetwarzania, przekazywania i przechowywania dokumentów i materiałów), a w szczególności przed:

   - działaniem obcych służb specjalnych,
   - zamachem terrorystycznym lub sabotażem,
   - kradzieżą lub zniszczeniem materiałów,
   - próbą wejścia osób nieuprawnionych oraz nieuprawnionych dostępem pracowników do materiałów oznaczonych wyższą klauzulą tajności,

j) przestrzeganie ustawy o ochronie danych osobowych,

IV. w zakresie spraw kadrowych:

a) nadzorowanie prowadzenia w szpitalu polityki kadrowej zapewniającej personel o wymaganych kwalifikacjach,

b) nadzór nad bieżącym aktualizowaniem regulaminów zakładowych zgodnie z obowiązującymi przepisami,

c) nadzór nad prowadzeniem racjonalnej polityki kadrowej i nadzór nad organizacją optymalnego zatrudnienia,

d) nadzór nad przestrzeganiem obowiązujących zasad i form opiniowania pracowników,

V. w zakresie gospodarki finansowej i logistycznej:

a) nadzór nad całokształtem spraw związanych z finansami, księgowością, działalnością informatyczną i marketingową, poprzez m.in. ukierunkowanie działalności komórek organizacyjnych szpitala oraz podejmowanie decyzji w zakresie planowego, oszczędnego, celowego i zgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków finansowych,

b) nadzór nad sporządzeniem i realizacją planu finansowego dla Szpitala na dany rok obrachunkowy i przedstawienie Radzie Społecznej celem opiniowania,

c) nadzór nad sporządzeniem planu rzeczowo - finansowego, celem zakupu środków trwałych na dany rok obrachunkowy,

d) rozpatrywanie działań na podstawie analiz zysków i strat, struktury zatrudnienia, przepływów finansowych, zmierzających do utrzymania płynności finansowej szpitala;

e) sprawowanie stałego nadzoru nad koordynacją całokształtu działalności szpitala związanej z udzielaniem zamówień publicznych i przestrzeganiem obowiązujących w tym zakresie przepisów,

f) nadzór nad zapewnieniem właściwej eksploatacji, przechowywania i remontu sprzętu medycznego i technicznego,

g) sprawowanie nadzoru nad wyposażeniem komórek organizacyjnych w sprzęt oraz materiały medyczne i techniczne,

VI. w zakresie nadzoru spraw BHP i ppoż:

a) kierowanie całokształtem spraw w zakresie BHP i ppoż. zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami.

b) bieżący nadzór nad przestrzeganiem w szpitalu przepisów i zasad BHP i ppoż. oraz wprowadzanie w życie obowiązujących w tym zakresie instrukcji i zarządzeń;

c) znajomość przepisów i instrukcji określających zasady BHP i ppoż. oraz ścisłe stosowanie się do tych przepisów i zasad.

d) przestrzeganie ogólnych zasad przy korzystaniu z urządzeń i pomieszczeń socjalno-bytowych.

5) Dyrektor może wykonywać dodatkową pracę w szpitalu, zgodnie z posiadaną specjalizacją medyczną w wymiarze określonym przez organ założycielski. Dotyczy to sytuacji gdy dyrektorem jest lekarz czynny zawodowo.

2. ZASTĘPCA DYREKTORA DS. LECZNICTWA ZAMKNIĘTEGO

1) Zastępca dyrektora do spraw lecznictwa zamkniętego podlega bezpośrednio Dyrektorowi.
2) Z tytułu zajmowanego stanowiska jest przełożonym personelu medycznego szpitala.
3) Kieruje całokształtem działalności leczniczej, naukowej, szkoleniowej oddziałów szpitala i z tytułu nadzoru ponosi za tę działalność osobistą odpowiedzialność.
4) Zastępuje Dyrektora w razie jego nieobecności (urlop, choroba, delegacja itp.).
5) Odpowiada przed Dyrektorem za stan i jakość opieki leczniczo-profilaktycznej szpitala.
6) Dyrektora ds. lecznictwa zamkniętego na czas nieobecności w pracy zastępuje Dyrektor ds. lecznictwa ambulatoryjnego.
7) Do obowiązków zastępcy dyrektora do spraw lecznictwa zamkniętego należy w szczególności:
    a) decydowanie o przyjęciu chorego do szpitala w przypadkach wątpliwych,
    b) zorganizowanie należytej opieki lekarskiej,
    c) organizowanie specjalnej opieki dla ciężko chorych, jeżeli ordynatorzy oddziałów nie mogą tego uczynić we własnym zakresie; w przypadkach uzasadnionych dyrektor zezwala na prośbę chorego (rodziny lub opiekunów) na pełnienie dodatkowego (na koszt chorego bądź jego rodziny) dyżuru pielęgniarskiego przy chorym,
    d) zapewnienie na wniosek ordynatora pomocy konsultacyjnej dla chorych wymagających takiej pomocy,
    e) dokonywanie systematycznych, okresowych wizytacji wszystkich komórek organizacyjnych szpitala,
    f) czuwanie nad racjonalnym wykorzystywaniem łóżek szpitalnych, urządzeń i wyposażenia poszczególnych oddziałów szpitala,
    g) wnioskowanie o zakup specjalistycznego sprzętu medycznego,
    h) kontrolowanie gospodarki lekami i artykułami medycznymi szpitala,
    i) analizowanie zgonów w szpitalu
    j) zawiadamianie właściwe organy (prokuratora, policja, żandarmeria) o wypadkach przyjęcia do szpitala lub zgonu chorych, co do których zachodzi podejrzenie, że choroba lub zgon jest wynikiem przestępstwa,
    k) współudział w organizowaniu pomocy lekarskiej w razie masowych wypadków lub zachorowań na terenie objętym działalnością szpitala,
    l) nadzór nad realizacja postanowień w wydanych zarządzeniach,
    m) nadzór nad kształceniem lekarzy i podnoszeniem przez nich kwalifikacji specjalistycznych,
    n) czuwanie nad prawidłowym przebiegiem specjalizacji lekarzy,
    o) nadzorowanie opiekunów w zakresie prawidłowej realizacji szkolenia podyplomowego przez lekarzy stażystów, opiekowanie się ich rozwojem i przydatnością w zawodzie,
    p) przeglądanie bieżącej i zamkniętej dokumentacji medycznej na zgodność z przepisami prawa i wewnętrznych procedur,

q) uczestniczenie w posiedzeniach komisji i zespołów, do których został powołany,

r) nadzór nad działalnością Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych,

s) informowanie Dyrektora Szpitala o bieżącej działalności leczniczej i przedstawianie wniosków w tym zakresie,

t) wykonywanie innych czynności zleconych przez Dyrektora szpitala, wiążących się bezpośrednio z zakresem jego działalności, nie objętych niniejszym regulaminem a związanych z pełnioną funkcją.

3. ZASTĘPCA DYREKTORA DS. LECZNICTWA AMBULATORYJNEGO

1) Zastępca dyrektora do spraw lecznictwa ambulatoryjnego podlega bezpośrednio Dyrektorowi.
2) Z tytułu zajmowanego stanowiska jest przełożonym personelu medycznego szpitala.
3) Kieruje całokształtem działalności leczniczej, naukowej, szkoleniowej przychodni szpitala miejskiego oraz medycznego laboratorium diagnostycznego i z tytułu nadzoru ponosi za tę działalność osobistą odpowiedzialność.
4) Zastępuje Dyrektora ds. lecznictwa zamkniętego w razie jego nieobecności (urlop, choroba, delegacja itp.).
5) Odpowiada przed Dyrektorem za stan i jakość opieki leczniczo-profilaktycznej szpitala.
6) Dyrektora ds. lecznictwa ambulatoryjnego na czas nieobecności w pracy zastępuje Dyrektor ds. lecznictwa zamkniętego.
7) Do obowiązków zastępcy dyrektora do spraw lecznictwa ambulatoryjnego należy w szczególności:
    a) Zorganizowanie właściwej opieki personelu medycznego, zabezpieczenia diagnostycznego oraz właściwego funkcjonowania Banku Krwi,
    b) zapewnienie pomocy konsultacyjnej dla pacjentów wymagających takiej pomocy,
    c) dokonywanie systematycznych, okresowych wizytacji komórek organizacyjnych szpitala,
    d) czuwanie nad racjonalnym wykorzystywaniem urządzeń i wyposażenia,
    e) wnioskowanie o zakup specjalistycznego sprzętu medycznego,
    f) kontrolowanie gospodarki lekami i artykułami medycznymi szpitala,
    g) zawiadamianie właściwe organy (prokuratora, policja, żandarmeria) o wypadkach przyjęcia do szpitala lub zgonu chorych, co do których zachodzi podejrzenie, że choroba lub zgon jest wynikiem przestępstwa,
    h) współudział w organizowaniu pomocy lekarskiej w razie masowych wypadków lub zachorowań na terenie objętym działalnością szpitala,
    i) czuwanie nad terminowym poddawaniem się personelu obowiązkowym badaniom lekarskim i szczepieniom,
    j) kontrola wykonania wydanych zarządzeń,
    k) sprawowanie ogólnego nadzoru nad działalnością przychodni szpitala miejskiego,
    l) dbałość o kształcenie się lekarzy i stałe podnoszenie przez nich kwalifikacji specjalistycznych w ramach posiadanych środków na ten cel,
    m) czuwanie nad prawidłowym przebiegiem specjalizacji lekarzy,

n) nadzorowanie opiekunów w zakresie prawidłowej realizacji szkolenia podyplomowego przez lekarzy stażystów, opiekowanie się ich rozwojem i przydatnością w zawodzie,

o) przeglądanie bieżącej i zamkniętej dokumentacji medycznej na zgodność z przepisami prawa i wewnętrznych procedur,

p) uczestniczenie w posiedzeniach komisji i zespołów, do których został powołany,

q) nadzór nad działalnością Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych,

r) informowanie Dyrektora Szpitala o bieżącej działalności leczniczej i przedstawianie wniosków w tym zakresie,

s) wykonywanie innych czynności zleconych przez Dyrektora szpitala, wiążących się bezpośrednio z zakresem jego działalności, nie objętych niniejszym regulaminem a związanych z pełnioną funkcją.

4. ZASTĘPCA DYREKTORA DS. PIELĘGNIARSTWA

1) Zastępca dyrektora do spraw pielęgniarstwa podlega bezpośrednio Dyrektorowi.
2) Bezpośrednio współpracuje z zastępcą dyrektora ds. lecznictwa ambulatoryjnego, zastępcą dyrektora ds. lecznictwa zamkniętego, koordynatorem ds. pielęgniarstwa.
3) Sprawuje nadzór nad pracą pielęgniarek, położnych oddziałowych/koordynujących.
4) Dyrektora ds. pielęgniarstwa na czas nieobecności w pracy zastępuje Koordynator ds. pielęgniarstwa.
5) Do obowiązków zastępcy dyrektora ds. pielęgniarstwa należy w szczególności:
   a) organizowanie pracy podległego personelu na poszczególnych stanowiskach,
   b) ustalanie zakresu obowiązków, odpowiedzialności i uprawnień podległego personelu,
   c) opracowywanie, wdrażanie, modyfikowanie nowych metod pracy na rzecz usprawnienia organizacji i zarządzania w pionie pielęgniarskim oraz poprawy jakości udzielanych świadczeń.
   d) prowadzenie okresowych odpraw z podległym personelem,
   e) planowanie, organizowanie i prowadzenie szkoleń wewnątrzzakładowych,
   f) kontrolowanie opracowanych przez pielęgniarki, położne oddziałowe/koordynujące harmonogramów dyżurów personelu,
   g) nadzorowanie racjonalnego wykorzystania urlopów wypoczynkowych podległych pracowników,
   h) przeprowadzanie okresowych kontroli pracy podległego personelu podczas dyżurów nocnych, popołudniowych oraz w dni wolne od pracy,
   i) przeprowadzanie systematycznych obchodów oddziałów szpitalnych i innych komórek organizacyjnych szpitala w celu oceny poziomu opieki nad chorymi.
   j) nadzorowanie stanu sanitarno-higienicznego szpitala,
   k) kontrolowanie wspólnie z inspektorem bhp stanu bezpieczeństwa i higieny pracy na stanowiskach podległego personelu,
   l) dokonywanie systematycznej oceny jakości realizowanych świadczeń, według standardów pracy pielęgniarskiej i położniczej,

m) opracowanie systemu oceniania i motywowania pracowników,

n) wnioskowanie i opiniowanie spraw podległego personelu dotyczące:

- zasad wynagradzania,
- zatrudnienia i zwolnienia,
- awansowania, nagradzania i karania,
- kierowania pracowników na szkolenia i kursy,

o) prowadzenie dokumentacji obejmującej:

- grafiki dyżurów,
- wykazy pracy godzin nocnych oraz pracy w niedziele i święta,
- rejestr kontroli oddziałów,
- rejestr rotacji personelu,
- ewidencję i obsadę podległego personelu,

p) współpraca z komórkami zaopatrzenia w zakresie wyposażenia oddziałów w niezbędny sprzęt do pielęgnacji chorych a także zapewnienia personelowi odpowiedniej odzieży roboczej i ochronnej,

q) zastępca dyrektora ds. pielęgniarstwa wykonuje inne zadania w ramach swoich kompetencji zawodowych na polecenie przełożonych.

r) zastępca dyrektora ds. pielęgniarstwa z tytułu nadzoru jest odpowiedzialna za:

- całokształt zagadnień związanych z pielęgnowaniem chorych i organizacją pracy pielęgniarek i położnych,
- zapewnienie optymalnego poziomu jakości opieki pielęgniarskiej,
- dokonywanie oceny pracy podległego personelu,
- właściwą organizację pracy własnej i podległego personelu,
- terminowe wykonywanie przyjętych obowiązków a w szczególności opracowywanie planów, harmonogramów pracy podległemu personelowi.

5. KOORDYNATOR DS. PIELĘGNIARSTWA

1) Koordynator ds. pielęgniarstwa planuje, organizuje, nadzoruje, kontroluje pracę podległego personelu, zastępuje Z-cę Dyrektora ds. pielęgniarstwa w podstawowych obowiązkach.

2) Do zadań Koordynatora ds. pielęgniarstwa należy:

a) Stałe dążenie do podnoszenia jakości świadczeń pielęgniarskich i położniczych,

b) udział w posiedzeniach zespołów specjalistycznych, powołanych przez Dyrektora działających na rzecz pionu pielęgniarskiego,

c) nadzór i kierowanie pracą pionu pielęgniarskiego,

d) zapewnianie optymalnej obsady pielęgniarskiej / położniczej w poszczególnych komórkach organizacyjnych szpitala i efektywne jej wykorzystanie,

e) nadzór nad Działem Higieny Szpitalnej,

f) nadzór w zakresie opracowywanych przez kierowników podległych komórek organizacyjnych kart obowiązków, odpowiedzialności i uprawnień dla podległego personelu.

3) W zakresie kierowania pionem pielęgniarskim należy w szczególności:

a) organizowanie należytej i kompleksowej opieki pielęgniarskiej i położniczej wobec hospitalizowanych pacjentów,

b) planowanie, właściwe rozmieszczenie i wykorzystanie personelu (grafiki, urlopy, zastępstwa),

c) prowadzenie bieżącej kontroli wykonywanych zadań oraz dokumentowania udzielanych świadczeń pielęgniarskich / położniczych,

d) planowanie wyposażenia stanowisk pracy pielęgniarek i położnych,

e) dbanie o właściwy przepływ informacji,

f) organizowanie roboczych spotkań z pielęgniarkami i położnymi oddziałowymi/koordynującymi,

g) dokonywanie systematycznych, okresowych wizytacji wszystkich komórek organizacyjnych pionu pielęgniarskiego, ze szczególnym uwzględnieniem i zwróceniem uwagi na stan porządkowy, higieniczno-sanitarny pomieszczeń oraz poszanowanie praw i obowiązków pacjenta,

h) systematyczny nadzór nad przestrzeganiem przez pielęgniarki i położne zasad etyki zawodowej,

i) nadzorowanie prawidłowego i terminowego wykonywania zabiegów pielęgniarskich i położniczych,

j) dokonywanie doraźnych kontroli nocnych i dziennych w komórkach organizacyjnych pionu pielęgniarskiego, przygotowywanie protokołów pokontrolnych z zaleceniami i przedkładanie ich Z-cy Dyrektora ds. pielęgniarstwa,

k) kontrolowanie dokumentacji medycznej pielęgniarskiej i zwrócenie uwagi na jej dokładne, terminowe sporządzanie oraz należyte przechowywanie,

l) współudział w opracowywaniu standardów opieki i procedur postępowania pielęgniarskiego/ położniczego,

m) współudział w organizowaniu pomocy pielęgniarskiej / położniczej w razie masowych wypadków lub zachorowań na terenie objętym działalnością Szpitala,

n) przyjmowanie skarg, zażaleń i uwag od pacjentów, ich rodzin lub opiekunów prawnych w zakresie opieki pielęgniarskiej i położniczej,

o) dbanie o rozwój zawodowy kadry pionu pielęgniarskiego.

6. *–skreślony-*

7. PIELĘGNIARKA SPOŁECZNA

1) Pielęgniarka społeczna bezpośrednio podlega Z-cy Dyrektora ds. pielęgniarstwa.

2) Do obowiązków pielęgniarki społecznej należy:

a) zbieranie i analizowanie danych dotyczących sytuacji zdrowotnej i socjalnej – bytowej i środowiskowej pacjentów szpitala,

b) ustalanie zakresu wydolności samoopiekuńczej pacjentów opuszczających szpital zgodnie z potrzebami oddziałów szpitala,

c) ustalanie działań zmierzających do zapewnienia właściwego środowiska opiekuńczego,

d) informowanie pacjenta i jego rodziny o możliwościach pomocy instytucjonalnej w zakresie opieki pielęgniarskiej jak i socjalno – bytowej oraz pomoc w nawiązywaniu kontaktu z właściwymi instytucjami,

e) ustalanie miejsc pobytu w placówkach pielęgnacyjnych, opiekuńczych lub innych, do których pacjent powinien być skierowany po wypisie ze szpitala,

f) podejmowanie działań zmierzających do ustalenia źródeł finansowania pobytu w szpitalu osób nie ubezpieczonych,

g) prowadzenie spraw administracyjnych związanych z hospitalizacją pacjentów z krajów Unii Europejskiej,

h) podejmowanie działań zmierzających do ustalenia tożsamości pacjentów przyjętych do szpitala jako „ NN”,

i) kontakt z rodzicami dzieci hospitalizowanych z powodu nadużycia alkoholu,

j) współpraca z instytucjami zewnętrznymi uprawnionymi do działań na rzecz dzieci,

k) współpraca z instytucjami MOPS, ZUS, KRUS w sprawach administracyjnych dotyczących wszystkich hospitalizowanych pacjentów,

l) ścisła współpraca z ordynatorami/koordynatorami oddziałów, pielęgniarkami/ położnymi oddziałowymi, kierownikiem ZOL, administracją szpitala,

m) prowadzenie obowiązkowej dokumentacji i sprawozdawczości oraz przestrzeganie obowiązujących terminów,

n) wykonywanie jako członek Zespołu Interdyscyplinarnego w Gminie Miasto Elbląg zadań w zakresie przeciwdziałania przemocy w rodzinie oraz ochrony ofiar przemocy w rodzinie, a także zadań określonych w programach celowych pomocy społecznej i innych uchwalonych na poziomie lokalnym oraz rządowym,

o) organizowanie praktyk, staży zawodowych dla pielęgniarek i położnych oraz innych pracowników medycznych szpitala, po uprzedniej akceptacji właściwych zastępców Dyrektora.

8. ORDYNATOR ODDZIAŁU / KOORDYNATOR ODDZIAŁU

1) Ordynator/ koordynator oddziału podlega bezpośrednio zastępcy dyrektora ds. lecznictwa zamkniętego. Ordynator/ koordynator kieruje całokształtem działalności leczniczej, naukowej, szkoleniowej i administracyjnej oddziału. Ponosi za tę działalność osobistą odpowiedzialność.

2) Ordynator/ koordynator kieruje pracą lekarzy zatrudnionych w oddziale i ponosi całkowitą odpowiedzialność za leczenie chorych w oddziale.

3) Do obowiązków ordynatora/ koordynatora oddziału należy w szczególności:

   a) zapewnienie sprawnego funkcjonowania oddziału pod względem lekarskim, administracyjnym i gospodarczym oraz za właściwe leczenie chorych.

   b) czuwanie nad prawidłowym tokiem pracy na oddziale. Sprawowanie nadzoru fachowego i etycznego nad pracą podległego personelu oraz dbanie o dyscyplinę pracy.

c) bezzwłoczne zawiadamianie dyrektora o każdym wykroczeniu przeciwko ustalonym zasadom pomocy lekarskiej, o nieprzestrzeganiu reguł etycznych oraz naruszaniu dyscypliny pracy.

4) Ordynator/ koordynator ma prawo wyboru metod leczenia, jednak wprowadzenie nowych metod następuje po porozumieniu z dyrektorem szpitala.

5) W szczególności w zakresie lecznictwa ordynator/ koordynator jest obowiązany:

a) ustalić rozpoznanie i kierunek leczenia chorego,

b) przestrzegać, aby każdy ciężko chory, nowo przybyły na oddział był bezzwłocznie zbadany i aby była mu udzielona właściwa pomoc lekarska,

c) tak zorganizować pracę w oddziale, by rozpoznanie można było postawić w najkrótszym czasie,

d) zawiadamiać dyrektora szpitala o potrzebie zwołania konsylium w razie trudności w ustaleniu rozpoznania,

e) nadzorować prace zespołu lekarskiego w prowadzonym procesie diagnostyki i leczenia pacjentów w oddziale, decydować o sposobie leczenia,

f) nadzorować przestrzeganie regulaminu szpitalnego,

g) uprzedzać chorych zgłaszających chęć wypisania się wbrew opinii lekarskiej o następstwach przedwczesnego wypisania się oraz wypisać chorego dopiero po otrzymaniu od niego bądź od jego opiekunów pisemnego oświadczenia, że wpisuje się na własne żądanie i odpowiedzialność oraz, że został uprzedzony o następstwach przedwczesnego wypisania,

h) omawiać z lekarzami zatrudnionymi na oddziale przypadki chorobowe, sposób ustalenia rozpoznania i metodę ich leczenia,

i) brać udział w sekcjach anatomopatologicznych w przypadku zgonów z jego oddziału oraz analizować ewentualne niezgodności pomiędzy rozpoznaniem klinicznym i anatomopatologicznym bądź uchybienia w przeprowadzonym leczeniu,

j) sprawować nadzór nad lekami narkotycznymi w oddziale,

k) dokonywać obchodu chorych na oddziale, w ustalonych dniach i godzinach, przy udziale lekarzy zatrudnionych na oddziale, pielęgniarki oddziałowej/ koordynującej i właściwych pielęgniarek odcinkowych,

l) sprawować nadzór nad prowadzeniem dokumentacji medycznej pacjenta zgodnie z przepisami prawa i procedurami wewnątrzszpitalnymi,

m) udzielać informacji osobiście lub przez lekarza prowadzącego, osobie upoważnionej przez pacjenta, rodzinie o stanie zdrowia pacjenta, a w razie stwierdzenia stanu zagrożenia życiu lub w razie pogorszenia się stanu zdrowia pacjenta dopilnować, aby została o tym zawiadomiona rodzina chorego lub jego opiekunowie,

n) wydawać w przypadkach uzasadnionych zezwolenia na odwiedziny pacjentów w dni i godziny nie przewidziane w regulaminie szpitalnym,

o) odpowiada za racjonalną realizację kontraktu, zapewnienie koniecznych miejsc dla pacjentów przyjmowanych w trybie nagłym.

6) Ordynator/ koordynator jest bezpośrednim zwierzchnikiem przełożonym personelu lekarskiego w oddziale. Ordynator/ koordynator wydaje opinie o podległym personelu lekarskim oraz występuje z wnioskami w sprawie przyjmowania, zwalniania, awansowania i karania tego personelu. Ordynator/ koordynator wyznacza zastępcę na czas swojej nieobecności.

7) Ordynator/ koordynator powinien brać osobiście udział wraz z lekarzami zatrudnionymi w oddziale w szpitalnych posiedzeniach naukowych, zgłaszać ze swego oddziału do referowania i dyskusji prace naukowe, referaty poglądowe itp., a także do referowania wszelkie interesujące przypadki kliniczne.

8) Ordynator/ koordynator powinien brać osobiście udział wraz z lekarzami zatrudnionymi w oddziale w pracach różnych zespołów powołanych w szpitalu dla usprawnienia organizacji pracy i poprawy jakości udzielanych świadczeń.

9) Ordynator/ koordynator odpowiada ponadto za:
   a) adaptację zawodową nowozatrudnionych pracowników,
   b) planowanie i realizację planu szkoleń wewnętrznych i zewnętrznych personelu lekarskiego,
   c) doskonalenie swoich kwalifikacji zawodowych i jakości świadczonej pracy poprzez samokształcenie i udział w różnych formach kształcenia organizowanych w Szpitalu i poza nim.

10) Ordynator/ koordynator nadzoruje:
   a) proces kształcenia lekarzy podczas specjalizacji,
   b) proces kształcenia rezydentów zatrudnionych w oddziale, wyznacza opiekuna lekarza rezydenta,
   c) programy edukacyjne prowadzone w oddziale,
   d) wykonywanie zadań wynikających z procedur postępowania epidemiologicznego szpitala.

11) Ordynator/ koordynator zaznajamia się z pracami naukowymi prowadzonymi w oddziale i opiniuje przed opublikowaniem.

12) W zakresie administracyjno-gospodarczym ordynator/ koordynator powinien :
   a) kontrolować i podpisywać receptariusz, oraz dbać o racjonalną gospodarkę lekami w oddziale,
   b) dopilnować, aby w oddziale stosowano zasady racjonalnego gospodarowania,
   c) przestrzegać ustalonego w regulaminie szpitalnym rozkładu pracy.

13) Ordynator/ koordynator prowadzi analizy kliniczne z zakresu działalności leczniczej oddziału.

14) Ordynator/ koordynator podejmuje działania w celu zapewnienia przestrzegania praw pacjenta i etyki zawodowej.

15) Ordynator/ koordynator powiadamia niezwłocznie Dyrektora szpitala oraz właściwe władze o każdym przypadku, co do którego zachodzi podejrzenie, iż jest wynikiem przestępstwa oraz o przypadkach choroby zakaźnej na oddziale.

16) Ordynator/ koordynator powinien ponadto wykonywać czynności nie objęte niniejszym zakresem a bezpośrednio wiążące się z zakresem jego obowiązków.

9. PIELĘGNIARKA ODDZIAŁOWA/KOORDYNUJĄCA

1) Pielęgniarka oddziałowa/ koordynująca bezpośrednio podlega zastępcy Dyrektora ds. pielęgniarstwa.

2) Kieruje i nadzoruje pracą personelu pielęgniarskiego/położniczego, opiekunów medycznych oraz sekretarek zatrudnionych w oddziale.

3) Do obowiązków o pielęgniarki oddziałowej/ koordynującej należy w szczególności**:**

a) zapewnienie całościowej opieki pielęgniarskiej pacjentom i organizację pracy podległego personelu medycznego,

b) prowadzenie ewidencji chorych leczonych w oddziale, zgłaszanie w izbie przyjęć faktu przeniesienia chorego do innego oddziału (przyjęcia chorego z innego oddziału) lub zgonu,

c) sporządzanie zapotrzebowania żywnościowego zgodnie z przepisaną dietą oraz nadzór nad właściwym żywieniem pacjentów,

d) udział w obchodach lekarskich,

e) nadzór nad wykonaniem przez personel pielęgniarski zleceń lekarskich,

f) zaopatrywanie oddziału w niezbędne leki i sprzęt medyczny oraz prowadzenie ewidencji materiałowej,

g) nadzorowanie stanu sanitarno- higienicznego pomieszczeń oddziału,

h) uczestniczenie w pracach różnych zespołów powołanych w szpitalu dla usprawnienia organizacji pracy i poprawy jakości udzielanych świadczeń,

i) kontrolowanie dyscypliny pracy podległego personelu, przeprowadzanie okresowo kontroli podczas dyżurów nocnych, popołudniowych oraz w dni wolne od pracy,

j) sporządzanie miesięcznych grafików pracy podległego personelu z odpowiednim wyprzedzeniem oraz przedkładanie do zatwierdzenia dyrektorowi ds. pielęgniarstwa,

k) sporządzanie i przedkładanie do zatwierdzenia rocznego planu urlopów podległego personelu oraz czuwanie nad planowym ich wykorzystaniem,

l) adaptacja zawodowa nowozatrudnionych pracowników,

m) podejmowanie działań w celu zapewnienia przestrzegania praw pacjenta i etyki zawodowej,

n) nadzorowanie wykonywania zadań wynikających z procedur postępowania epidemiologicznego szpitala,

o) doskonalenie swoich kwalifikacji zawodowych i jakości świadczonej pracy poprzez samokształcenie i udział w różnych formach kształcenia organizowanych w Szpitalu i poza nim,

p) planowanie i realizacja planu szkoleń wewnętrznych i zewnętrznych personelu pielęgniarskiego,

q) wykonywanie innych zadań zleconych przez przełożonych nie wymienionych wyżej, zgodnie z uprawnieniami i obowiązkami pielęgniarki.

4) Pielęgniarka oddziałowa/ koordynująca jest odpowiedzialna za:

a) właściwą organizację pracy własnej oraz podległego personelu,

b) terminowe, merytoryczne i zgodne z obowiązującymi przepisami opracowywanie planów, harmonogramów pracy przez siebie i podległy personel,

c) prawidłowe zabezpieczenie dokumentów, leków i środków odkażających oraz przekazywanie ich w użytkowanie,

d) nadzór nad prowadzeniem dokumentacji medycznej pacjenta zgodnie z przepisami prawa i procedurami wewnątrzszpitalnymi

e) właściwą atmosferę i dyscyplinę pracy,

f) nadzorowanie i prowadzenie kształcenia praktycznego personelu medycznego w ramach posiadanych kwalifikacji, wyznaczanie opiekuna praktyk zawodowych,

g) nadzorowanie programów edukacyjnych w oddziale w ramach posiadanych kwalifikacji, wyznaczanie edukatora oraz za współpracę z zespołem specjalistów zapewniających kompleksową edukację pacjentów i ich rodzin.

5) Pielęgniarka oddziałowa/ koordynująca ponosi odpowiedzialność materialną za powierzone mienie.

6) Pielęgniarka oddziałowa/ koordynująca ponosi odpowiedzialność karną i służbową za skutki wynikające z niewykonania lub niewłaściwego wykonania zlecenia lekarskiego przez siebie lub podległy personel pielęgniarski.

7) Pielęgniarka oddziałowa/ koordynująca ma prawo do:

a) dokonywania zmian w podziale pracy między pracownikami w ramach ustalonego zakresu zadań oddziału,

b) występowania z wnioskami o nagradzanie, karanie, przeniesienie lub zwolnienie podległych pracowników,

c) uczestniczenia w tworzeniu programu opieki oraz poprawy jakości udzielanych świadczeń medycznych a także zgłaszania wniosków dotyczących usprawnień w organizacji pracy własnej oddziału i szpitala,

d) analizowania poziomu satysfakcji pacjentów i ich rodzin z jakości udzielanych świadczeń pielęgniarskich,

e) stosowania skutecznego systemu motywowania pracowników,

f) występowania o umożliwienie podnoszenia kwalifikacji zawodowych w ramach szkoleń oraz kursów doskonalących, kwalifikacyjnych i specjalizacji.

10. KIEROWNIK IZBY PRZYJĘĆ

1) Kierownik Izby Przyjęć podlega bezpośrednio zastępcy dyrektora ds. lecznictwa zamkniętego.

2) Kierownik koordynuje pracą Izby Przyjęć. Kieruje całokształtem działalności leczniczej, naukowej, szkoleniowej, administracyjnej i gospodarczej Izby Przyjęć i ponosi za tę działalność osobistą odpowiedzialność.

3) Do obowiązków kierownika izby przyjęć należy w szczególności:

a) zapewnienie sprawnego funkcjonowania Izby Przyjęć pod względem medycznym, administracyjnym i gospodarczym oraz właściwego leczenia pacjentów.

b) czuwanie nad prawidłowym przebiegiem pracy w Izbie Przyjęć, sprawowanie nadzoru merytorycznego i etycznego nad pracą podległego personelu oraz dbanie o dyscyplinę pracy.

4) W szczególności w zakresie lecznictwa kierownik izby przyjęć jest zobowiązany w szczególności do:

a) udzielania pomocy medycznej pacjentom zgłaszającym się do Izby Przyjęć Szpitala,

b) nadzorowania leczenia doraźnego pacjentów,

c) badania osób zatrzymanych przez Policję,

d) ustalanie miejsca docelowego pobytu pacjentów (w przypadkach wątpliwości ustaleń dokonywanie z ordynatorami/ koordynatorami)

e) zorganizowanie pracy w Izbie Przyjęć w taki sposób, by rozpoznanie można było postawić w najkrótszym czasie,

f) zawiadamianie dyrektora szpitala o potrzebie zwołania konsylium lekarskiego w razie trudności w ustaleniu rozpoznania,

g) podejmowanie działań w celu zapewnienia przestrzegania praw pacjenta i etyki zawodowej,

h) sprawuje nadzór nad lekami narkotycznymi w Izbie Przyjęć,

i) czuwanie nad stałym, systematycznym szkoleniem personelu medycznego,

j) odpowiada za planowanie i realizację planu szkoleń wewnętrznych i zewnętrznych

5) W zakresie administracyjno-gospodarczym kierownik izby przyjęć powinien:

a) dbać o właściwe wyposażenie w sprzęt medyczny i środki medyczne niezbędne do sprawnej działalności izby przyjęć,

b) nadzorować prowadzenie dokumentacji medycznej prowadzonej w Izbie Przyjęć,

c) dbać o terminowe i dokładne opracowanie statystyki izby przyjęć według obowiązujących przepisów,

d) kontrolować i podpisywać receptariusz oraz dbać o racjonalną gospodarkę lekami,

7) Kierownik Izby Przyjęć wykonuje inne prace zlecone przez Dyrektora, nie objęte powyższym zakresem a związane z wykonywaną pracą.

11. KIEROWNIK ZAKŁADU OPIEKUŃCZO -LECZNICZEGO

1) Kierownik Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego (ZOL) podlega bezpośrednio Zastępcy dyrektora ds. lecznictwa zamkniętego.

2) Kierownik ZOL z tytułu zajmowanego stanowiska jest przełożonym wszystkich pracowników Zakładu Opiekuńczo - Leczniczego. Kieruje całokształtem działalności leczniczej, naukowej, szkoleniowej, administracyjnej i gospodarczej ZOL i ponosi za tę działalność osobistą odpowiedzialność.

3) Do obowiązków kierownika ZOL należy w szczególności:

a) zapewnienie odpowiedniej jakości świadczeń zdrowotnych w Zakładzie Opiekuńczo-Leczniczym,

b) organizowanie pracy w ZOL, w tym zapewnienie ciągłości opieki medycznej,

c) zapewnienie odpowiedniej jakości usług na poziomie obowiązującego standardu lub stosownie do możliwości Szpitala,

d) udzielanie opinii i konsultacji lekarzom udzielającym świadczeń zdrowotnych w oddziałach szpitala,

e) podejmowanie działań w celu zapewnienia przestrzegania praw pacjenta i etyki zawodowej,

f) przedkładanie Dyrektorowi Szpitala potrzeb komórki organizacyjnej, koniecznych do prawidłowego pełnienia jego zadań,

g) organizowanie prawidłowego przepływu informacji związanych z diagnostyka i leczeniem pacjentów w ZOL,

h) nadzorowanie wypełniania prowadzonej przez ZOL dokumentacji medycznej, indywidualnej i zbiorczej oraz nadzorowanie dokumentowania procedur medycznych

zgodnie z wymogami Udzielającego Zamówienie, w tym m.in. wprowadzanie danych do szpitalnego systemu informatycznego,

i) podejmowanie działań w zakresie polityki kadrowej, gwarantującej odpowiedni poziom usług medycznych w ZOL,

j) nadzór nad budżetem ZOL w zakresie ponoszonych kosztów i rozliczonych przychodów,

k) organizowanie i prowadzenie kształcenia personelu lekarskiego,

l) rozpatrywanie roszczeń, skarg i wniosków dotyczących ZOL i przedkładanie ich Dyrekcji,

m) sporządzanie harmonogramu udzielania świadczeń zdrowotnych w ZOL (grafiki pracy pracowników) oraz nadzór nad realizacją zatwierdzonych przez Z-cę Dyrektora ds. lecznictwa zamkniętego harmonogramów czasu pracy,

n) przekazywanie lekarzom udzielającym świadczeń zdrowotnych w Izbie Przyjęć mienia, za które ponosi odpowiedzialność materialną Kierownik ZOL,

o) uczestniczenie w konkursie na pielęgniarkę oddziałową i innych,

p) udział w zespołach: ds. zakażeń szpitalnych, gospodarki lekami oraz zespołach wskazanych przez Dyrektora,

q) współpraca ze służbą BHP w zakresie nadzoru i przestrzegania przepisów i zasad BHP, sprawowania nadzoru nad bezpieczeństwem i higieną pracy pracowników zatrudnionych w ZOL,

r) współdziałanie ze służbą BHP w przypadku wystąpienia zagrożeń dla zdrowia i życia,

s) racjonalne wykorzystanie majątku i środków ZOL zgodne z przeznaczeniem,

t) zapewnienie bezpieczeństwa pracy podległego personelu i bezpieczeństwa pacjenta,

u) współpraca z podmiotami zewnętrznymi: Konsultantem Krajowym, Regionalnym w danej dziedzinie oraz z innymi placówkami ochrony zdrowia i rodzinami pacjentów,

v) współpraca z kierownikami wszystkich komórek organizacyjnych Szpitala,

w) prawidłowa eksploatacja aparatury i sprzętu medycznego - w przypadku nieprawidłowej eksploatacji Szpitalowi przysługuje wobec Kierownika roszczenie finansowe do wysokości poniesionych kosztów związanych z ich naprawą,

x) współpraca z Dyrektorem Szpitala w zakresie wyjaśniania bieżących problemów dot. ZOL.

12. KIEROWNIK MEDYCZNEGO LABORATORIUM DIAGNOSTYCZNEGO

1) Kierownik medycznego laboratorium diagnostycznego bezpośrednio podlega zastępcy dyrektora ds. lecznictwa zamkniętego.

2) Kierownik medycznego laboratorium diagnostycznego odpowiada za sprawne funkcjonowanie laboratorium pod względem merytorycznym, administracyjnym, gospodarczym. Jest bezpośrednio odpowiedzialny za terminowość i dokładność wykonywanych badań diagnostycznych / mikrobiologicznych.

3) Do obowiązków kierownika należy w szczególności:

   a) organizacja pracy laboratorium w zakresie: prawidłowego planowania czasu pracy podległego personelu,

b) ustalanie rodzaju i zakresu wykonywanych badań laboratoryjnych/ mikrobiologicznych,

c) nadzór nad terminowym i dokładnym wykonywaniem badań laboratoryjnych/ mikrobiologicznych,

d) rozszerzanie zakresu badań, zgodnie z potrzebami szpitala, zmiana metod diagnostycznych i wdrażanie nowych metod,

e) organizacja zaopatrzenia laboratorium w sprzęt trwałego i jednorazowego użytku, odczynniki i leki niezbędne w działalności laboratorium, nadzór nad ich przechowywaniem, użytkowaniem i zabezpieczeniem przed kradzieżą,

f) odpowiedzialność materialna za sprzęt medyczny i administracyjny

g) nadzorowanie prowadzenia dokumentacji przeprowadzonych badań laboratoryjnych/ mikrobiologicznych, zgodnie z obowiązującymi przepisami w tym zakresie,

h) prowadzenie dokumentacji dotyczącej działalności laboratorium, sporządzanie analiz, zestawień, sprawozdań, zarówno dla potrzeb szpitala jak i innych placówek - na zewnątrz,

i) odpowiedzialność za przyjęcie zamówionego asortymentu towaru dla potrzeb laboratorium, ilościowego i wartościowego , zgodnie ze złożonym zamówieniem, wg Ustawy o Zamówieniach Publicznych oraz sprawdzeniem i poświadczeniem zgodności na fakturze (odczynniki , dzierżawa analizatorów),

j) organizacja współdziałania z placówkami medycznymi w zakresie diagnostyki laboratoryjnej, transfuzjologicznej – zaopatrywanie szpitala w krew i preparaty krwio– i osoczopochodne i dystrybucja ich do oddziałów szpitalnych, zapewniając ich niezakłóconą pracę – zgodnie ze specyfiką specjalizacji,

k) udzielanie merytorycznej pomocy lekarzom w zakresie interpretacji badań,

l) autoryzowanie wyników badań,

m) podejmowanie działań w celu zapewnienia przestrzegania praw pacjenta i etyki zawodowej,

n) wykonywanie innych prac ustalonych bieżącymi wytycznymi, zarządzeniami.

13. KIEROWNIK ZAKŁADU DIAGNOSTYKI OBRAZOWEJ

1) Kierownik zakładu diagnostyki obrazowej bezpośrednio podlega zastępcy dyrektora ds. lecznictwa zamkniętego. Z tytułu zajmowanego stanowiska jest przełożonym wszystkich pracowników zakładu. Kieruje całokształtem działalności diagnostycznej, naukowej, szkoleniowej, administracyjnej i gospodarczej zakładu i ponosi za tę działalność osobistą odpowiedzialność.

2) Kierownik odpowiada za sprawne funkcjonowanie Zakładu oraz podległych mu gabinetów i poradni specjalistycznych pod względem lekarskim, administracyjnym i gospodarczym oraz za właściwą jakość wykonywanych badań diagnostycznych.

3) Kierownik sprawuje nadzór merytoryczny i etyczny nad pracą podległego personelu oraz dba o dyscyplinę pracy.

4) Kierownik ponosi całkowitą odpowiedzialność za wykonywane badania diagnostyczne uwzględniając w tym względzie rachunek ekonomiczny. Wprowadzenie nowych metod diagnostycznych następuje po porozumieniu z dyrektorem szpitala.

5) Kierownik pracowni diagnostyki obrazowej odpowiada za:

o) organizację pracy ZDO oraz prawidłowego planowania czasu pracy podległego personelu,

a) rodzaj i zakres wykonywanych badań diagnostycznych, ich terminowość i dokładność, rozszerzanie zakresu badań zgodnie z potrzebami szpitala, zmianę metod diagnostycznych,

b) organizację zaopatrzenia pracowni w sprzęt diagnostyczny, materiały jednorazowego użytku i leki niezbędne w działalności pracowni, nadzór nad ich przechowywaniem, użytkowaniem i zabezpieczeniem przed kradzieżą,

c) sporządzanie analiz, zestawień, sprawozdań w zakresie pracy pracowni,

d) współpracę z innymi pracowniami i oddziałami szpitala oraz zewnętrznymi placówkami diagnostycznymi, udzielanie pomocy lekarzom w interpretacji badań,

e) dążenie do ekonomizacji wykonywanych badań, występowanie z wnioskami do przełożonych oraz komitetu terapeutycznego w zakresie zmian metod diagnostycznych,

f) systematyczne podnoszenie kwalifikacji własnych i podległego personelu,

g) nadzór nad sprzętem diagnostycznym,

h) nadzorowanie prowadzenia dokumentacji przeprowadzonych badań zgodnie z przepisami obowiązującymi w tym zakresie,

i) wykonywanie innych zadań zleconych przez przełożonych w przypadkach uzasadnionych potrzebami szpitala,

6) W zakresie administracyjno-gospodarczym powinien:

a) dbać o właściwe wyposażenie w sprzęt medyczny i środki medyczne niezbędne do sprawnej działalności ZDO,

b) dbać o terminowe i dokładne opracowanie statystyki pracowni według obowiązujących przepisów

c) czuwać nad utrzymaniem w należytym porządku archiwum ZDO.

14. KIEROWNIK ODDZIAŁU DZIENNEGO ZABURZEŃ NERWICOWYCH/ KIEROWNIK ODDZIAŁU DZIENNEGO PSYCHIATRYCZNEGO

1) Kierownik oddziału dziennego zaburzeń nerwicowych/ oddziału dziennego psychiatrycznego bezpośrednio podlega zastępcy dyrektora ds. lecznictwa zamkniętego.

2) Do obowiązków kierownika należy całokształt zadań związanych z zapewnieniem prawidłowego działania oddziału pod względem fachowym i dostępności, a w szczególności:

a) planowanie, organizowanie, kontrolowanie i korygowanie pracy zespołu pracowników,

b) podejmowanie działań w celu zapewnienia przestrzegania praw pacjenta i etyki zawodowej,

c) organizowanie prawidłowego przebiegu informacji związanej z procesem leczenia,

d) nadzór nad utrzymaniem w gabinetach, salach należytych warunków sanitarno-epidemiologicznych.

e) wydanie opinii o podległych pracownikach oraz występowanie z wnioskami w sprawach przyjmowania i zwalniania,

f) ocena pracy podległych pracowników.

g) nadzór nad prowadzeniem dokumentacji leczniczej pacjenta oraz jej archiwizacją.

h) terminowe przyjęcia pacjentów.

i) nadzorowanie realizacji pełnego zakresu świadczeń zaleconych pacjentowi.

j) nadzór nad realizacją przyjętych w oddziale instrukcji szczegółowych, procedur i procesów SZJ.

15. KIEROWNIK ZAKŁADU REHABILITACJI/ KIEROWNIK OŚRODKA REHABILITACJI DZIENNEJ

1) Kierownik zakładu rehabilitacji podlega bezpośrednio zastępcy dyrektora ds. lecznictwa zamkniętego.

2) Do obowiązków kierownika należy całokształt zadań związanych z zapewnieniem prawidłowego działania poszczególnych pracowni Zakładu Rehabilitacji pod względem fachowym i dostępności, a w szczególności:

a) planowanie, organizowanie, kontrolowanie i korygowanie pracy zespołu pracowników,

b) podejmowanie działań w celu zapewnienia przestrzegania praw pacjenta i etyki zawodowej,

c) organizowanie prawidłowego przepływu informacji związanej z procesem rehabilitacji,

d) zapewnienie prawidłowego funkcjonowania poszczególnych pracowni zakładu pod względem jakości i dostępności usług, nadzór nad wykonywaniem zabiegów przez poszczególne pracownie,

e) kontrola jakości wykonywanych zabiegów,

f) współpraca z ordynatorami i lekarzami kierującymi na świadczenia rehabilitacyjne. W razie konieczności konsultacja skierowań fizjoterapeutycznych z lekarzem zlecającym,

g) wprowadzanie nowych technik wykonywania zabiegów,

h) dbanie o prawidłowe wykorzystanie aparatury i sprzętu medycznego oraz nadzór nad stanem technicznym użytkowanej aparatury,

i) prowadzenie szkolenia i dokształcania podległych pracowników,

j) organizacja i nadzór nad praktykami odbywanymi przez fizjoterapeutów i masażystów w Zakładzie Rehabilitacji,

k) nadzór nad utrzymaniem w podległych pracowniach należytych warunków sanitarno-higienicznych,

l) wydawanie opinii o podległych pracownikach oraz występowanie z wnioskami w sprawach przyjmowania, zwalniania i karania pracowników,

m) nadzór nad terminowym rozliczaniem wykonanych zabiegów rehabilitacyjnych – celem rozliczenia wykonania kontraktu z NFZ, opracowaniem danych statystycznych oraz dokumentacji medycznej potwierdzającej wykonanie zleceń zgodnie z obowiązującymi przepisami,

n) nadzór nad prowadzeniem i archiwizacją dokumentacji zakładu rehabilitacji,

o) nadzór nad stosowaniem przez podległy personel środków ochronnych,

p) przestrzeganie i egzekwowanie od podległego personelu dyscypliny pracy, przepisów BHP, p/poż., regulaminu pracy

3) Kierownik Zakładu Rehabilitacji odpowiedzialny jest za realizację powierzonych obowiązków, a w szczególności za terminowe przyjęcia pacjentów, pełną realizację zleconych zabiegów oraz przestrzeganie warunków szczegółowych udzielania świadczeń w zakresie rehabilitacji leczniczej przyjętych przez NFZ.

4) Kierownik Zakładu Rehabilitacji ponosi odpowiedzialność za realizację przyjętych wewnętrznych instrukcji szczegółowych, procesów i procedur SZJ.

16. KIEROWNIK APTEKI SZPITALNEJ

1) Kierownik apteki szpitalnej podlega bezpośrednio zastępcy dyrektora ds. lecznictwa zamkniętego.

2) Kierownik jest z tytułu zajmowanego stanowiska przełożonym wszystkich pracowników apteki.

3) Kieruje całokształtem działalności apteki i ponosi za tę działalność osobistą odpowiedzialność.

4) Kierownik apteki zakładowej jest odpowiedzialny materialnie i z nadzoru za środki materiałowe służby zdrowia znajdujące się w aptece oraz za jej mienie.

5) Do obowiązków kierownika apteki szpitalnej należy w szczególności:

a) organizowanie pracy apteki, wyznaczanie pracownikom zadań odpowiadających ich kwalifikacjom oraz kontrolowanie wykonania tych zadań,

b) udzielanie merytorycznej pomocy lekarzom w zakresie farmakoterapii,

c) podejmowanie działań w celu zapewnienia przestrzegania kodeksu etyki szpitala,

d) przyjmowanie, wydawanie, przechowywanie leków i materiałów medycznych, w warunkach odpowiednich dla różnych grup środków materiałowych,

e) sporządzanie leków recepturowych oraz udzielanie informacji o lekach,

f) sporządzanie planów rotacji leków i materiałów medycznych w magazynach apteki i w oddziałach szpitalnych,

g) dokonywanie rotacji leków i materiałów medycznych będących w posiadaniu szpitala, zgodnie z obowiązującymi przepisami,

h) w razie braku możliwości dokonania rotacji leków i materiałów medycznych powiadomienie Dyrektora w celu postąpienia zgodnie z obowiązującymi zasadami,

i) ustalanie potrzeb w zakresie środków materiałowych, opracowywanie planów, zapotrzebowań i zamówień na leki i sprzęt medyczny,

j) udział w szpitalnej komisji zamówień publicznych w zakresie wynikającym z kompetencji,

k) przestrzeganie dyscypliny finansowej, współpraca z księgowością szpitala,

l) współudział w analizie kosztów leczenia w oddziałach i poradniach,

m) kontrola prawidłowego i terminowego wykonywania przez aptekę dokumentów ewidencyjnych i sprawozdawczych,

n) kontrola okresowa gospodarki środkami materiałowymi w oddziałach i poradniach,

o) kontrola zabezpieczenia pomieszczeń apteki przed włamaniem i pożarem,

p) czuwanie nad stałym, systematycznym szkoleniem personelu, odpowiada za planowanie i realizację planu szkoleń wewnętrznych i zewnętrznych,

q) wykonywanie innych obowiązków wynikających z prawa farmaceutycznego.

17. KIEROWNIK DZIAŁU HIGIENY SZPITALNEJ

1) Kierownik działu higieny szpitalnej bezpośrednio podlega Koordynatorowi ds. pielęgniarstwa. Ściśle współpracuje z zespołem kontroli zakażeń szpitalnych, ponosi odpowiedzialność za prawidłowe funkcjonowanie Działu. Jego zadaniem jest utrzymanie czystości w obiektach i na terenach zewnętrznych Szpitala.

2) Do obowiązków kierownika działu higieny szpitalnej w szczególności należy:

   a) organizacja pracy zatrudnionego personelu w zakresie:

      – utrzymania czystości pomieszczeń strefy medycznej oraz strefy administracyjnej,

      – przywożenia i rozdawania posiłków w oddziałach szpitala,

      – magazynowania bielizny szpitalnej,

   b) nadzorowanie spraw związanych z usługami pralniczymi, sprawdzaniem usług pralniczych w zakresie jakości wykonywania usługi przez firmę zewnętrzną,

   c) stałe nadzorowanie dokonywanych czynności porządkowych, zgodnie z wymogami sanitarno- epidemiologicznymi,

   d) koordynowanie pracą zatrudnionego personelu, opracowywanie harmonogramów czasu pracy, i prawidłowe rozliczanie czasu pracy,

   e) sporządzanie analiz i zestawień, na potrzeby działu epidemiologii, działu księgowości, i innych,

   f) sporządzanie zastawień dotyczących zakupu środków czystości na potrzeby Działu- zgodnie z ustawą prawo zamówień publicznych,

   g) współpraca w działem zamówień publicznych w zakresie prawidłowego opracowania zamówień na środki czystości, środki ochrony osobistej i innych związanych z zakresem pracy działu,

   h) nadzorowanie eksploatacji i stanu technicznego sprzętu będącego na wyposażeniu Działu, zgłaszanie sprzętu do konserwacji i naprawy,

   i) odpowiedzialność materialna za powierzone mienie,

   j) przeprowadzanie szkoleń wewnętrznych dla pracowników,

   k) podejmowanie działań w celu zapewnienia przestrzegania kodeksu etyki szpitala,

   l) czuwanie nad stałym, systematycznym szkoleniem personelu, odpowiada za planowanie i realizację planu szkoleń wewnętrznych i zewnętrznych,

   m) wykonywanie innych prac ustalonych bieżącymi wytycznymi, zarządzeniami.

18. KIEROWNIK PORADNI SPECJALISTYCZNYCH

1) Kierownik poradni specjalistycznych podlega bezpośrednio zastępcy dyrektora ds. lecznictwa ambulatoryjnego. Z tytułu zajmowanego stanowiska służbowego jest fachowym przełożonym wszystkich pracowników poradni. Odpowiada za sprawną organizację pracy poradni jako całości oraz poszczególnych gabinetów specjalistycznych.

2) Do obowiązków kierownika poradni specjalistycznych należy w szczególności:

a) planowanie pracy personelu poradni oraz nadzór nad realizacją zaplanowanych zamierzeń,

b) nadzorowanie nad przestrzeganiem przez personel przepisów bhp i ppoż,

c) prowadzenie dokumentacji, obowiązującej sprawozdawczości i właściwej gospodarki materiałowej,

d) prowadzenie analizy efektywności pracy gabinetów specjalistycznych,

e) wnioskowanie do dyrektora o koniecznych zmianach o systemie pracy poradni,

f) czuwanie nad właściwym wykorzystaniem aparatów, sprzętu i materiałów,

g) podejmowanie działań w celu zapewnienia przestrzegania praw pacjenta, kodeksu etyki szpitala i zawodowych,

h) czuwanie nad stałym, systematycznym szkoleniem personelu, odpowiada za planowanie i realizację planu szkoleń wewnętrznych i zewnętrznych,

i) współpraca z działem ewidencji i rozliczeń usług medycznych w zakresie zawierania, rozliczania i nadzorowania umów.

19. GŁÓWNY LEKARZ SZPITALA

1) Główny lekarz szpitala wyznaczany jest przez dyrektora ds. lecznictwa zamkniętego w grafiku pracy lekarzy dyżurnych, spośród lekarzy dyżurnych oddziałów. Podlega bezpośrednio zastępcy dyrektora ds. lecznictwa zamkniętego.

2) Odpowiada za koordynację pracy lekarzy dyżurnych i pozostałego personelu medycznego poza godzinami pracy Dyrektora.

3) Do obowiązków głównego lekarza szpitala należy w szczególności:

a) kierowanie działalnością szpitala poza godzinami pracy Dyrektora,

b) podejmowanie decyzji w sprawach hospitalizacji chorych, w przypadkach wymagających rozstrzygnięcia,

c) kontrolowanie i nadzór nad przestrzeganiem warunków bhp i ochrony p. poż. w czasie pełnienia dyżuru,

d) w wypadku podłożenia ładunku wybuchowego postępowanie zgodnie z instrukcją, a w wypadku zagrożenia pożarowego postępowanie zgodnie z instrukcją p.poż. i organizowanie ewakuacji chorych i wartościowego sprzętu,

e) natychmiastowe powiadomienie dyrektora lub jego zastępcy o wydarzeniach nadzwyczajnych np. masowe wypadki zachorowań, katastrofy, groźne wypadki z bronią,

f) powiadomienie właściwych organów ścigania i sądowych w przypadku stwierdzenia lub podejrzenia o dokonaniu przestępstwa.

20. LEKARZ DYŻURNY

1) Lekarzem dyżurnym oddziału jest ordynator/ koordynator, starszy lub młodszy asystent zatrudniony w danym oddziale albo też stażysta w okresie stażu podyplomowego, stypendysta bądź lekarz odbywający dokształcanie w danym oddziale, wyznaczony do pełnienia tej funkcji w myśl ustalonego grafiku dyżurów szpitala.

2) Rozkład dyżurów ustala zastępca dyrektora ds. lecznictwa zamkniętego w porozumieniu z ordynatorami/ koordynatorami oddziałów.

3) Jeżeli w oddziale wyznaczono równocześnie dwóch lub więcej lekarzy dyżurnych oddziału, jeden z nich wyznaczony przez ordynatora/ koordynatora jest zwierzchnikiem pozostałych.

4) Lekarz dyżurny oddziału podlega w zakresie wykonywania swych czynności w oddziale ordynatorowi/ koordynatorowi, a służbowo zastępcy dyrektora ds. lecznictwa zamkniętego bądź w czasie jego nieobecności - lekarzowi głównemu szpitala.

5) Lekarz dyżurujący w oddziale wewnętrznym zobowiązany jest do udzielania doraźnej pomocy medycznej w stosunku do pacjentów pozostałych oddziałów niezabiegowych.

6) Lekarz dyżurujący w oddziale chirurgicznym zobowiązany jest do udzielania doraźnej pomocy medycznej w stosunku do pacjentów pozostałych oddziałów zabiegowych.

7) Lekarz dyżurny oddziału jest zobowiązany:

   a) rozpoczynać dyżur o godzinie ustalonej w rozkładzie dyżurów,

   b) kończyć dyżur po rozpoczęciu normalnej ordynacji lekarskiej na oddziale, a w dniu świątecznym - po zgłoszeniu się zastępcy, któremu lekarz dyżurny oddziału powinien przekazać informacje z odbytego dyżuru i zapoznać ze stanem ciężko chorych,

   c) przebywać na oddziale przez cały czas trwania dyżuru, w przypadku konieczności opuszczenia oddziału poinformować personel dyżurny o miejscu pobytu,

   d) dokładnie zbadać każdego chorego skierowanego do leczenia i po ustaleniu przy pomocy wszystkich dostępnych środków rozpoznania, wytyczyć linię postępowania i rozpocząć leczenie,

   e) badać pacjentów przybywających do izby przyjęć zgodnie z posiadanymi kompetencjami oraz kwalifikować ich do leczenia szpitalnego lub wydawać decyzję o odmowie leczenia,

   f) na prośbę lekarza dyżurnego innego oddziału szpitala lub personelu medycznego natychmiast udać się do chorego, przeprowadzić badanie konsultacyjne lub uczestniczyć w naradzie lekarskiej powołanej w celu ustalenia rozpoznania lub uzgodnienia dalszego postępowania,

   g) wykonywać obchody lekarskie w godzinach popołudniowych i wieczorowych,

   h) prowadzić zgodnie z postępem wiedzy lekarskiej postępowanie lecznicze u chorych na oddziale pozostawionym jego opiece,

   i) uczestniczyć i wykonywać samodzielnie, jeśli jest w tej mierze upoważniony przez ordynatora, wynikające z postawionych wskazań zabiegi u chorych przyjętych do szpitala w czasie dyżuru,

   j) w przypadkach trudności diagnostycznych i leczniczych wzywać konsultantów oraz powiadomić ordynatora/koordynatora,

   k) prowadzić dokładną i systematyczną dokumentację chorych przyjętych w czasie dyżuru, ciężko chorych, u których występują znaczne różnice w stanie zdrowia oraz chorych przeniesionych z innych oddziałów (szpitali), a także zmarłych,

   l) nadzorować pracę personelu medycznego oddziału, kontrolować wykonanie wydanych zleceń,

   m) dopilnowywać potrzebnego zaopatrzenia oddziału w leki, krew, tlen i aparaturę potrzebną na czas dyżuru,

   n) udawać się bezzwłocznie na wezwanie personelu do chorych wymagających pomocy,

o) zawiadamiać izbę przyjęć szpitala o wypadku zgonu chorego w oddziale,

p) udzielać w miarę posiadanych informacji o stanie zdrowia, po które zwracają się osoby wskazane przez pacjenta, członkowie rodziny bądź opiekunowie chorych.

8) Lekarz dyżurny oddziału może być wyznaczony do pełnienia funkcji głównego lekarza szpitala, którego zadaniem jest :

a) koordynacja pracy personelu szpitala w czasie nieobecności dyrektora szpitala,

b) podejmowanie działań w sytuacjach awaryjnych i szczególnych,

9) Lekarze dyżurni oddziałów zabiegowych zobowiązani są do wzajemnej pomocy przy wykonywaniu nieplanowych zabiegów operacyjnych wykonywanych w czasie dyżuru.

10) Lekarze dyżurni zobowiązani są do przeprowadzania badań osób oraz wydawania opinii i orzeczeń lekarskich dla potrzeb Policji, UOP, ABW, Straży Granicznej oraz innych podmiotów uprawnionych do zatrzymywania. Na wniosek wymienionych organów lekarz zobowiązany jest do uczestniczenia w pobieraniu krwi lub innych materiałów do badania.

11) Po zakończeniu dyżuru lekarz zobowiązany jest sporządzić pisemny raport z dyżuru, według schematu obowiązującego w szpitalu. W dni robocze w godzinach 7.30-8.00 lekarz dyżurny zobowiązany jest przedstawić raport zastępcy dyrektora ds. medycznych.

12) Lekarz dyżurny oddziału jest obowiązany składać raport z odbytego dyżuru ordynatorowi/koordynatorowi oddziału.

13) Lekarz dyżurny zobowiązany jest do znajomości zasad udzielania pomocy medycznej dla obywateli Unii Europejskiej.

21. GŁÓWNY KSIĘGOWY

1) Główny księgowy bezpośrednio podlega Dyrektorowi Szpitala. Realizuje zadania pionu księgowości przy współpracy kierownika działu finansowo-księgowego.

2) W oparciu o ustawę o finansach publicznych z dnia 27 sierpnia 2009 r. (Dz. U. Nr 157, poz. 1240 ze zm.) art. 54 ust 1 wykonuje obowiązki i ponosi odpowiedzialność w zakresie:

a) prowadzenia rachunkowości jednostki;

b) wykonywania dyspozycji środkami pieniężnymi;

c) dokonywania wstępnej kontroli:

- zgodności operacji gospodarczych i finansowych z planem finansowym;
- kompletności i rzetelności dokumentów dotyczących operacji gospodarczych i finansowych.

3) Do obowiązków głównego księgowego w szczególności należy :

a) prowadzenie kontroli funkcjonalnej w zakresie całokształtu działalności zakładu oraz kontrolę operacji gospodarczych stanowiących przedmiot księgowań,

b) prowadzenie wstępnej, bieżącej i następnej kontroli w zakresie:

- projektów zamierzonych decyzji,
- oceny prawidłowości przedstawianych przez właściwych rzeczowo pracowników operacji gospodarczych pod względem zgodności z prawem,

- kompletności oraz formalno – rachunkowej rzetelności dokumentów, dotyczących danej operacji,
- zobowiązania wynikające z operacji mieszczą się w planie finansowym jednostki,
- operacji gospodarczych stanowiących już przedmiot księgowań,

c) prowadzenie rachunkowości zgodnie z przepisami i zasadami prawa polegającej na przestrzeganiu stosowania zasad:
- jasnego i rzetelnego obrazu sytuacji majątkowej i finansowej,
- ciągłości,
- memoriału,
- współmierności,
- ostrożności,

d) prowadzenie gospodarki finansowej zgodnie z obowiązującymi zasadami polegającymi, zwłaszcza na:
- wykonywaniu dyspozycji środkami pieniężnymi zgodnie z przepisami dotyczącymi zasad ustawy o finansach publicznych,
- zapewnieniu pod względem finansowym prawidłowości realizacji zawieranych umów z dostawcami,
- zapewnieniu terminowego ściągania należności bądź dochodzenia na drodze sądowej,
- zabezpieczaniu środków finansowych na wynagrodzenia, podatki i składki ubezpieczeniowe oraz inne pozostałe posiadające zabezpieczenie w planie finansowym,
- przestrzeganiu zasad rozliczeń pieniężnych i ochrony wartości pieniężnych,

e) bieżąca analiza wykorzystania środków będących w dyspozycji zakładu,

f) prowadzenie bieżącej sprawozdawczości finansowej,

g) opracowywanie planu finansowego i przedstawianie bieżących sprawozdań z realizacji,

h) opracowywanie analiz ekonomiczno – finansowych i składanie odpowiednich informacji wraz z własnymi wnioskami do Dyrektora Szpitala,

i) naliczanie podatku dochodowego od osób prawnych i sporządzanie deklaracji,

j) opracowywanie projektów instrukcji, regulaminów wewnętrznych wydawanych przez Dyrektora w zakresie podlegającym Głównemu Księgowemu , to jest:
- instrukcji zasad (polityki) rachunkowości,
- instrukcji inwentaryzacyjnej,
- instrukcji kontroli wewnętrznej,
- instrukcji obiegu dokumentów,
- i innych zarządzeń,

k) uczestniczenie w pracach sporządzania kalkulacji cen na usługi medyczne i niemedyczne,

l) wykonywanie innych prac wynikających z bieżących wytycznych Dyrektora i organu założycielskiego.

22. KIEROWNIK DZIAŁU FINANSOWO- KSIĘGOWEGO

1) Kierownik działu finansowo-księgowego bezpośrednio podlega Głównemu Księgowemu.
2) Kierownik działu finansowo-księgowego kieruje, organizuje i prowadzi kontrolę funkcjonalną pracy podległych pracowników oraz rozwiązuje wszelkie doraźne problemy związane z zadaniami podległych działów.
3) Kierownik działu finansowo-księgowego zastępuje głównego księgowego podczas jego nieobecności.
4) Do obowiązków kierownika działu finansowo – księgowego należy w szczególności:
   a) prowadzenie bezpośredniego nadzoru nad pracami objętymi zakresami obowiązków bezpośrednio podległych pracowników w zakresie szczególnie ustawy o rachunkowości (przyjętych zasad polityki rachunkowości), rozporządzenia w sprawie szczegółowych zasad rachunku kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej oraz ustawy o finansach publicznych w zakresie kontroli funkcjonalnej polegających na:
      – kontroli w zakresie prawidłowości dekretacji wszystkich dowodów księgowych i rozliczania kosztów zgodnie z przyjętymi zasadami w polityce rachunkowości,
      – kontroli w zakresie rozliczeń i windykacji należności i zobowiązań,
      – kontroli w zakresie powiązań i analizy kont finansowych,
   b) prowadzenie ewidencji ilościowo-wartościowej środków trwałych oraz wartości niematerialnych i prawnych polegającej na:
      – miesięcznym naliczaniu kosztów amortyzacji i wartości umorzenia wraz z tworzeniem rozdzielnika księgowań na poszczególne ośrodki zadaniowe,
      – wystawianie w oparciu o dokumenty źródłowe dowodów OT i LT,
      – rozliczanie inwentaryzacji i okresowe sprawdzanie stanów ewidencji księgowej z ewidencją użytkowników,
   c) dekretacja na konta finansowo - księgowe, księgowanie i kontrola zgodności stanów kont bankowych rachunku podstawowego, ZFŚS i z lokat w ramach kont „130-149” z ewidencją księgową,
   d) rozliczanie kosztów w oparciu o przyjęte zasady w polityce rachunkowości działalności zadaniowych szpitala,
   e) sporządzanie sprawozdań finansowych dla potrzeb GUS oraz organu założycielskiego,
   f) zastępstwo na czas nieobecności w pracy księgowej działu płac w zakresie wykonywanych przez nią obowiązków związanych z płacami, to jest: zagadnieniem naliczania, dekretacji, sporządzania list wynagrodzeń, deklaracji podatkowej, ZUS i innych,
   g) wykonywanie innych prac wynikających z bieżących wytycznych, zarządzeń.

23. KIEROWNIK DZIAŁU EKONOMICZNEGO

1) Kierownik działu ekonomicznego bezpośrednio podlega Głównemu Księgowemu.
2) Do zadań kierownika działu ekonomicznego należy:

a) dokonywanie rocznej analizy ekonomicznej i tematycznych analiz okresowych, ze szczególnym uwzględnieniem kształtowania się kosztów według miejsc ich powstawania (MPK) oraz przedkładanie wniosków wynikających z analiz,

b) sporządzanie sprawozdawczości z realizacji planu finansowego,

c) kontrola i rozliczanie poszczególnych ośrodków MPK,

d) prowadzenie ewidencji finansowo-płacowej zgodnie z obowiązującymi przepisami,

e) wyliczanie kosztów normatywnych oraz rzeczywistych, analiza odchyleń, monitorowanie, raportowanie.

24. KIEROWNIK DZIAŁU EWIDENCJI I ROZLICZEŃ USŁUG MEDYCZNYCH

1) Kierownik działu ewidencji i rozliczeń usług medycznych bezpośrednio podlega Głównemu Księgowemu.

2) Kierownik działu ewidencji i rozliczeń usług medycznych kieruje, organizuje i prowadzi kontrolę funkcjonalną pracy podległych pracowników oraz rozwiązuje wszelkie doraźne problemy związane z realizacją kontraktów do Narodowego Funduszu Zdrowia oraz umów do odbiorców komercyjnych w zakresie usług medycznych.

3) Do obowiązków kierownika działu ewidencji i rozliczeń usług medycznych należy w szczególności:

   a) prowadzenie bezpośredniego nadzoru nad pracami objętymi zakresami obowiązków bezpośrednio podległych pracowników w zakresie szczególnie prawidłowej ewidencji zrealizowanych świadczeń zdrowotnych i sposobu ich rozliczania zgodnie z posiadanymi umowami (ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym) oraz ustawy o finansach publicznych w zakresie kontroli funkcjonalnej,

   b) koordynowanie pracami w zakresie sporządzania ofert na świadczenie przez Szpital usług medycznych,

   c) bezpośrednia współpraca z Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresie:

      – rozliczania wykonanych świadczeń zdrowotnych,

      – potwierdzania uprawnień pacjentów do świadczeń medycznych,

      – innych spraw związanych z realizowanymi umowami,

   d) bieżąca współpraca z personelem medycznym w zakresie przyjmowania od nich prawidłowo i rzetelnie sporządzonych informacji z realizacji usług medycznych,

   e) fakturowanie i rozliczanie wykonanych usług medycznych z zakresu hospitalizacji,

   f) uczestniczenie w pracach dotyczących ustaleń cen sprzedaży w oparciu o sporządzane kalkulacje przez pion księgowości,

   g) prowadzenie ewidencji zabiegów operacyjnych wykonywanych na blokach operacyjnych oraz procedur medycznych na oddziałach szpitalnych,

   h) kontrola rachunków składanych przez lekarzy kontraktowych na okoliczność wykonanych procedur medycznych na rzecz Szpitala pod względem zgodności z realizowanymi w danym miesiącu świadczeniami medycznymi w poszczególnych ośrodkach zadaniowych,

i) bieżąca obserwacja na stronach internetowych dokonywanych zmian przez NFZ w zakresie rozliczania i finansowania usług medycznych oraz dbanie o bieżące ich przekazywanie osobom decyzyjnym,

j) współpraca z Działem Finansowo – Księgowym w zakresie:

- przekazywania raportów z zrealizowanych usług dla NFZ,
- naliczanie premii dla lekarzy,
- windykacja należności z NFZ,
- innych wynikających z bieżących potrzeb,

k) bieżące zapoznawanie się z warunkami zawieranych umów sprzedaży świadczeń zdrowotnych i czuwanie na ich prawidłową realizacją,

l) bieżące i sukcesywne przeprowadzanie archiwizacji danych z zastosowaniem przepisów o ochronie danych osobowych pacjentów,

m) wykonywanie innych prac ustalonych bieżącymi wytycznymi i zarządzeniami oraz na polecenie przełożonych.

25. KIEROWNIK DS. TECHNICZNYCH

1) Kierownik ds. technicznych bezpośrednio podlega Dyrektorowi. Jego zadaniem jest utrzymanie w pełnej sprawności pomieszczeń szpitalnych, instalacji, urządzeń, maszyn i sprzętu zapewniających możliwość działalności leczniczej oddziałów szpitalnych, pracowni, gabinetów, przychodni.

2) Do obowiązków kierownika ds. technicznych należy w szczególności:

a) zarządzanie i organizacja pracy działu,

b) udział w opracowaniu rocznego planu zamówień publicznych w zakresie kompetencji Pionu Technicznego,

c) opracowywanie wniosków do planu zamierzeń inwestycyjnych i remontów kapitalnych, bieżących drobnych robót budowlanych oraz konserwację obiektów i urządzeń,

d) sporządzanie programów organizacyjno- użytkowych, sporządzanie kosztorysów na te roboty,

e) udział w opracowywanie ramowych planów zaopatrywania szpitala w środki materiałowe oraz nadzór nad przestrzeganiem w tym zakresie ustawy o zamówieniach publicznych,

f) prowadzenie działań mających na celu zapobieganie wypadkom na pojazdach mechanicznych.

g) koordynowanie i nadzorowanie działalności metrologicznej,

h) udział w komisjach i zespołach roboczych Szpitala,

i) wykonywanie prac na rzecz Szpitala, zgodnie ze swoimi uprawnieniami,

j) sprawowanie nadzoru nad użytkowaniem i utrzymaniem obiektów i stałych urządzeń technicznych w zakresie:

- protokolarnego przekazania obiektów i stałych urządzeń technicznych bezpośrednim użytkownikom lub obsłudze,
- utrzymania w pełnej sprawności obiektów i urządzeń w tym urządzeń medycznych,

- utrzymanie ciągłości funkcjonowania infrastruktury informatycznej,
- przestrzegania zasad profilaktyki przed porażeniem budynków przez szkodniki biologiczne (grzyby domowe, owady),
- przestrzegania ustaleń pozwoleń wodno- prawnych,
- przekazania pod nadzór dozoru technicznego urządzeń podlegających temu dozorowi,
- okresowej legalizacji mierników zainstalowanych w nadzorowanych kompleksach,
- aktualności planów działania terenowych organów na wypadek długotrwałych przerw w dostawie energii elektrycznej z sieci państwowej lub wody z sieci komunalnej,
- zabezpieczenia obiektów czasowo nie użytkowanych,
- terminowej likwidacji usterek wyszczególnionych w protokołach z przeprowadzonych kontroli elektroenergetycznych i rewizji szczegółowych urządzeń odgromowych,
- przygotowania w ustalonym terminie urządzeń i sieci cieplnych do sezonu grzewczego,
- ustalenia przyczyn zaistniałych awarii i podjęcia właściwych przedsięwzięć w celu ustalenia i przeciwdziałania ich powstawaniu,
- prowadzenia gospodarki sprzętem kwaterunkowym, gospodarczym i przeciwpożarowym oraz właściwy rozdział sprzętu zgodnie z normami i należnościami, nadzór nad jego użytkowaniem oraz remontem i konserwacją,
- prowadzenia gospodarki magazynowej, sprzętem i środkami materiałowymi działu technicznego,
- zabezpieczenia przeciwpożarowego obiektów,
- prowadzenia dokumentacji oraz czynności związanych z postępowaniem o udzielenie zamówienia publicznego w zakresie objętym działalnością Działu Technicznego.
- utrzymania czystości terenów utwardzonych (parkingi, chodniki, drogi i place asfaltowe, podjazd dla karetek),
- utrzymania czystości i pielęgnacji terenów zielonych (klomby, trawniki, krzewy)

3) Prowadzenie następującej dokumentacji ewidencyjnej :
   a) prowadzenie teczek obiektów,
   b) ewidencji eksploatacyjno- remontowej stałych urządzeń technicznych,
   c) dokumentacji eksploatacyjno- remontowej instalacji odgromowych,
   d) ewidencji wyników pomiarów eksploatacyjnych w instalacjach i urządzeniach elektrycznych,
   e) książek eksploatacji studni na ujęciach własnych,
   f) ewidencji rozliczeń finansowych prac remontowych,
4) Na kierowniku ds. technicznych ciąży obowiązek :
   a) stałego nadzoru nad gospodarką komunalną i poprawą organizacji i kontroli stanu i prawidłowości korzystania z sieci i urządzeń komunalnych,

b) obciążanie odbiorców zewnętrznych korzystających z energii elektrycznej, cieplnej, wody, odprowadzania ścieków, gazu i usług komunalnych dostarczanych przez szpital,

c) wnioskowania o niewłaściwym utrzymaniu czystości i terenów zielonych.

26. KIEROWNIK DS. PERSONALNYCH

1) Kierownik ds. personalnych bezpośrednio podlega Dyrektorowi.

2) Kierownik ds. personalnych koordynuje prace związane ze sprawami osobowymi i szkolenia zawodowego, wdrażanie programów i procedur personalnych, odpowiada za dostępność i aktualizację danych personalnych, sporządza raporty dotyczące spraw pracowniczych.

3) Kierownikowi ds. personalnych podlegają:

   a) Dział kadr,

   b) Sekcja ds. szkoleń,

   c) Sekcja ds. socjalnych.

4) Do obowiązków kierownika ds. personalnych w szczególności należy:

   a) przeprowadzanie wywiadów wstępnych, weryfikacja i klasyfikacja nowego personelu,

   b) przygotowanie do decyzji Dyrektora, po uzgodnieniu z bezpośrednimi przełożonymi pracowników, materiałów i wniosków dotyczących:

      – zatrudniania,

      – przenoszenia,

      – awansowania,

      – opiniowania,

      – zwalniania,

   c) wnioskowanie o ustalenie wysokości wynagrodzenia poszczególnych pracowników w związku z ich zatrudnieniem, awansowaniem i in.,

   d) opracowanie wzorów dokumentów niezbędnych do prowadzenia akt pracowniczych, ewidencji, analiz,

   a) przygotowanie wymaganych przepisami, konkursów na stanowiska kierownicze i in. z wyłączeniem umów kontraktowych,

   f) organizowanie zatrudnienia dla osób świadczących pracę w innych formach zatrudnienia niż umowa o pracę, z wyłączeniem umów kontraktowych m.in. staże dla osób kierowanych przez Urząd Pracy, prace społecznie użyteczne dla osób kierowanych przez MOPS oraz Zespół Kuratorskiej Służby Sądowej, wolontariatu. Składanie wniosków, rozliczanie umów i prowadzenie korespondencji w tych sprawach.

   g) pozyskiwanie środków z instytucji zewnętrznych na organizowane stanowiska pracy, m. in. z PFRON. Sporządzanie wniosków, prowadzenie korespondencji w tych sprawach,

   h) opracowanie i aktualizacja obowiązujących regulaminów: Regulaminu pracy, Regulaminu wynagradzania,

   i) opracowanie i aktualizacja instrukcji i procedur związanych z systemami jakości,

j) wdrażanie, nadzorowanie, kontrola przestrzegania w szpitalu postanowień wynikających z Regulaminu pracy i Kodeksu pracy,

k) wdrażanie procedur i zabezpieczeń, dopełnianie formalności mających na celu spełnienie obowiązków wynikających z ustawy o ochronie danych osobowych,

l) bieżące, systematyczne zbieranie danych służących do sporządzania sprawozdań na potrzeby m.in. Głównego Urzędu Statystycznego, Ministerstwa Zdrowia i ich terminowe sporządzanie,

m) zbieranie danych służących do naliczenia funduszu socjalnego, PFRON i in. dla potrzeb działu księgowości.

n) prowadzenie spraw związanych z obsługą pracowników w zakresie grupowego ubezpieczenia,

o) przygotowanie i realizacja korespondencji z instytucjami w zakresie kadrowym.

p) nadzorowanie podległych pracowników.

27. KIEROWNIK DZIAŁU ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH

1) Kierownik działu zamówień publicznych podlega Dyrektorowi.

2) Do obowiązków kierownika działu zamówień publicznych w szczególności należy:

a) zapewnienie prawidłowej realizacji zadań wynikających z realizacją ustawy Prawo zamówień publicznych w tym:

- przygotowywanie procedur przetargowych,
- zawieranie umów z kontrahentami,
- współpraca z instytucjami zajmującymi się zamówieniami publicznymi,
- archiwizowanie dokumentacji dotyczącej zamówień publicznych,

b) opracowanie na podstawie informacji uzyskanych od kierowników komórek organizacyjnych Szpitala, planu zamówień publicznych Szpitala na co najmniej kolejnych 12 miesięcy,

c) organizacja procesu udzielania zamówień publicznych i nadzór nad przebiegiem udzielania zamówień,

d) prowadzenie rejestru Wniosków o Zamówienie Publiczne i Zawartych Umów,

e) prowadzenie i dokumentowanie postępowań o udzielenie zamówień publicznych,

f) przygotowywanie umów o udzielenie zamówień publicznych,

g) przechowywanie i archiwizowanie dokumentacji postępowań zgodnie z obowiązującymi przepisami,

h) prowadzenie postępowań na dostawy, usługi i roboty budowlane zgodnie z obowiązującym w Szpitalu Miejskim św. Jana Pawła II w Elblągu „Regulaminem w sprawie określenia zasad udzielania zamówień, które spełniają warunki zawarte w art. 4 ustawy prawo zamówień publicznych, Regulaminem Udzielania Zamówień Publicznych i Regulaminem Pracy Komisji Przetargowej”,

i) sporządzenie rocznego sprawozdania o udzielonych zamówieniach publicznych oraz przekazanie go po zatwierdzeniu przez Dyrektora Szpitala Prezesowi Urzędu Zamówień Publicznych,

j) opracowanie dokumentów takich jak: zawiadomienia właściwego organu (np. Prezesa Urzędu Zamówień Publicznych) o podjętych przez Szpital czynnościach, o ile są one wymagane prawem.

28. KIEROWNIK DZIAŁU ORGANIZACYJNEGO

1) Kierownik działu organizacyjnego bezpośrednio podlega Dyrektorowi.
2) Do obowiązków kierownika działu organizacyjnego w szczególności należy:
   a) nadzór nad aktualizacją statutu, regulaminu organizacyjnego,
   b) prowadzenie dokumentacji związanej ze zmianami do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą Wojewody Warmińsko-Mazurskiego oraz KRS,
   c) zapewnienie obsługi sekretariatu szpitala,
   d) zapewnienie obsługi kancelaryjnej,
   e) prowadzenie kontroli stosowania jednolitego nazewnictwa komórek organizacyjnych w dokumentacji, na pieczątkach oraz tablicach informacyjnych,
   f) nadzór nad identyfikacją i dystrybucją przepisów prawnych wewnętrznych i zewnętrznych odnoszących się do działalności szpitala,
   g) zapewnienie prawidłowego przepływu informacji w Szpitalu Miejskim św. Jana Pawła II w Elblągu,
   h) współpraca z Urzędem Miejskim, Narodowym Funduszem Zdrowia oraz innymi instytucjami w zakresie obsługi organizacyjno–prawnej jednostki oraz monitorowania jakości wykonywanych usług,
   i) nadzór nad sprawozdawczością względem instytucji zewnętrznych (m.in. GUS),
   j) koordynowanie procesów kontroli zarządczej:
      – inicjowanie corocznej analizy ryzyka,
      – aktualizacja zestawienia w podstawowych procesach,
      – gromadzenie i opracowywanie wyników analizy ryzyka,
      – przedstawianie wyników analizy ryzyka Dyrektorowi.
   k) zapewnienie prawidłowego udostępniania dokumentacji medycznej na zewnątrz oraz do celów służbowych,
   l) zapewnienie zgodnej z przepisami archiwizacji akt.

29. KIEROWNIK DZIAŁU MARKETINGU PROMOCJI I PROGRAMÓW POMOCOWYCH

1) Kierownik działu marketingu i programów pomocowych bezpośrednio podlega Dyrektorowi.
2) Do obowiązków kierownika działu marketingu i programów pomocowych w szczególności należy:
   a) wykonywanie zadań o charakterze organizatorskim (planowanie, ustalanie, podział i kontrola pracy),
   b) zadania wymagające specjalistycznej wiedzy merytorycznej z uwzględnieniem celu funkcjonalnego realizowanego przez komórkę,

c) zadania wymagające podejmowania decyzji o charakterze operacyjnym,

d) zadania o zróżnicowanym poziomie złożoności i trudności,

e) kształtowanie poprawnej współpracy podmiotami zewnętrznymi (konsultanci, szpitale, inne placówki, komórki organizacyjne jednostki, pacjentami i ich rodzinami),

f) tworzenie pozytywnego wizerunku placówki,

g) przedkładanie Zarządowi Szpitala potrzeb komórki oraz propozycji decyzji rodzących skutki finansowe),

h) dążenie do wysokiej jakości świadczonych usług w oparciu o obowiązujące w placówce standardy i procedury,

i) kooordynacja i współpraca z zespołem.

30. KIEROWNIK DZIAŁU INFORMATYKI

1) Kierownik działu informatyki bezpośrednio podlega Dyrektorowi. Jego zadaniem jest inicjowanie oraz koordynowanie rozwoju systemów informatycznych w firmie - odpowiedzialność za wsparcie informatyczne bieżącej działalności szpitala.
2) Jest uprawniony do wydawania zaleceń, instruktaży specjalistycznych w zakresie dotyczącym informatyki.
3) Do obowiązków kierownika działu informatyki należy w szczególności:
   a) zarządzanie i organizacja pracy działu informatyki,
   b) nadzór nad bezpieczeństwem danych elektronicznych,
   c) opracowanie projektów i kierunków rozwoju informatyzacji,
   d) utrzymanie ciągłości funkcjonowania infrastruktury informatycznej, w tym systemów i aplikacji,
   e) wdrażanie zasad polityki bezpieczeństwa w zakresie systemów i sieci informatycznych,
   f) sprawowanie nadzoru merytorycznego nad wdrożeniami działu informatyki,
   g) opiniowanie wszelkich zakupów mających związek z szeroko pojęta informatyzacją,
   h) prowadzenie zakupów w zakresie sprzętu informatycznego i oprogramowania,
   i) zarządzanie zasobami informatycznymi szpitala,
   j) zapewnienie obsługi informatycznej i pomocy dla pracowników szpitala, w przypadku problemów w obsłudze sprzętu informatycznego, systemów informatycznych wspierających prace tych komórek,
   k) dokonywanie zakupów części i materiałów do eksploatowanych w szpitalu komputerów i ich oprzyrządowania, zgodnie z ustawą Prawo Zamówień Publicznych,
   l) prowadzenie ewidencji sprzętu informatycznego,
   m) bieżące monitorowanie zmian w przepisach w zakresie bezpieczeństwa IT oraz ochrony danych osobowych,
   n) nadzór nad wykonywaniem usług gwarancyjnych oraz serwisu pogwarancyjnego sprzętu komputerowego oraz oprogramowania,
   o) udział w komisjach i zespołach roboczych szpitala,
   p) przygotowywanie odpowiednich raportów i sprawozdań dla przełożonych,

q) współdziałanie z organami samorządu terytorialnego, Narodowym Funduszem Zdrowia, Zakładem Ubezpieczeń Społecznych w zakresie wprowadzania nowych rozwiązań informatycznych,

r) prowadzenie korespondencji wewnętrznej i zewnętrznej dot. spraw informatycznych,

s) administrowanie stroną internetową szpitala (WWW), w tym podstronami dotyczącymi zamówień publicznych oraz Biuletynu Informacji Publicznej (BIP),

t) administrowanie szpitalnymi kontami pocztowymi,

u) współpraca z firmami zewnętrznymi w zakresie doskonalenia pracy systemów informatycznych wykorzystywanych w Szpitalu,

v) wykonywanie innych prac na rzecz szpitala, zgodnie ze swoimi uprawnieniami.

31. SPECJALISTA DS EPIDEMIOLOGII

1) Specjalista ds. epidemiologii bezpośrednio podlega Dyrektorowi.

2) Specjalista ds. epidemiologii odpowiada za właściwą organizację swojej pracy.

3) Do obowiązków specjalisty ds. epidemiologii w szczególności należy:

a) opracowywanie i aktualizacja systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych,

b) ocena ryzyka wystąpienia zakażenia związanego z wykonywaniem świadczeń zdrowotnych,

c) monitorowanie i rejestracja czynników alarmowych i zakażeń związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywanych świadczeń,

d) opracowanie, wdrożenie i nadzór nad procedurami zapobiegającymi zakażeniom i chorobom zakaźnym związanym z udzielaniem świadczeń zdrowotnych,

e) prowadzenie kontroli wewnętrznej oraz przedstawianie wyników i wniosków z tej kontroli dyrektorowi szpitala i komitetowi zakażeń szpitalnych,

f) organizacja udzielania świadczeń zdrowotnych, w sposób zapewniający warunki izolacji pacjentów z zakażeniem lub chorobą zakaźną oraz pacjentów szczególnie podatnych na zakażenia szpitalne,

g) prowadzenie i przechowywanie dokumentacji realizacji wyżej wymienionych działań,

h) systematyczne szkolenie personelu w zakresie profilaktyki zakażeń szpitalnych,

i) sporządzanie i przekazywanie właściwemu państwowemu inspektorowi sanitarnemu raportów o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitala oraz zgłaszanie w ciągu 24 godzin potwierdzonego epidemicznego wzrostu liczby zakażeń szpitalnych właściwemu państwowemu inspektorowi sanitarnemu, prowadzenie dochodzeń epidemiologicznych,

j) nadzorowanie procesu zapobiegania zakażeniom szpitalnym w ramach systemu zarządzania jakością, współpraca z personelem we wszystkich komórkach organizacyjnych,

k) współpraca z inspektorem bhp i lekarzem zakładowym w zakresie ochrony zdrowia personelu i warunków wykonywania pracy.

31. KIEROWNIK DZIAŁU ŻYWIENIA

1) Kierownik działu żywienia bezpośrednio podlega Dyrektorowi. Prowadzi gospodarkę żywnościową i odpowiada za właściwe zorganizowanie żywienia w szpitalu. Jest uprawniony do wydawania wytycznych, zaleceń, instruktaży specjalistycznych w zakresie dotyczącym żywienia.
2) Do obowiązków kierownika działu żywienia w szczególności należy:
   a) planowanie żywienia chorych,
   b) organizowanie pracy, ustalanie harmonogramu pracy podległego personelu,
   c) racjonalne i zgodne z jadłospisem wykorzystywanie produktów spożywczych,
   d) organizowanie sporządzania posiłków oraz ich wydawania,
   e) dbałość o przestrzeganie higieny sporządzania posiłków, utrzymania higieny osobistej pracowników, sprzętu i pomieszczeń kuchennych,
   f) sprawowanie nadzoru nad przestrzeganiem bezpieczeństwa i higieny pracy,
   g) prowadzenie niezbędnej dokumentacji i sprawozdawczości,
   h) przestrzeganie terminu badań lekarskich pracowników,
   i) kontrolowanie jakości wykonania pracy przez podległy personel,
   j) praca w powołanych w szpitala zespołach i komisjach,
   k) prowadzenie analizy żywienia,
   l) propagowanie zasad racjonalnego żywienia wśród chorych,
   m) prowadzenie analiz ekonomiczno - finansowych dotyczących właściwego wykorzystania pozostających w dyspozycji środków finansowych,
   n) wykonywanie innych prac ustalonych bieżącymi wytycznymi, zarządzeniami.

32. PEŁNOMOCNIK DS. ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ

1) Pełnomocnik ds. zarządzania jakością odpowiada za realizację standardów akredytacyjnych, zintegrowany system zarządzania jakością i środowiskowy, w tym za:
   a) Organizację systemu zarządzania jakością i środowiskowego,
   b) Zarządzanie systemem w celu jego dalszego rozwoju i doskonalenia,
   c) Monitorowanie wskaźników jakości oraz monitorowanie i pomiary środowiskowe,
   d) Zgodność systemu zarządzania z wymaganiami norm ISO 9001 i ISO 14001 +i standardów akredytacji,
   e) Realizację polityki zintegrowanego systemu zarządzania
   f) Nadzorowanie dokumentacji systemowej zintegrowanego systemu zarządzania,
   g) Wprowadzanie i zatwierdzanie zmian w dokumentacji systemu zarządzania jakością i środowiskowego,
   h) Planowanie i koordynowanie auditów wewnętrznych,
   i) Przygotowywanie okresowych przeglądów kierownictwa systemu zarządzania jakością i środowiskiem,
   j) Inicjowanie działań doskonalących i korygujących w przypadku stwierdzenia niezgodności,

k) Nadzorowanie i sprawdzanie skuteczności wdrożonych działań doskonalących i korygujących,

l) Zatwierdzanie do stosowania formularzy w zintegrowanym systemie zarządzania,

m) Nadzorowanie zapisów w ramach zintegrowanego systemu zarządzania,

n) Prowadzenie regularnych przeglądów z bieżącej działalności,

o) Przedstawianie dyrektorowi sprawozdań dotyczących funkcjonowania systemu zarządzania jakością i środowiskiem,

p) Powoływanie liderów jakości w komórkach organizacyjnych szpitala dla skutecznego zarządzania zintegrowanym systemem,

q) Planowanie i nadzór nad realizacją szkoleń z zakresu zintegrowanych systemów zarządzania, w zakresie niezbędnym do doskonalenia systemu.

r) Odpowiednie dysponowanie przyznanymi środkami niezbędnymi do utrzymania i doskonalenia zintegrowanego systemu zarządzania.

2) Pełnomocnik ds. zarządzania jakością jest reprezentantem firmy we wszystkich sprawach związanych z zagadnieniami zarządzania jakością i środowiskiem.

3) Współpracuje z zespołami i komórkami szpitala w zakresie doskonalenia jakości, analiz klinicznych i monitorowania zdarzeń niepożądanych.

33. PEŁNOMOCNIK DS. OCHRONY INFORMACJI NIEJAWNYCH

1) Pełnomocnik ds. ochrony informacji niejawnych bezpośrednio podlega Dyrektorowi. Kieruje, organizuje i nadzoruje prace w zakresie:

a) zapewnienia ochrony informacji niejawnych, w tym ich ochrony fizycznej,

b) zapewnienia ochrony systemów i sieci teleinformatycznych, w których są wytwarzane, przetwarzane, przechowywane lub przekazywane informacje niejawne,

c) kontroli ochrony informacji niejawnych, przestrzegania przepisów ochronie tych informacji, okresowa kontrola ewidencji, materiałów i obiegu dokumentów,

d) szkolenia pracowników w zakresie ochrony informacji niejawnych.

2) Do obowiązków pełnomocnika ds. ochrony informacji niejawnych należy w szczególności:

I. W zakresie zapewnienia ochrony informacji niejawnych, w tym ich ochrony fizycznej:

a) opracowywanie szczegółowych wymagań w zakresie ochrony informacji niejawnych oznaczonych klauzulą „zastrzeżone”,

b) opiniowanie i nadzorowanie przestrzegania szczegółowych wymagań w zakresie ochrony informacji niejawnych oznaczonych klauzula „zastrzeżone”,

c) opracowywanie projektów i aktualizacja wykazów dokumentów objętych na terenie szpitala klauzulami tajności,

d) opiniowanie i nadzorowanie realizacji wykazów dokumentów objętych w szpitalu klauzulami tajności,

e) opracowywanie i prowadzenie wykazu stanowisk lub rodzaju prac zleconych, z którymi może łączyć się dostęp do informacji niejawnych, odrębnie dla każdej klauzuli tajności,

f) prowadzenie wykazu osób dopuszczonych do pracy na stanowiskach, z którymi wiąże się dostęp do informacji niejawnych, odrębnie dla każdej klauzuli tajności,

g) prowadzenie zwykłych postępowań sprawdzających w stosunku do osób, które w związku z wykonywanymi obowiązkami mogą mieć dostęp do tajemnicy służbowej, wydawanie poświadczeń bezpieczeństwa albo odmowy wydania poświadczenia bezpieczeństwa,

h) prowadzenie czynności umożliwiających wszczęcie przez służby ochrony państwa poszerzonych postępowań sprawdzających,

i) prowadzenie czynności związanych z odwołaniem od odmowy wydania poświadczenia bezpieczeństwa,

j) prowadzenie rejestru oraz spraw dotyczących wyrażenia zgody przez dyrektora szpitala na udostępnienie informacji niejawnych stanowiących tajemnicę służbową wytworzonych na terenie szpitala,

k) opracowanie planu i trybu postępowania z materiałami zawierającymi informacje niejawne stanowiące tajemnicę państwową w razie wprowadzenia stanu nadzwyczajnego,

l) podejmowanie działań zmierzających do wyjaśnienia okoliczności naruszenia przepisów o ochronie informacji niejawnych oraz zawiadamianie o tym fakcie Dyrektora, a w przypadku naruszenia przepisów o ochronie informacji niejawnych oznaczonych klauzulą „poufne" lub wyższą, również właściwą służbę ochrony państwa,

m) współpraca w zakresie realizacji zadań z właściwymi jednostkami i komórkami organizacyjnymi służb ochrony państwa oraz bieżące informowanie Dyrektora o przebiegu współpracy,

n) bieżący nadzór nad stanem i stosowaniem środków ochrony fizycznej informacji niejawnych,

o) wydzielenie stref administracyjnych i stref bezpieczeństwa oraz ich kontrola,

p) nadzór nad systemem określającym uprawnienia do wejścia, przebywania i wyjścia ze stref bezpieczeństwa i pomieszczeń chronionych systemami alarmowymi oraz przechowywania kluczy do pomieszczeń chronionych i szaf pancernych służących do przechowywania informacji niejawnych,

q) prowadzenie spraw dotyczących bezpieczeństwa przemysłowego (art. 71 ustawy).

II. W zakresie ochrony systemów i sieci teleinformatycznych:

a) opracowanie szczególnych wymagań bezpieczeństwa i procedur bezpiecznej eksploatacji, podlegających badaniom i certyfikacji służb ochrony państwa,

b) nadzór i bieżąca kontrola zgodności funkcjonowania systemu teleinformatycznego ze szczególnymi wymaganiami bezpieczeństwa,

c) kontrola przestrzegania procedur bezpiecznej eksploatacji.

III. W zakresie kontroli ochrony informacji niejawnych oraz przestrzegania przepisów o ochronie tych informacji, okresowej kontroli ewidencji, materiałów i obiegu dokumentów:

a) opracowywanie planu ochrony Szpitala i nadzorowanie jego realizacji,

b) kontrola informacji niejawnych- co najmniej 1 raz w roku:

- opracowywanie okresowych harmonogramów kontroli przeprowadzanych w komórkach organizacyjnych Szpitala,

- kontrola przestrzegania przepisów dotyczących właściwego sporządzania, rejestrowania i przechowywania dokumentów niejawnych,
- kontrola obiegu dokumentów niejawnych,
- kontrola prawidłowości realizacji wykazów dokumentów niejawnych,
- opracowywanie zaleceń pokontrolnych oraz kontrola ich wykonania,

c) szkolenie pracowników w zakresie ochrony informacji niejawnych: przeprowadzanie szkoleń osób dopuszczonych do pracy na stanowiskach, z którymi może łączyć się dostęp do informacji niejawnych,

d) szkolenie w zakresie właściwego rejestrowania i klasyfikowania informacji niejawnych, stosowania właściwych klauzul tajności oraz procedur ich zmiany i znoszenia.

34. INSPEKTOR OCHRONY DANYCH

Inspektor ochrony danych bezpośrednio podlega Administratorowi danych osobowych- Dyrektorowi Szpitala Miejskiego św. Jana Pawła II w Elblągu.

Do obowiązków Inspektora ochrony danych, zgodnie Rozporządzeniem 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"), należy:

1) doradzanie oraz monitorowanie w zakresie przestrzegania RODO,
2) informowanie Administratora oraz pracowników, którzy przetwarzają dane osobowe o obowiązkach spoczywających na nich na mocy przepisów o ochronie danych i doradzanie im w tej sprawie,
3) składanie kierownictwu rocznego raportu dotyczącego działań przez siebie prowadzonych,
4) podejmowanie szybkich działań naprawczych w sytuacji naruszenia ochrony danych osobowych,
5) opracowanie wewnętrznych zasad i procedur zapewniających w tym zakresie wydajny i szybki przepływ informacji dotyczących ochrony danych,
6) przeprowadzanie szkoleń pracowników Szpitala Miejskiego św. Jana Pawła II w Elblągu dotyczących kwestii ochrony danych,
7) wykonywanie audytu ochrony danych w Szpitalu Miejskim św. Jana Pawła II w Elblągu,
8) współpraca z organem nadzorczym – Głównym Inspektorem Ochrony Danych osobowych (GIODO),
9) pełnienie funkcji punktu kontaktowego dla GIODO w kwestiach związanych z przetwarzaniem danych osobowych (np. w przypadku wszczętej przez GIODO kontroli przetwarzania danych osobowych przez podmiot),
10) udzielanie na żądanie zaleceń co do oceny skutków dla ochrony danych oraz monitorowanie jej wykonania,
11) pełnienie roli punktu kontaktowego dla osób, których dane są przetwarzane,
12) prowadzenie rejestru czynności lub rejestru kategorii czynności.

W zakresie odpowiedzialności Inspektor ochrony danych w imieniu Administratora odpowiada za:

1) wdrożenie wymagań rozporządzeń RODO,
2) nadzorowanie, monitorowanie przestrzeganie przepisów RODO,
3) analizowanie realizacji przepisów pod kątem zgodności z prawem.

W zakresie uprawnień Inspektor ochrony danych:

1) ma dostęp do danych osobowych i operacji przetwarzania,
2) niezwłocznie i właściwie włącza się we wszystkie sprawy dotyczące ochrony danych osobowych,
3) otrzymuje dokładne informacje na temat wszystkich procesów przetwarzania danych, wszystkich planowanych i realizowanych przedsięwzięciach, usług i systemów związanych
z przetwarzaniem danych osobowych,
4) zleca Administratorowi danych osobowych przeprowadzanie oceny skutków dla ochrony danych, gdy uzna określone przetwarzanie za wysoce ryzykowne,
5) oceny i zalecenia formułuje w sposób suwerenny, wolny od jakichkolwiek nacisków i wpływów,
6) może wykonywać inne obowiązki nie związane z ochroną danych, gdy obowiązki takie nie będą powodowały konfliktu interesów,
7) musi mieć zapewnione środki, szeroko rozumiane, zarówno pod względem organizacyjnym, jak i finansowym.

35. – ***skreślony-***

36. GŁÓWNY SPECJALISTA DS. BHP

1) Główny specjalista ds. BHP bezpośrednio podlega Dyrektorowi.
2) Do obowiązków głównego specjalisty ds. BHP w szczególności należy:
   a) 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,
   b) bieżące informowanie pracodawcy o stwierdzonych zagrożeniach zawodowych, wraz z wnioskami zmierzającymi do usuwania tych zagrożeń,
   c) sporządzanie i przedstawianie pracodawcy, co najmniej raz w roku, okresowych analiz stanu bezpieczeństwa i higieny pracy zawierających propozycje przedsięwzięć technicznych i organizacyjnych mających na celu zapobieganie zagrożeniom życia i zdrowia pracowników oraz poprawę warunków pracy,
   d) 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,

e) 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,

f) 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,

g) zgłaszanie wniosków dotyczących wymagań bezpieczeństwa i higieny pracy w stosowanych oraz nowo wprowadzanych procesach produkcyjnych,

h) przedstawianie pracodawcy wniosków dotyczących zachowania wymagań ergonomii na stanowiskach pracy,

i) 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,

j) opiniowanie szczegółowych instrukcji dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy na poszczególnych stanowiskach pracy,

k) 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,

l) prowadzenie rejestrów, kompletowanie i przechowywanie dokumentów dotyczących wypadków przy pracy, stwierdzonych chorób zawodowych i podejrzeń o takie choroby, a także przechowywanie wyników badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy,

m) doradztwo w zakresie stosowania przepisów oraz zasad bezpieczeństwa i higieny pracy,

n) udział w dokonywaniu oceny ryzyka zawodowego, które wiąże się z wykonywaną pracą,

o) 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,

p) 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,

q) współpraca z laboratoriami upoważnionymi, zgodnie z odrębnymi przepisami, do dokonywania badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia lub warunków uciążliwych, występujących w środowisku pracy, w zakresie organizowania tych badań i pomiarów oraz sposobów ochrony pracowników przed tymi czynnikami lub warunkami,

r) współpraca z laboratoriami i innymi jednostkami zajmującymi się pomiarami stanu środowiska naturalnego, działającymi w systemie państwowego monitoringu środowiska, określonego w odrębnych przepisach,

s) współdziałanie z lekarzem sprawującym profilaktyczną opiekę zdrowotną nad pracownikami, a w szczególności przy organizowaniu okresowych badań lekarskich pracowników,

t) 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 trybie i w zakresie ustalonym w odrębnych przepisach,
- podejmowanych przez pracodawcę przedsięwzięciach mających na celu poprawę warunków pracy,

u) 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,

v) inicjowanie i rozwijanie na terenie zakładu pracy różnych form popularyzacji problematyki bezpieczeństwa i higieny pracy oraz ergonomii.

3) Służba bhp jest uprawniona do:

a) przeprowadzania 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,

b) występowania do osób kierujących pracownikami z zaleceniami usunięcia stwierdzonych zagrożeń wypadkowych i szkodliwości zawodowych oraz uchybień w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy,

c) występowania do pracodawcy z wnioskami o nagradzanie pracowników wyróżniających się w działalności na rzecz poprawy warunków bezpieczeństwa i higieny pracy,

d) występowania do pracodawcy o zastosowanie kar porządkowych w stosunku do pracowników odpowiedzialnych za zaniedbanie obowiązków w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy,

e) niezwłocznego wstrzymania pracy maszyny lub innego urządzenia technicznego w razie wystąpienia bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia pracownika albo innych osób,

f) niezwłocznego odsunięcia od pracy pracownika zatrudnionego przy pracy wzbronionej,

g) niezwłocznego odsunięcia od pracy pracownika, który swoim zachowaniem lub sposobem wykonywania pracy stwarza bezpośrednie zagrożenie życia lub zdrowia własnego albo innych osób,

h) wnioskowania 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.

37. INSPEKTOR P. POŻ

1) Inspektor ochrony przeciwpożarowej bezpośrednio podlega Dyrektorowi.

2) Do obowiązków inspektora ochrony p.poż. należy w szczególności:

a) prowadzenie nadzoru ochrony przeciwpożarowej Szpitala Miejskiego św. Jana Pawła II w Elblągu,

b) systematyczne kontrolowanie przestrzegania przez pracowników zasad zawartych w instrukcjach przeciwpożarowych,

c) bieżące informowanie Dyrektora o stanie bezpieczeństwa pożarowego i wypadkach nieprzestrzegania przepisów,

d) udział w organizowanych ćwiczebnych alarmach przeciwpożarowych,

e) współdziałanie z innymi jednostkami ochrony przeciwpożarowej,

f) udział w opracowaniu instrukcji przeciwpożarowych dla pomieszczeń, magazynów, warsztatów , garaży itp.,

g) udział przy opracowaniu planu ochrony przeciwpożarowej,

h) znajomość ochranianych obiektów (terenów), pomieszczeń, urządzeń i przechowywanych materiałów, pod względem ich zagrożenia pożarowego,

i) uczestniczenie w przeglądach budynków, pomieszczeń, urządzeń grzewczych, oświetleniowych, odgromowych itp.,

j) szkolenie pracowników w zakresie ochrony przeciwpożarowej,

k) opracowanie okresowych analiz o stanie ochrony przeciwpożarowej szpitala,

l) informowanie Dyrektora o wykonaniu poleceń pokontrolnych,

m) uczestniczenie w określaniu przyczyny i źródła pożaru (innego miejscowego zagrożenia), zabezpieczaniu dowodów , w celu ułatwienia prowadzenia dochodzenia oraz opracowaniu pisemnych meldunków przeciwpożarowych.

38. INSPEKTOR DS. OBRONY CYWILNEJ

1) Inspektor obrony cywilnej bezpośrednio podlega Dyrektorowi.

2) Do zadań Inspektora ds. Obrony Cywilnej w szczególności należy:

a) opracowywanie i aktualizacja szpitalnego planu zarządzania kryzysowego oraz Zespołów Zastępczych Miejsc Szpitalnych,

b) opracowywanie projektów zarządzeń Dyrektora i innych dokumentów dotyczących realizacji przedsięwzięć związanych z osiąganiem podwyższonej i pełnej gotowości obronnej Szpitala Miejskiego św. Jana Pawła II w Elblągu,

c) opracowywanie zestawu zadań dla Szpitala Miejskiego św. Jana Pawła II w Elblągu na wypadek "W",

d) planowanie głównych kierunków szkolenia obronnego i obrony cywilnej oraz opracowywanie długofalowych i bieżących planów szkolenia pracowników.

e) planowanie ćwiczeń (treningów sztabowych) oraz opracowywanie dokumentacji na szczeblu szpitalnym.

f) opracowywanie i wykonywanie obowiązującej sprawozdawczości, dokonywanie rocznych analiz z realizacji przedsięwzięć z dziedziny obronności i obrony cywilnej,

g) przekazywanie do wiadomości pracownikom Szpitala Miejskiego św. Jana Pawła II w Elblągu przepisów prawnych z dziedziny obronności oraz udzielanie poradnictwa w zakresie ich prawidłowej interpretacji i stosowania,

h) udzielanie instruktażu o sposobie realizacji zestawów zadań w okresie podwyższonej i pełnej gotowości obronnej państwa w czasie wojny,

i) nadzorowanie akcji ratowniczej i porządkowej w przypadku klęski żywiołowej, katastrofy, awarii, zniszczenia,

j) prowadzenie ewidencji sprzętu obrony cywilnej,

k) nadzór nad magazynem sprzętu obrony cywilnej.

39. RADCA PRAWNY

1) Radca prawny bezpośrednio podlega Dyrektorowi.

2) Do obowiązków radcy prawnego w szczególności należy:

a) reprezentowanie Szpitala w sądach powszechnych (cywilnych, gospodarczych, pracy) w sprawach związanych z działalnością szpitala na podstawie udzielonego pełnomocnictwa.

b) pisanie pism procesowych związanych z prowadzonymi sprawami, obsługa kancelaryjna prowadzonych spraw.

c) udzielanie opinii, porad prawnych oraz wyjaśnień w zakresie stosowania prawa,

d) opiniowanie treści wewnętrznych aktów normatywnych (statut, regulaminy, zarządzenia dyrektora i in.)

e) opiniowanie treści umów dotyczących przedmiotu znacznej wartości, szczególnie dotyczących prac budowlanych i innych zamówień publicznych,

f) informowanie Dyrektora o zmianach w obowiązującym stanie prawnym w zakresie działania Szpitala.

40. DUSZPASTERSTWO

1) Duszpasterstwo w zakresie obowiązków sakralnych bezpośrednio podlega Biskupowi Elbląskiemu; w zakresie realizowanych zadań administracyjnych w Szpitala Miejskiego św. Jana Pawła II w Elblągu - Dyrektorowi Szpitala.

2) Do obowiązków kapelana szpitalnego w szczególności należy organizowanie i wykonywanie ogółu czynności sakralnych zgodnie z liturgią wyznania rzymskokatolickiego, czuwanie nad przestrzeganiem świętych tradycji, praktyk i wierzeń. Zadania obejmują:

a) odprawianie mszy świętych i nabożeństw zgodnie z ustalonym porządkiem,

b) udzielanie sakramentów świętych według ustalonego rytuału,

c) prowadzenie ceremonii religijnych zgodnie z przepisami liturgicznymi,

d) przygotowywanie i wygłaszanie kazań, nauk, homilii i modlitw,

e) podejmowanie działań w celu zapewnienia przestrzegania praw pacjenta,

f) podejmowanie różnych obowiązków o charakterze społecznym i administracyjnym.

41. –skreślony-

42. KIEROWNIK CENTRALNEJ STERYLIZATORNI

Kierownik Centralnej Sterylizatorni podlega bezpośrednio Z-cy Dyrektora ds. Pielęgniarstwa. W zakresie powierzonych zadań Kierownik Centralnej Sterylizatorni:

1) organizuje i nadzoruje pracę podległego personelu,
2) odpowiada za opracowanie, wdrożenie i egzekwowanie od personelu bezwzględnego przestrzegania standardów medycznych obowiązujących w Centralnej Sterylizatorni,
3) zaopatruje Centralną Sterylizatornię w niezbędne materiały, środki dezynfekcyjne i sprzęt medyczny oraz prowadzi ewidencję materiałową,
4) kontroluje gospodarkę materiałami sterylnymi w szpitalu,
5) kontroluje skuteczność dezynfekcji i sterylizacji,
6) nadzoruje stan sanitarno- higieniczny pomieszczeń Centralnej Sterylizatorni,
7) przestrzega zalecenia zespołu ds. kontroli zakażeń szpitalnych, nadzoruje zadania wynikające z procedur postępowania przeciwepidemiologicznego szpitala,
8) uczestniczy w pracach różnych zespołów roboczych powołanych w szpitalu dla usprawnienia organizacji pracy i poprawy jakości udzielanych świadczeń,
9) kontroluje dyscyplinę pracy podległego personelu,
10) sporządza grafiki pracy podległego personelu z odpowiednim wyprzedzeniem (7 dni przed końcem miesiąca) oraz przedkłada je do zatwierdzenia Z-cy Dyrektora ds. pielęgniarstwa,
11) sporządza i przedkłada do zatwierdzenia Z-cy Dyrektora ds. pielęgniarstwa miesięczne wykonania czasu pracy podległego personelu na ustalonych wzorach grafików pracy,
12) sporządza i przedkłada do zatwierdzenia roczny plan urlopów podległego personelu oraz czuwa nad planowym ich wykorzystaniem,
13) nadzoruje pracę podległego personelu oraz dokładne i sumienne prowadzenie zapisów w obowiązującej dokumentacji w Centralnej Sterylizatorni, według ustalonych zasad,
14) wprowadza do pracy nowozatrudnionych pracowników,
15) doskonali kwalifikacje zawodowe własne i personelu oraz jakość świadczonej pracy poprzez samokształcenie i udział w różnych formach kształcenia,
16) organizuje i prowadzi szkolenia wewnątrzoddziałowe dla pracowników Centralnej Sterylizatorni,
17) prowadzi działalność kontrolno - rozliczeniową zgodnie z instrukcją o planowaniu działalności bieżącej oraz kontrolnej i rozliczeniowo- zadaniowej,
18) planuje wyposażenie stanowisk pracy w centralnej sterylizacji,
19) systematycznie aktualizuje wiedzę dotyczącą dekontaminacji, w tym sterylizacji,
20) współpracuje z oddziałami szpitalnymi oraz innymi komórkami organizacyjnymi w zakresie dekontaminacji i sterylizacji,
21) opiniuje na temat możliwości dezynfekcji i sterylizacji sprzętu medycznego,
22) bierze udział w opracowaniu procedur związanych z wyborem właściwej metody dekontaminacji, w tym sterylizacji dostosowanej do rodzaju materiału z jakiego wykonane są poddane procedurze wyroby medyczne, narzędzia, sprzęt medyczny, materiał opatrunkowy – po wcześniejszym zapoznaniu się i uwzględnieniu wskazań wytwórcy w tym zakresie oraz techniki aseptycznego otwarcia,

23) opracowuje procedury związane z postępowaniem z wyrobami medycznymi, narzędziami, sprzętem medycznym, materiałem opatrunkowym zarówno przed, w trakcie jak i po dekontaminacji, w tym sterylizacji,

24) kształtuje właściwą atmosferę pracy,

25) dba o właściwy przepływ informacji,

26) swoją postawą, wyglądem wzbudza zaufanie i szacunek, nosi obowiązującą w czasie pracy odzież ochronną, dłonie ma bez biżuterii, lakieru i sztucznych paznokci.

43. KIEROWNIK DZIAŁU EPIDEMIOLOGII

Kierownik Działu Epidemiologii podlega bezpośrednio Dyrektorowi.
W zakresie powierzonych zadań Kierownik Działu Epidemiologii:

1) planuje, organizuje, nadzoruje, kontroluje pracę podległego personelu,

2) monitoruje stan epidemiologiczny, nadzoruje przestrzeganie standardów postępowania dotyczących profilaktyki i kontroli zakażeń. Współpracuje z komitetem zakażeń szpitalnych w opracowywaniu i wdrażaniu działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych,

3) bierze współudział w opracowywaniu i aktualizacji systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych,

4) prowadzi kontrolę wewnętrzną oraz przedstawia wyniki i wniosków z tej kontroli Dyrektorowi szpitala i Komitetowi zakażeń szpitalnych,

5) nadzoruje przestrzeganie procedur aseptycznych i dekontaminacji, w tym:

   a) procedur związanych z terapią dożylną,

   b) higieny rąk personelu,

   c) dekontaminacji sprzętu medycznego, powierzchni, pomieszczeń,

   d) nadzór nad procesami dezynfekcji i sterylizacji,

   e) planowanie i wykonywanie wymazów sanitarnych,

   f) nadzór nad postępowaniem z odpadami medycznymi i bielizną szpitalną.,

6) szkoli personel w zakresie kontroli zakażeń szpitalnych, w tym:

   a) organizuje i prowadzi szkolenia z zakresu zapobiegania i kontroli zakażeń szpitalnych,

   b) udziela instruktażu na stanowiskach pracy w ramach bieżącego nadzoru,

   c) szkoli pracowników nowozatrudnionych,

   d) prowadzi zespół pielęgniarek łącznikowych epidemiologicznych,

7) konsultuje pacjentów podejrzanych o zakażenie, chorobę zakaźną, z drobnoustrojem alarmowym w zakresie zasad i sposobu izolacji:

   a) bierze udział w planowaniu opieki i nadzór nad pacjentami z zakażeniem szpitalnym i / lub z drobnoustrojem alarmowym,

   b) udziela informacji personelowi i dokumentuje działania związane z izolacją pacjentów,

8) monitoruje i analizuje czynniki alarmowe i zakażenia szpitalne związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych:

a) prowadzi rejestr pacjentów z zakażeniem szpitalnym i / lub drobnoustrojem alarmowym,

b) sporządza i przekazuje Dyrektorowi szpitala, Komitetowi zakażeń szpitalnych i Państwowemu inspektorowi sanitarnemu raporty o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitala,

9) ocenia ryzyka wystąpienia zakażenia związanego z wykonywaniem świadczeń zdrowotnych, w tym aktywne monitorowanie pacjentów z czynnikami ryzyka,

10) zapobiega i nadzoruje postępowanie po ekspozycji zawodowej personelu szpitala przy współpracy z lekarzem zakładowym i inspektorem BHP, nadzoruje stosowanie środków ochrony indywidualnej i zbiorowej,

11) opracowuje, wdraża i nadzoruje procedury zapobiegające zakażeniom i chorobom zakaźnym związanym z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, w tym dekontaminacji:

a) skóry i błon śluzowych,

b) wyrobów medycznych i powierzchni pomieszczeń,

12) prowadzi obowiązującą dokumentację, w tym:

a) bierze udział w opracowywaniu programów kontroli zakażeń, rocznych planów kontroli i wymazów sanitarnych, sporządzanie raportów i analiz,

b) dokumentuje działalność Zespołu kontroli zakażeń szpitalnych,

c) dokumentuje działania związane z nadzorem epidemiologicznym,

13) współpracuje z:

a) PIS (Państwowy Inspektor Sanitarny) w zakresie nadzoru epidemiologicznego,

b) z wszystkimi komórkami organizacyjnymi szpitala,

c) z firmami zewnętrznymi (klienci i dostawcy),

14) uczestniczy w procesie zapobiegania zakażeniom. Wykonuje zadania wynikające z systemu Zarządzania Jakością, w tym:

a) analizuje i modyfikuje mierniki procesu,

b) opracowuje, wdraża i nadzoruje procedury związane z zapobieganiem zakażeniom i higieną szpitalną,

15) bierze udział w postępowaniu w trybie zamówień publicznych dotyczących zaopatrzenia szpitala w środki dezynfekcyjne,

16) bierze udział w szkoleniach, konferencjach naukowych i kursach podnoszących kwalifikacje zawodowe, zgodnie z wymaganiami na stanowisku pracy.

44. KOORDYNATOR NOCNEJ I ŚWIĄTECZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

1) Koordynator nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej podlega bezpośrednio Zastępcy dyrektora ds. lecznictwa ambulatoryjnego.

2) Koordynator organizuje pracę NiŚOZ, kieruje całokształtem działalności leczniczej, szkoleniowej, administracyjnej i gospodarczej komórki oraz ponosi za tę działalność odpowiedzialność.

3) Zadania koordynatora nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej obejmują w szczególności:

– koordynowanie pracy nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej,

- kontrola udzielanych świadczeń, realizacji umów,
- nadzór oraz zaopatrzenie w materiały medyczne i biurowe,
- weryfikacja zgodności wprowadzonych danych przez personel,
- raportowanie i przedkładanie sprawozdań kierownictwu szpitala,
- prowadzenie rejestrów i dokumentacji związanej z działalnością nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

45. KOORDYNATOR CENTRUM ZDROWIA PSYCHICZNEGO

1) Koordynator centrum zdrowia psychicznego (CZP) podlega bezpośrednio Zastępcy dyrektora ds. lecznictwa zamkniętego.
2) Koordynator organizuje pracę CZP, kieruje całokształtem działalności leczniczej, naukowej, szkoleniowej, administracyjnej i gospodarczej CZP oraz ponosi za tę działalność odpowiedzialność.
3) Do obowiązków koordynatora CZP należy w szczególności:
   a) zapewnienie sprawnego funkcjonowania CZP pod względem medycznym, administracyjnym i gospodarczym oraz właściwego leczenia pacjentów.
   b) czuwanie nad prawidłowym przebiegiem pracy w CZP, sprawowanie nadzoru merytorycznego i etycznego nad pracą podległego personelu oraz dbanie o dyscyplinę pracy.
4) W zakresie lecznictwa koordynator CZP zobowiązany jest w szczególności do:
   a) udzielania pomocy medycznej pacjentom zgłaszającym się do CZP,
   b) nadzorowania leczenia doraźnego pacjentów,
   c) ustalanie miejsca docelowego pobytu pacjentów,
   d) zorganizowanie pracy w CZP w taki sposób, by rozpoznanie można było postawić w najkrótszym czasie,
   e) podejmowanie działań w celu zapewnienia przestrzegania praw pacjenta i etyki zawodowej,
   f) czuwanie nad stałym, systematycznym szkoleniem personelu medycznego,
   g) planowania i realizację planu szkoleń wewnętrznych i zewnętrznych.
5) W zakresie administracyjno-gospodarczym powinien:
   a) dbać o właściwe wyposażenie w sprzęt medyczny i środki medyczne niezbędne do sprawnej działalności CZP,
   b) nadzorować prowadzenie dokumentacji medycznej prowadzonej w CZP,
   c) dbać o terminowe i dokładne opracowanie statystyki CZP według obowiązujących przepisów.
6) Koordynator CZP wykonuje także inne prace zlecone przez Dyrektora, nie objęte powyższym zakresem, a związane z wykonywaną pracą.

Załącznik Nr 5
do Regulaminu Organizacyjnego Szpitala Miejskiego św. Jana Pawła II w Elblągu

I. REGULAMIN DLA PACJENTÓW ODDZIAŁÓW STACJONARNYCH SZPITALA MIEJSKIEGO św. JANA PAWŁA II W ELBLĄGU

Szanowni Państwo, *przedkładamy Wam Regulamin dla Pacjentów, którego przestrzeganie zapewnia prawidłowe funkcjonowanie oddziałów. Zwracamy się z prośbą o zapoznanie się z Regulaminem i jego przestrzeganie w trakcie pobytu w Oddziale, za co z góry dziękujemy.*

1. Podczas pobytu w szpitalu pacjent ma prawo do opieki ze strony bliskiej osoby w zakresie i czasie ustalonym z ordynatorem/koordynatorem oddziału /pielęgniarką oddziałową zgodnie z określonymi w szpitalu zasadami.
2. Pacjent ma prawo do opieki duszpasterskiej duchownego wyznawanej przez siebie religii i umożliwienia mu uczestnictwa w obrzędach religijnych organizowanych w szpitalu.
3. Pacjent korzystający ze świadczeń zdrowotnych powinien przestrzegać zasad, a w szczególności:
   1) stosować się do wskazówek i zaleceń lekarzy, pielęgniarek i innego personelu medycznego w zakresie procesu diagnostyczno-terapeutycznego, pielęgnacyjnego, rehabilitacyjnego, jak też w sprawach organizacyjno-administracyjnych,
   2) leki własne na czas trwania okresu hospitalizacji ze względu na bezpieczeństwo terapii oddać w depozyt oddziału lub oddać rodzinie, nie przyjmować leków bez wiedzy personelu,
   3) stosować się do zaleconej diety,
   4) odnosić się życzliwie i kulturalnie do innych pacjentów i personelu Szpitala,
   5) przebywać w wyznaczonych salach w porach obchodów lekarskich, zabiegów leczniczo - pielęgnacyjnych i w czasie wydawania posiłków,
   6) przestrzegać ciszy nocnej w godzinach od 22.00 do 6.00,
   7) stosować się do przepisów o bezpieczeństwie, higienie i zagrożeniu pożarowym,
   8) przestrzegać zakazu manipulowania przy aparaturze i urządzeniach medycznych, elektrycznych, gazowych, wentylacyjnych i grzewczych,
   9) szanować mienie Szpitala, w przypadku jego zniszczenia pacjent jest obowiązany pokryć straty poniesione przez Szpital,
   10) przestrzegać zasad higieny osobistej i utrzymywać porządek w swoim otoczeniu,
   11) przestrzegać zakazów: obrotu, posiadania i używania narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych i innych podobnie działających, wnoszenia i spożywania napojów alkoholowych oraz palenia wyrobów tytoniowych (wyjątek - palenie wyrobów tytoniowych dozwolone jest w oddziałach psychiatrii tylko w wyznaczonych miejscach).
4. W relacjach międzyludzkich należy wzajemnie szanować swoją godność, intymność, przekonania i zasady moralne.
5. Odwiedziny chorych odbywają się w godzinach 08.00 – 20.00. Odwiedzanie ciężko chorych jest dozwolone jedynie za zgodą lekarza leczącego lub lekarza dyżurnego.

6. W oddziałach psychiatrii odwiedziny chorych w dni powszednie w godzinach 14.00-19.00; w dni świąteczne w godzinach 10.00-20.00.
7. Jednego chorego mogą równocześnie odwiedzać najwyżej dwie osoby, które swoim zachowaniem nie powinni zakłócać spokoju innym pacjentom.
8. Pacjentów w oddziałach nie powinny odwiedzać dzieci poniżej 7 lat, w wyjątkowych sytuacjach za zgodą lekarza pod opieką osób dorosłych.
9. Podczas wizyt lekarskich i zabiegów pielęgnacyjnych osoby odwiedzające proszone są o opuszczenie sal chorych.
10. Ze względów epidemiologicznych lub innych ważnych przyczyn, może być okresowo wprowadzony zakaz odwiedzania chorych.
11. W oddziale chorób zakaźnych odwiedziny odbywają się w oznakowanym pokoju odwiedzin z osobnym wejściem oznakowanym „ wejście dla odwiedzających". Pokój wyposażony jest w węzeł telekomunikacyjny i węzeł sanitarny.
12. Pacjenci nie powinni opuszczać oddziału bez wiedzy personelu.
13. Pacjent może opuścić teren Szpitala tylko po uzyskaniu zgody Ordynatora/ Koordynatora danego Oddziału.
14. Korzystanie przez pacjentów z telefonów komórkowych powinno się odbywać w sposób nie stwarzający uciążliwości dla innych pacjentów i poza godzinami ciszy nocnej.
15. W miejscach oznaczonych nie należy używać telefonów komórkowych.
16. Obowiązuje zakaz fotografowania i filmowania innych pacjentów.
17. W Szpitalu realizowana jest Polityka Ochrony Środowiska, prosimy o zwrócenie uwagi na segregację odpadów i umieszczanie ich w odpowiednich koszach.
18. W oddziałach funkcjonuje instalacja przyzywowa (dzwonki) - prosimy o korzystanie w sytuacjach pilnych, wymagających interwencji personelu medycznego.
19. Pacjent ma możliwość oddania do magazynu szpitalnego za pokwitowaniem odzieży oraz złożyć do depozytu przedmioty wartościowe. Za przedmioty i pieniądze nie przekazane do depozytu Szpital nie ponosi odpowiedzialności.
20. Wypis ze szpitala następuje:
    1) gdy stan zdrowia nie wymaga leczenia szpitalnego,
    2) na żądanie pacjenta lub jego ustawowego przedstawiciela,
    3) gdy pacjent w sposób rażący narusza porządek, a nie zachodzi obawa, iż wypis może spowodować bezpośrednie zagrożenie życia bądź zdrowia pacjenta.

II. REGULAMIN DLA PACJENTÓW ZAKŁADU REHABILITACJI I OŚRODKA REHABILITACJI DZIENNEJ SZPITALA MIEJSKIEGO św. JANA PAWŁA II W ELBLĄGU

Szanowni Państwo, *przedkładamy Wam Regulamin dla Pacjentów, którego przestrzeganie zapewnia prawidłowe funkcjonowanie Zakładu Rehabilitacji i Ośrodka Rehabilitacji Dziennej. Zwracamy się z prośbą o zapoznanie się z Regulaminem i jego przestrzeganie w trakcie pobytu w Placówkach, za co z góry dziękujemy.*

1. Pacjenci przyjmowani są na podstawie skierowania wystawionego przez:
   1) lekarza Oddziału Urazowo-Ortopedycznego, Chirurgicznego, Neurologicznego, Reumatologicznego, Chorób Wewnętrznych, Onkologii, Urologii, Ginekologii,
   2) lekarza Poradni Rehabilitacyjnej, Urazowo-Ortopedycznej, Neurologicznej, Reumatologicznej – w przypadku zaostrzenia schorzeń przewlekłych,

   Skierowanie traci ważność, gdy nie zostało zarejestrowane w terminie 30 dni od daty wystawienia.
2. Przyjęcie pacjenta odbywa się w Ośrodku Rehabilitacji Dziennej: założenie historii choroby i wpisanie do Księgi Ruchu Chorych Ośrodka Rehabilitacji Dziennej.
3. W czasie pobytu w Ośrodku pacjenci mają możliwość kontaktu z lekarzem specjalistą rehabilitacji.
4. Rehabilitacja prowadzona jest dla każdego pacjenta wg indywidualnego planu z uwzględnieniem stanu zdrowia pacjenta.
5. Pacjent ma prawo do korzystania ze zleconych zabiegów, opieki w czasie pobytu, rzetelnej informacji o stanie zdrowia i ochrony danych osobowych.
6. Pacjent zobowiązany jest do posiadania obuwia zmiennego i stroju do ćwiczeń.
7. Pacjent korzystający ze świadczeń zdrowotnych powinien:
   1) stosować się do wskazówek i zaleceń lekarzy, fizjoterapeutów, pielęgniarek w zakresie procesu diagnostyczno-terapeutycznego, pielęgnacyjnego, rehabilitacyjnego, jak też w sprawach organizacyjno-administracyjnych,
   2) stosować się do przepisów o bezpieczeństwie, higienie i zagrożeniu pożarowym,
   3) przestrzegać zakazu manipulowania przy aparaturze i urządzeniach medycznych, elektrycznych, gazowych, wentylacyjnych i grzewczych,
   4) szanować mienie Szpitala, w przypadku jego zniszczenia pacjent jest obowiązany pokryć straty poniesione przez Szpital,
   5) przestrzegać zasad higieny osobistej i utrzymywać porządek w swoim otoczeniu,
   6) przestrzegać zakazów: obrotu, posiadania i używania narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych i innych podobnie działających, wnoszenia i spożywania napojów alkoholowych oraz palenia wyrobów tytoniowych.
8. W relacjach międzyludzkich należy wzajemnie szanować swoją godność, intymność, przekonania i zasady moralne.
9. Korzystanie przez pacjentów z telefonów komórkowych powinno się odbywać w sposób nie stwarzający uciążliwości dla innych pacjentów.
10. W miejscach oznaczonych nie należy używać telefonów komórkowych.
11. Obowiązuje zakaz fotografowania i filmowania innych pacjentów.
12. W Szpitalu realizowana jest Polityka Ochrony Środowiska, prosimy o zwrócenie uwagi na segregację odpadów i umieszczanie ich w odpowiednich koszach.

13. Ośrodek Rehabilitacji Dziennej nie odpowiada za rzeczy i przedmioty pozostawione w szatni.
14. Świadczenia w Ośrodku wykonywane są w godzinach 8.00-17.00 pięć dni w tygodniu. Pielęgniarka Ośrodka pracuje codziennie w godzinach 7.00-14.35.
15. Wypis z Ośrodka Rehabilitacji Dziennej następuje:
    1) gdy zakończony zostanie cykl zabiegów fizjoterapeutycznych,
    2) na żądanie pacjenta lub jego ustawowego przedstawiciela,
    3) gdy pacjent bez uzasadnionej przyczyny zdrowotnej zaprzestanie uczęszczać na zalecane zabiegi.
16. Po zakończeniu leczenia pacjent otrzymuje kartę informacyjną wraz z zaleceniami lekarskimi.
17. Ponowna rejestracja na zabiegi fizjoterapeutyczne możliwa jest po wcześniejszym wykorzystaniu wcześniej zarejestrowanego skierowania
18. Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta dostępna jest w gabinecie pielęgniarki Ośrodka Rehabilitacji Dziennej.

III. REGULAMIN DLA PACJENTÓW ODDZIAŁU DZIENNEGO PSYCHIATRYCZNEGO I ODDZIAŁU DZIENNEGO ZABURZEN NERWICOWYCH SZPITALA MIEJSKIEGO św. JANA PAWŁA II W ELBLĄGU

Szanowni Państwo, *przedkładamy Wam Regulamin dla Pacjentów, którego przestrzeganie zapewnia prawidłowe funkcjonowanie oddziałów. Zwracamy się z prośbą o zapoznanie się z Regulaminem i jego przestrzeganie w trakcie pobytu w Oddziale, za co z góry dziękujemy.*

1. Podczas pobytu w szpitalu pacjent ma prawo do opieki ze strony bliskiej osoby w zakresie i czasie ustalonym z ordynatorem/koordynatorem oddziału /pielęgniarką koordynującą zgodnie z określonymi w szpitalu zasadami.
2. Pacjent ma prawo do opieki duszpasterskiej duchownego wyznawanej przez siebie religii i umożliwienia mu uczestnictwa w obrzędach religijnych organizowanych w szpitalu.
3. Pacjent korzystający ze świadczeń zdrowotnych powinien:
    1) stosować się do wskazówek i zaleceń lekarzy, pielęgniarek i innego personelu medycznego w zakresie procesu diagnostyczno-terapeutycznego, pielęgnacyjnego, rehabilitacyjnego, jak też w sprawach organizacyjno-administracyjnych,
    2) leki przyjmować samodzielnie w domu,
    3) odnosić się życzliwie i kulturalnie do innych pacjentów i personelu Szpitala,
    4) stosować się do przepisów o bezpieczeństwie, higienie i zagrożeniu pożarowym,
    5) przestrzegać zakazu manipulowania przy aparaturze i urządzeniach medycznych, elektrycznych, gazowych, wentylacyjnych i grzewczych,
    6) szanować mienie Szpitala, w przypadku jego zniszczenia pacjent jest obowiązany pokryć straty poniesione przez Szpital,
    7) przestrzegać zasad higieny osobistej i utrzymywać porządek w swoim otoczeniu,
    8) przestrzegać zakazów: obrotu, posiadania i używania narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych i innych podobnie działających,

wnoszenia i spożywania napojów alkoholowych oraz palenia wyrobów tytoniowych,

9) Pacjenci zobowiązani są do zachowania tajemnicy wszystkich informacji uzyskanych podczas leczenia w oddziałach dziennych.

4. Posiłek wydawany jest w godzinach 13:00-14:00.
5. W relacjach międzyludzkich należy wzajemnie szanować swoją godność, intymność, przekonania i zasady moralne.
6. Pacjenci nie powinni opuszczać oddziału bez wiedzy personelu.
7. Korzystanie przez pacjentów z telefonów komórkowych powinno odbywać się po zajęciach terapeutycznych.
8. W miejscach oznaczonych nie należy używać telefonów komórkowych.
9. Obowiązuje zakaz fotografowania i filmowania innych pacjentów.
10. W Szpitalu realizowana jest Polityka Ochrony Środowiska, prosimy o zwrócenie uwagi na segregację odpadów i umieszczanie ich w odpowiednich koszach.
11. Szpital nie ponosi odpowiedzialności za przedmioty wartościowe.
12. Wypis ze szpitala następuje:
    1) gdy stan zdrowia nie wymaga leczenia szpitalnego,
    2) na żądanie pacjenta lub jego ustawowego przedstawiciela,
    3) gdy pacjent w sposób rażący narusza porządek, a nie zachodzi obawa, iż wypis może spowodować bezpośrednie zagrożenie życia bądź zdrowia pacjenta.

IV. REGULAMIN DLA PACJENTÓW I RODZICÓW/ OPIEKUNÓW ODDZIAŁU CHIRURGII DZIECIĘCEJ

Szanowni Państwo, *przedkładamy Wam Regulamin dla Pacjentów, którego przestrzeganie zapewnia prawidłowe funkcjonowanie oddziałów. Zwracamy się z prośbą o zapoznanie się z Regulaminem i jego przestrzeganie w trakcie pobytu Państwa dziecka w Oddziale, za co z góry dziękujemy.*

1. Podczas pobytu w szpitalu pacjent ma prawo do opieki ze strony bliskiej osoby w zakresie i czasie ustalonym z ordynatorem/koordynatorem oddziału pielęgniarką oddziałową zgodnie z określonymi w szpitalu zasadami.
2. Przy dziecku całą dobę może przebywać rodzic/opiekun lub wskazana osoba przez rodzica/opiekuna, opłata za pobyt zgodnie z cennikiem Szpitala. Przy dziecku może przebywać jedna osoba.
3. Osoba przebywająca z dzieckiem powinna zapewnić opiekę zgodnie z zasadami opieki w Szpitalu, a w przypadku wątpliwości zwrócić się do pielęgniarki dyżurującej.
4. Rodzic/opiekun dziecka zobowiązany jest przestrzegać zasad higieny oraz utrzymywać porządek w swoim otoczeniu; korzystanie z łazienek przez rodziców/opiekunów dziecka nie powinno kolidować z toaletami dzieci.
5. Pacjent ma prawo do opieki duszpasterskiej duchownego wyznawanej przez siebie religii i umożliwienia mu uczestnictwa w obrzędach religijnych organizowanych w szpitalu.
6. Pacjent, jego rodzice/opiekunowie prawni korzystający ze świadczeń zdrowotnych powinni:

1) przestrzegać indywidualnych zaleceń lekarza i pielęgniarek w zakresie diagnostyki, leczenia, żywienia i pielęgnacji dziecka,
2) stosować się do zaleconej diety, nie pozostawiać jedzenia w szafkach,
3) współdziałać z personelem medycznym w zakresie realizacji celów hospitalizacji dziecka,
4) przygotować dziecko do współdziałania w zakresie terapeutycznym,
5) nauczyć dziecko przestrzegania norm współżycia społecznego w zakresie niezbędnym podczas hospitalizacji,
6) przebywać w wyznaczonych salach w porach obchodów lekarskich, zabiegów leczniczo - pielęgnacyjnych i w czasie wydawania posiłków,
7) przestrzegać zasad higieny i szanować mienie szpitalne,
8) stosować się do przepisów o bezpieczeństwie, higienie i zagrożeniu pożarowym, które funkcjonują w Szpitalu,
9) przestrzegać ciszy nocnej w godzinach od $21^{\underline{00}}$ do $6^{\underline{00}}$,
10) przestrzegać zakazów: obrotu, posiadania i używania narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych i innych podobnie działających, wnoszenia i spożywania napojów alkoholowych oraz palenia wyrobów tytoniowych.
11) rodzice (przedstawiciel ustawowy) mają prawo do dokumentacji medycznej dziecka.

7. W relacjach międzyludzkich należy wzajemnie szanować godność, intymność, przekonania i zasady moralne.
8. Odwiedziny pacjentów odbywają się codziennie w godzinach $13^{\underline{00}}$ - $19^{\underline{00}}$, a w dni wolne od pracy i święta w godzinach $12^{\underline{00}}$ - $19^{\underline{00}}$.
9. W uzasadnionych przypadkach odwiedziny mogą odbywać się również w innych godzinach niż określone w pkt.5 za zgodą ordynatora/kierownika, lekarza prowadzącego lub lekarza dyżurnego.
10. Zarówno opiekunowie jak i odwiedzający zobowiązani są do pozostawienia odzieży wierzchniej, oraz walizek, plecaków w szatni oddziału.
11. Odwiedzanie ciężko chorych jest dozwolone jedynie za zgodą lekarza leczącego lub lekarza dyżurnego.
12. Jednego chorego mogą równocześnie odwiedzać najwyżej dwie osoby, które swoim zachowaniem nie powinny zakłócać spokoju innym pacjentom.
13. Pacjentów w oddziałach nie powinny odwiedzać dzieci poniżej 7 lat, w wyjątkowych sytuacjach za zgodą lekarza pod opieką osób dorosłych.
14. Podczas wizyt lekarskich i zabiegów pielęgnacyjnych osoby (poza rodzicem, przedstawicielem ustawowym) odwiedzające proszone są o opuszczenie sal chorych.
15. Ze względów epidemiologicznych lub innych ważnych przyczyn, może być okresowo wprowadzony zakaz odwiedzania chorych.
16. Rodzicom zabrania się rozkładania swoich łóżek do godziny $20^{\underline{00}}$.
17. Rodzicom/opiekunom dziecka nie wolno przynosić i użytkować na salach przedmiotów, które mogłyby stanowić zagrożenie dla dzieci np.: grzałka, czajnik elektryczny.
18. W oddziale funkcjonuje kuchnia dla opiekunów. To wyłączne miejsce do przechowywania, przygotowania i spożywania posiłków.

19. Osoby opiekujące się dzieckiem, odwiedzające nie mogą wchodzić na inne sale.
20. Pacjenci nie mogą opuszczać oddziału, a opiekunowie przed opuszczeniem oddziału powinni powiadomić personel.
21. Pacjent może opuścić teren Szpitala tylko po uzyskaniu zgody Ordynatora/ Koordynatora danego Oddziału.
22. W czasie sprzątania kiedy jest śliska podłoga, pacjenci powinni pozostać w łóżkach.
23. Korzystanie przez pacjentów z telefonów komórkowych powinno się odbywać w sposób niestwarzający uciążliwości dla innych pacjentów i poza godzinami ciszy nocnej.
24. W miejscach oznaczonych nie należy używać telefonów komórkowych.
25. Obowiązuje zakaz fotografowania i filmowania innych pacjentów.
26. W Szpitalu realizowana jest Polityka Ochrony Środowiska, prosimy o zwrócenie uwagi na segregację odpadów i umieszczanie ich w odpowiednich koszach.
27. Pacjent ma możliwość oddania do magazynu szpitalnego za pokwitowaniem odzieży oraz złożyć do depozytu przedmioty wartościowe. Za przedmioty i pieniądze nie przekazane do depozytu Szpital nie ponosi odpowiedzialności.
28. Personel oddziału nie ponosi odpowiedzialności za przedmioty przyniesione na Oddział przez osoby przebywające z dzieckiem.
29. Dzieci przebywające w oddziale mogą posiadać własne zabawki z wyjątkiem zabawek z uciążliwymi efektami dźwiękowymi, będących zagrożeniem bezpieczeństwa dziecka np. posiadające drobne elementy oraz bardzo dużych ograniczających przestrzeń dla innych pacjentów.
30. Informacje ustne o stanie zdrowia, planowanym leczeniu i rokowaniach dziecka udziela, osobie upoważnionej, lekarz prowadzący lub w przypadku jego nieobecności lekarz dyżurny w godzinach $12^{\underline{00}} – 14^{\underline{00}}$. W uzasadnionych przypadkach pora udzielenia informacji może ulec zmianie.
31. Wypis ze szpitala następuje:
    - gdy stan zdrowia nie wymaga leczenia szpitalnego,
    - na żądanie rodzica lub przedstawiciela ustawowego dziecka (w przypadku gdy stan zdrowia dziecka wymaga leczenia szpitalnego Dyrektor ds. lecznictwa lub lekarz oddziału może odmówić wypisania do czasu wydania orzeczenia w tej sprawie przez sąd rodzinny).

V. REGULAMIN DLA PACJENTÓW I RODZICÓW/ OPIEKUNÓW ODDZIAŁU PEDIATRYCZNEGO

Szanowni Państwo, *przedkładamy Wam Regulamin dla Pacjentów, którego przestrzeganie zapewnia prawidłowe funkcjonowanie oddziałów. Zwracamy się z prośbą o zapoznanie się z Regulaminem i jego przestrzeganie w trakcie pobytu Państwa dziecka w Oddziale, za co z góry dziękujemy.*

1. Podczas pobytu w szpitalu pacjent ma prawo do opieki ze strony bliskiej osoby w zakresie i czasie ustalonym
2. z ordynatorem/koordynatorem oddziału pielęgniarką oddziałową zgodnie z określonymi w szpitalu zasadami.
3. Przy dziecku całą dobę może przebywać rodzic/opiekun lub wskazana osoba przez rodzica/opiekuna, opłata za pobyt zgodnie z cennikiem Szpitala. Przy dziecku może przebywać jedna osoba.

4. Osoba przebywająca z dzieckiem powinna zapewnić opiekę zgodnie z zasadami opieki w Szpitalu, a w przypadku wątpliwości zwrócić się do pielęgniarki dyżurującej.
5. Rodzic/opiekun dziecka zobowiązany jest przestrzegać zasad higieny oraz utrzymywać porządek w swoim otoczeniu; korzystanie z łazienek przez rodziców/opiekunów dziecka nie powinno kolidować z toaletami dzieci.
6. Pacjent ma prawo do opieki duszpasterskiej duchownego wyznawanej przez siebie religii i umożliwienia mu uczestnictwa w obrzędach religijnych organizowanych w szpitalu.
7. Pacjent, jego rodzice/opiekunowie prawni korzystający ze świadczeń zdrowotnych powinni:
   1) przestrzegać indywidualnych zaleceń lekarza i pielęgniarek w zakresie diagnostyki, leczenia, żywienia i pielęgnacji dziecka,
   2) stosować się do zaleconej diety, nie pozostawiać jedzenia w szafkach,
   3) współdziałać z personelem medycznym w zakresie realizacji celów hospitalizacji dziecka,
   4) przygotować dziecko do współdziałania w zakresie terapeutycznym,
   5) nauczyć dziecko przestrzegania norm współżycia społecznego w zakresie niezbędnym podczas hospitalizacji,
   6) przebywać w wyznaczonych salach w porach obchodów lekarskich, zabiegów leczniczo - pielęgnacyjnych i w czasie wydawania posiłków,
   7) przestrzegać zasad higieny i szanować mienie szpitalne,
   8) stosować się do przepisów o bezpieczeństwie, higienie i zagrożeniu pożarowym, które funkcjonują w Szpitalu,
   9) przestrzegać ciszy nocnej w godzinach od $21^{\underline{00}}$ do $6^{\underline{00}}$,
   10) przestrzegać zakazów: obrotu, posiadania i używania narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych i innych podobnie działających, wnoszenia i spożywania napojów alkoholowych oraz palenia wyrobów tytoniowych.
   11) rodzice (przedstawiciel ustawowy) mają prawo do dokumentacji medycznej dziecka.
8. W relacjach międzyludzkich należy wzajemnie szanować godność, intymność, przekonania
   i zasady moralne.
9. Odwiedziny chorych odbywają się w godzinach $8^{\underline{00}}$– $20^{\underline{00}}$.
10. Rodzicom zabrania się rozkładania swoich łóżek do godziny $20^{\underline{00}}$.
11. Rodzicom/opiekunom dziecka nie wolno przynosić i użytkować na salach przedmiotów, które mogłyby stanowić zagrożenie dla dzieci np.: grzałka, czajnik elektryczny.
12. Odwiedzanie ciężko chorych jest dozwolone jedynie za zgodą lekarza leczącego lub lekarza dyżurnego.
13. Jednego chorego mogą równocześnie odwiedzać najwyżej dwie osoby, które swoim zachowaniem nie powinny zakłócać spokoju innym pacjentom.
14. Pacjentów w oddziałach nie powinny odwiedzać dzieci poniżej 7 lat, w wyjątkowych sytuacjach za zgodą lekarza pod opieką osób dorosłych.
15. Podczas wizyt lekarskich i zabiegów pielęgnacyjnych osoby (poza rodzicem, przedstawicielem ustawowym) odwiedzające proszone są o opuszczenie sal chorych.

16. Ze względów epidemiologicznych lub innych ważnych przyczyn, może być okresowo wprowadzony zakaz odwiedzania chorych.
17. Osoby opiekujące się dzieckiem, odwiedzające nie powinni wchodzić na inne sale. Po każdym wyjściu i wejściu na salę powinny zdezynfekować ręce.
18. Pacjenci nie powinni opuszczać oddziału, a opiekunowie przed opuszczeniem oddziału powinni powiadomić personel.
19. Pacjent może opuścić teren Szpitala tylko po uzyskaniu zgody Ordynatora/ Koordynatora danego Oddziału.
20. Korzystanie przez pacjentów z telefonów komórkowych powinno się odbywać w sposób niestwarzający uciążliwości dla innych pacjentów i poza godzinami ciszy nocnej.
21. W miejscach oznaczonych nie należy używać telefonów komórkowych.
22. Obowiązuje zakaz fotografowania i filmowania innych pacjentów.
23. W Szpitalu realizowana jest Polityka Ochrony Środowiska, prosimy o zwrócenie uwagi na segregację odpadów i umieszczanie ich w odpowiednich koszach.
24. W oddziałach funkcjonuje instalacja przyzywowa (dzwonki) prosimy o korzystanie w sytuacjach pilnych, wymagających interwencji personelu medycznego.
25. Pacjent ma możliwość oddania do magazynu szpitalnego za pokwitowaniem odzieży oraz złożyć do depozytu przedmioty wartościowe. Za przedmioty i pieniądze nie przekazane do depozytu Szpital nie ponosi odpowiedzialności.
26. Personel oddziału nie ponosi odpowiedzialności za przedmioty przyniesione na Oddział przez osoby przebywające z dzieckiem.
27. Dzieci przebywające w oddziale mogą posiadać własne zabawki z wyjątkiem zabawek z uciążliwymi efektami dźwiękowymi, będących zagrożeniem bezpieczeństwa dziecka np. posiadające drobne elementy oraz bardzo dużych ograniczających przestrzeń dla innych pacjentów.
28. Wypis ze szpitala następuje:
    - gdy stan zdrowia nie wymaga leczenia szpitalnego,
    - na żądanie rodzica lub przedstawiciela ustawowego dziecka (w przypadku gdy stan zdrowia dziecka wymaga leczenia szpitalnego Dyrektor ds. lecznictwa lub lekarz oddziału może odmówić wypisania do czasu wydania orzeczenia w tej sprawie przez sąd rodzinny).

Załącznik Nr 6
do Regulaminu Organizacyjnego Szpitala Miejskiego św. Jana Pawła II w Elblągu

ZASADY UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ OSOBOM SZCZEGÓLNIE UPRAWNIONYM W SZPITALU MIEJSKIM św. JANA PAWŁA II W ELBLĄGU

1. Prawo do świadczeń poza kolejnością w Szpitalu Miejskim św. Jana Pawła II w Elblągu w dniu zgłoszenia mają:
   1) Zasłużeni Honorowi Dawcy Krwi,
   2) Zasłużeni Dawcy Przeszczepu,
   3) Kombatanci oraz niektóre osoby represjonowane będące ofiarami represji wojennych i okresu powojennego, o których mowa w art. 1-4 ustawy o kombatantach oraz niektórych osobach będących ofiarami represji wojennych i okresu powojennego (j.t. Dz.U. z 2014 poz. 1206 z późn. zm.),
   4) Uprawnieni żołnierze lub pracownicy oraz weterani poszkodowani w zakresie leczenia urazów i chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa.
2. Inwalidzi wojenni i wojskowi oraz kombatanci mają prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej oraz z usług farmaceutycznych udzielanych w aptece.
3. Korzystanie poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej w szpitalu i świadczeń specjalistycznych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej oznacza, że Szpital Miejski św. Jana Pawła II w Elblągu udziela tych świadczeń poza kolejnością przyjęć wynikającą z prowadzonej przez niego listy oczekujących.
4. W przypadku, gdy udzielenie świadczenia nie jest możliwe w dniu zgłoszenia Szpital Miejski św. Jana Pawła II w Elblągu wyznacza inny termin poza kolejnością przyjęć wynikającą z prowadzonej przez niego listy oczekujących. Świadczenie z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej nie może być udzielone w terminie późniejszym niż w ciągu 7 dni roboczych od dnia zgłoszenia.

Podstawa prawna:
Art. 47 c, art. 57 ust. 2 pkt. 10 i 10a, art. 45 ust. 1, art. 46 ust. 1 oraz art. 47 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (j.t. Dz.U. z 2015 poz.581, z późn. zm.).