

REGULAMIN ORGANIZACYJNY

Warmińsko-Mazurskiego Centrum Chorób Płuc w Olsztynie

Rozdział I Postanowienia ogólne

Rozdział II Zarządzanie

Rozdział III Organizacja i zadania jednostek organizacyjnych oraz
zasady współdziałania

Rozdział IV Przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych

Rozdział V Prawa i obowiązki pacjenta

Rozdział VI Postanowienia końcowe

Załączniki

Regulaminy określające organizację i zadania poszczególnych
stanowisk oraz komórek organizacyjnych

OLSZTYN, styczeń 2024

ROZDZIAŁ I

Postanowienia ogólne

§ 1.

Ile kroć w niniejszym regulaminie jest mowa o:

1. „Centrum” lub „W-MCChP w Olsztynie” - rozumie się przez to podmiot leczniczy o nazwie „Warmińsko-Mazurskie Centrum Chorób Płuc w Olsztynie”
2. „Szpitalu” - rozumie się przez to zakład leczniczy, w którym podmiot leczniczy wykonuje działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne szpitalne
3. „Statucie” – rozumie się przez to statut Warmińsko Mazurskiego Centrum Chorób Płuc w Olsztynie
4. „Przychodnia” - rozumie się przez to zakład leczniczy, w którym podmiot leczniczy wykonuje działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne ambulatoryjne świadczenia zdrowotne
5. „Dyrektorze” - rozumie się przez to powołanego przez Zarząd Województwa Warmińsko-Mazurskiego kierownika podmiotu leczniczego
6. „Zastępcy Dyrektora” – rozumie się przez to Zastępców Dyrektora: ds. pielęgniarstwa; ds. medycznych; ds. technicznych oraz ds. ekonomicznych
7. „Regulaminie” – rozumie się przez to Regulamin organizacyjny Warmińsko-Mazurskiego Centrum Chorób Płuc w Olsztynie
8. „Komórce organizacyjnej” – rozumie się przez to oddziały, pracownię, działy, sekcje
9. „Kierowniku Komórki Organizacyjnej” – rozumie się przez to kierowników działów, oddziałów, pracowni i sekcji, a także Ordynatorów i Koordynatorów,
10. „Koordynatorze” – oznacza to osobę odpowiedzialną w danym Oddziale Centrum za jego organizację
11. „Ordynatorze” – rozumie się przez to także Koordynatora, Kierownika Oddziału
12. „Pracowniku” – rozumie się osobę zatrudnioną przez Centrum na podstawie umów uregulowanych w ustawie z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks Pracy oraz osoby świadczące usługi na rzecz Centrum na podstawie umowy cywilnoprawnej, bez względu na podstawę zatrudnienia (umowa o pracę, umowa cywilnoprawna, umowa zlecenie).
13. „Pacjencie” - oznacza to osobę zwracającą się o udzielenie świadczeń zdrowotnych lub korzystającą ze świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych lub osobę wykonującą zawód medyczny.
14. „Lekarzy Dyżurnym: - oznacza to lekarza, który pełni dyżur w komórkach organizacyjnych szpitala poza godzinami normalnej ordynacji.
15. „Pielęgniarki koordynujące” – oznacza to pielęgniarkę oddziałową wyznaczoną na każdym oddziale kierującą oddziałem w powierzonym jej zakresie,
16. „Oddziale” – rozumie się przez to także inne komórki organizacyjne Centrum udzielające świadczeń medycznych (m. in. pracownię, działy diagnostyczne, poradnie)
17. „Podmiocie Tworzącym” – rozumie się przez to Samorząd Województwa Warmińsko – Mazurskiego
18. „Samodzielnym Stanowisku” – rozumie się przez to osobę zajmującą stanowisko podległe bezpośrednio Dyrektorowi

§ 2.

Regulamin określa organizację i funkcjonowanie procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w Warmińsko-Mazurskim Centrum Chorób Płuc w Olsztynie, a w szczególności:

- 1) miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych,
- 2) sposób zarządzania Centrum,
- 3) cele i zadania realizowane przez Centrum,
- 4) strukturę organizacyjną,
- 5) rodzaj prowadzonej działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych,
- 6) organizację, zadania i sposób kierowania poszczególnymi komórkami ~~medycznych i~~ organizacyjnymi oraz warunki współdziałania tych komórek,

- 7) przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych,
- 8) prawa i obowiązki pacjenta,
- 9) obowiązki Centrum w razie śmierci pacjenta oraz wysokość opłat za przechowywanie zwłok Pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny,
- 10) zasady udostępniania dokumentacji medycznej oraz wysokość opłat za jej udostępnianie,
- 11) organizację procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat oraz wysokość opłat,
- 12) warunki współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą.

§ 3.

1. Centrum udziela świadczeń zdrowotnych bezpłatnie, za częściową odpłatnością lub całkowicie odpłatnie, na zasadach określonych w ustawie o działalności leczniczej, ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, przepisach wykonawczych do tych ustaw, innych przepisach odrębnych oraz umowach cywilnoprawnych, a także niniejszym Regulaminie.
2. W Centrum prowadzone są zajęcia dydaktyczne, badawcze, praktyczne oraz staże i praktyki zawodowe związane z kształceniem studentów, kursantów kierunków medycznych i niemedycznych.
3. W przypadku pobierania opłat za udzielanie świadczeń zdrowotnych, wysokość tych opłat ustalana jest w wysokości zgodnej z aktualnym Cennikiem usług medycznych, stanowiącym załącznik nr 42 do niniejszego Regulaminu.
4. Dyrektor, poza cennikiem, o którym mowa w ust. 3, może ustalić zarządzeniem wewnętrznym wysokość opłat za świadczenia udzielane przez Centrum w związku z wykonywaniem lub zamiarem zawarcia umowy z podmiotem trzecim, niebędącym Pacjentem.
5. Centrum nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia.

§ 4.

1. Świadczenia zdrowotne udzielane są wyłącznie przez osoby o odpowiednich uprawnieniach i kwalifikacjach zawodowych oraz spełniające wymagania zdrowotne, określone w odrębnych przepisach.
2. Świadczenia zdrowotne mogą być udzielane w ramach wolontariatu, na zasadach określonych w porozumieniu, o którym mowa w art.44 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 roku o działalności pożytku publicznego i wolontariacie, zawartym z wolontariuszem.

§ 5.

1. W celu zapewnienia właściwego poziomu i jakości świadczeń, bezpieczeństwa pacjentów i pracowników, Dyrektor zatwierdza standardy medyczne i procedury.
2. Kierownicy komórek organizacyjnych odpowiedzialni są za ich przygotowanie, wdrożenie i realizację.

§ 6.

1. Centrum jest podmiotem leczniczym zarejestrowanym w rejestrze stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji oraz samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, prowadzonym przez Sąd Rejonowy w Olsztynie VIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000000456- oraz wpisanym do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Warmińsko-Mazurskiego pod Nr 000000015277.
2. W strukturze organizacyjnej Centrum wyróżnia się następujące zakłady lecznicze:
 - 1) Warmińsko-Mazurskie Centrum Chorób Płuc w Olsztynie Szpital Pulmonologiczny;
 - 2) Warmińsko-Mazurskie Centrum Chorób Płuc w Olsztynie Przychodnia Specjalistyczna;
3. W strukturze organizacyjnej Centrum wyróżnia się następujące jednostki organizacyjne zakładów leczniczych:
 - 1) Szpital,
 - 2) Przychodnia Specjalistyczna
 - 3) Medyczne Laboratorium Diagnostyczne.

4. Podział, o którym mowa w ust. 3, ma znaczenie wyłącznie funkcjonalne; w/w jednostki organizacyjne nie prowadzą odrębnej rachunkowości, nie sporządzają samodzielnie bilansu, nie są wyodrębnione majątkowo i osobowo.
5. Centrum realizuje zadania na potrzeby obronny państwa oraz z zakresu bezpieczeństwa i zarządzania kryzysowego.
6. Siedzibą Centrum jest miasto Olsztyn w Województwie Warmińsko-Mazurskim. Centrum udziela świadczeń zdrowotnych w Olsztynie przy ul. Jagiellońskiej 78, a w ramach akcji promocyjnych Centrum również udziela świadczeń po za siedzibą.

§ 7.

1. Centrum udziela świadczeń zdrowotnych służących zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz podejmuje inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub na podstawie odrębnych przepisów regulujących zasady ich wykonywania.
2. Centrum, w szczególności udziela ambulatoryjnych i szpitalnych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych, związanych z:
 - 1) udzielaniem świadczeń zdrowotnych w warunkach szpitalnych,
 - 2) udzielaniem świadczeń specjalistycznych w warunkach ambulatoryjnych,
 - 3) udzielaniem świadczeń rehabilitacyjnych dziennych,
 - 4) wykonywaniem badań diagnostycznych,
 - 5) udzielaniem świadczeń konsultacyjnych,
 - 6) prowadzeniem działalności profilaktycznej i edukacji zdrowotnej,
 - 7) realizowaniem programów zdrowotnych,
 - 8) realizowaniem programów lekowych,
 - 9) organizowaniem innych form opieki medycznej w sytuacjach klęski żywiołowej, epidemii, katastrof i innych zdarzeń losowych na warunkach określonych odrębnymi przepisami.

§8.

1. Centrum prowadzi działania z zakresu promocji zdrowia, działania umożliwiające poszczególnym osobom i społeczności zwiększenie kontroli nad czynnikami warunkującymi stan zdrowia i przez to jego poprawę, promowanie zdrowego trybu życia oraz indywidualnych i środowiskowych czynników sprzyjających zdrowiu.
2. Centrum uczestniczy w:
 - 1) badaniach naukowych, klinicznych i pracach badawczo-rozwojowych, w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, w tym wdrażaniem nowych technologii medycznych oraz metod leczenia,
 - 2) zadaniach dydaktycznych i badawczych, w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia,
 - 3) przygotowywaniu osób do wykonywania zawodu medycznego i kształceniu osób wykonujących zawód medyczny na zasadach określonych w odrębnych przepisach.
3. Centrum może prowadzić wydzieloną działalność gospodarczą inną niż lecznicza, na zasadach określonych statutem i ustawą.

ROZDZIAŁ II **Zarządzanie Centrum**

§ 9.

1. Dyrektor, przy pomocy swoich Zastępców oraz Kierowników Komórek Organizacyjnych, kieruje Warmińsko-Mazurskim Centrum Chorób Płuc w Olsztynie i reprezentuje go na zewnątrz.
2. Dyrektor jest bezpośrednim przełożonym Zastępców Dyrektora, Kierowników komórek organizacyjnych podległych mu stosownie do postanowień niniejszego Regulaminu oraz Samodzielnych Stanowisk.
3. Zastępcy Dyrektora są bezpośrednimi przełożonymi kierowników Komórek Organizacyjnych podległych mu stosownie do postanowień niniejszego Regulaminu.
4. Kierownicy Komórek Organizacyjnych są bezpośrednimi przełożonymi pracowników tych Komórek.
5. Dyrektor ponosi odpowiedzialność za gospodarkę finansową i zarządzanie Centrum.
6. Zastępcy Dyrektora ponoszą odpowiedzialność wynikającą z ustaw szczególnych oraz niniejszego Regulaminu za gospodarkę finansową Centrum, w szczególności w zakresie podległych im Komórek Organizacyjnych.

7. Samorząd Województwa nawiązuje z Dyrektorem stosunek pracy na podstawie powołania lub umowy o pracę albo zawiera z nim umowę cywilnoprawną.
8. W razie nieobecności Dyrektora jego obowiązki pełni Zastępca Dyrektora ds. medycznych, chyba że Dyrektor wyznaczy inną osobę.
9. Oddziałem/Kliniką/Ośrodkiem/Pracownią Centrum może kierować Ordynator, Koordynator lub Kierownik; jeśli jest to uzasadnione na oddziale może być zatrudniony zastępca Ordynatora oddziału.

§ 10

1. W Centrum działa Rada Społeczna, która jest organem:

- a) inicjującym i opiniodawczym podmiotu tworzącego;
- b) doradczym kierownika.

2. Do zadań Rady Społecznej należy:

- 1) przedstawianie podmiotowi tworzącemu wniosków i opinii w sprawach:
 - a) zbycia aktywów trwałych oraz zakupu lub przyjęcia darowizny nowej aparatury i sprzętu medycznego,
 - b) związanych z przekształceniem lub likwidacją, rozszerzeniem lub ograniczeniem działalności,
 - c) przyznawania kierownikowi nagród,
 - d) rozwiązania stosunku pracy lub umowy cywilnoprawnej z kierownikiem,
- 2) przedstawianie kierownikowi wniosków i opinii w sprawach:
 - a) planu finansowego, w tym planu inwestycyjnego,
 - b) rocznego sprawozdania z planu finansowego, w tym planu inwestycyjnego,
 - c) kredytów bankowych lub dotacji,
 - d) podziału zysku,
 - e) zbycia aktywów trwałych oraz zakupu lub przyjęcia darowizny nowej aparatury i sprzętu medycznego,
 - f) regulaminu organizacyjnego;
- 3) dokonywanie okresowych analiz skarg i wniosków wnoszonych przez pacjentów, z wyłączeniem spraw podlegających nadzorowi medycznemu;
- 4) opiniowanie wniosku w sprawie czasowego zaprzestania działalności leczniczej;
- 5) wykonywanie innych zadań określonych w ustawie i statucie.

§ 11.

Dyrektorowi bezpośrednio podlegają:

- 1) Zastępca Dyrektora ds. medycznych
- 2) Zastępca Dyrektora ds. ekonomicznych - Główny księgowy
- 3) Zastępca Dyrektora ds. technicznych
- 4) Zastępca Dyrektora ds. pielęgniarstwa
- 5) Radca prawny
- 6) Główny Specjalista
- 7) Stanowisko/ Główny Specjalista ds. kontroli, jakości i rozwoju
- 8) Kierownik Sekcji Kadr
- 9) Kierownik Sekcji Organizacji
- 10) Kierownik Sekcji Informatycznej
- 11) Kierownik Działu Obsługi Świadczeń Medycznych
- 12) Specjalista ds. obronnych
- 13) Stanowisko/Stanoiska ds. promocji i programów profilaktycznych
- 14) Specjalista
- 15) Inspektor ochrony przeciwpożarowej
- 16) Inspektor ochrony radiologicznej
- 17) Pełnomocnik ds. pacjenta
- 18) Pełnomocnik ds. informacji niejawnych
- 19) Inspektor Ochrony Danych
- 20) Inspektor/Specjalista ds. bhp
- 21) Kapelan szpitalny

§ 12.

1. Dyrektor wykonując swoją funkcję, zapewnia w szczególności:

- a) właściwą organizację pracy Centrum oraz koordynację bezpośrednio podległych mu na podstawie niniejszego Regulaminu Zastępców, osób zajmujących samodzielne stanowiska oraz Kierowników Komórek Organizacyjnych,
- b) organizację kontroli wykonywania zadań przez bezpośrednio podległych mu na podstawie niniejszego Regulaminu Zastępców, osób zajmujących samodzielne stanowiska oraz Kierowników Komórek Organizacyjnych,
- c) warunki współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji pacjentów oraz ciągłości procesu udzielania świadczeń zdrowotnych,
- d) realizację zadań zleconych przez podmiot tworzący,
- e) udzielanie świadczeń zdrowotnych wyłącznie przez osoby o odpowiednich uprawnieniach i kwalifikacjach zawodowych oraz spełniające wymagania zdrowotne określone odrębnymi przepisami,
- f) sprawowanie bieżącego nadzoru nad wykonywaniem przez Centrum zadań statutowych,
- g) opracowanie planów działania w celu zapewnienia optymalnego rozwoju Centrum,
- h) ochronę mienia Centrum.

2. Do wyłącznych kompetencji Dyrektora należy:

- a) podpisywanie pism i wystąpień do podmiotu tworzącego, organów administracji rządowej oraz innych urzędów i instytucji,
- b) wydawanie wewnętrznych aktów normatywnych,
- c) kierowanie wystąpień do innych jednostek organizacyjnych opieki zdrowotnej i opieki społecznej,
- d) udzielanie odpowiedzi na wnioski, interpelacje posłów, senatorów i radnych,
- e) podpisywanie dokumentów dotyczących zatrudnienia i wynagrodzenia,
- f) podpisywanie dokumentów w sprawach socjalno-bytowych,
- g) zawieranie porozumień i umów związanych z wykonywanymi zadaniami,
- h) podpisywanie protokołów oraz ustaleń z narad ze związkami zawodowymi oraz kierownikami komórek i jednostek organizacyjnych,
- i) podpisywanie pism zastrzeżonych do podpisu Dyrektora na podstawie odrębnych przepisów,
- j) podpisywanie sprawozdań finansowych, oraz udostępnianie sprawozdań i raportów, stosownie do treści art. 53a ust.2 uodl.
- k) udzielenia osobom zatrudnionym w Centrum pełnomocnictw/upoważnień do dokonywania określonych czynności.

§ 13.

Dyrektor wydaje wewnętrzne akty prawne:

- 1) regulaminy,
- 2) zarządzenia,
- 3) instrukcje,
- 4) informacje wewnętrzne,
- 5) standardy i procedury.

§ 14.

Dyrektor:

- a) reprezentuje Centrum jako pracodawcę w rozumieniu przepisów Kodeksu Pracy, podejmuje decyzje w sprawach kadrowych oraz kreuje politykę płacową.
- b) rozpatruje skargi, wnioski i zażalenia pracowników i pacjentów.
- c) zatwierdza strukturę organizacyjną i zadania komórek organizacyjnych Centrum.
- d) sprawuje nadzór nad wykonywaniem zadań przez pracowników bezpośrednio sobie podległych oraz dokonuje oceny ich pracy.
- e) realizuje inne zadania wynikające z obowiązujących przepisów prawa.

§ 15.

1. Zastępcy Dyrektora wykonują zadania wynikające z zakresu powierzonych im obowiązków wynikających ze stosunku pracy, kontraktu, zadań zleconych przez Dyrektora Centrum oraz postanowień niniejszego Regulaminu, a w szczególności:

- a) podejmują w powierzonym zakresie działania zapewniające wykonywanie zadań statutowych,
 - b) koordynują i odpowiadają za działanie podległych im komórek organizacyjnych za działalność zgodną z prawem oraz regulacjami wewnętrznymi Centrum
 - c) organizują i nadzorują wykonywanie zadań przez podległych im Kierowników komórek organizacyjnych,
 - d) wykonują inne zadania zlecone przez Dyrektora,
 - e) współpracują ze sobą i ponoszą, w powierzonym zakresie działania, odpowiedzialność za zasadność i efektywność podejmowanych przedsięwzięć,
 - f) zatwierdzają pod względem merytorycznym dokumenty podległych im Kierowników komórek organizacyjnych, oraz pracowników komórek organizacyjnych, których zatwierdzenie jest niezbędne dla ciągłości funkcjonowania Centrum, w tym między innymi dokumenty finansowe dotyczące powierzonego im zakresu działania i ponoszą w tym zakresie odpowiedzialność
 - g) reprezentują Centrum w powierzonym przez Dyrektora w wyznaczonym zakresie podczas jego nieobecności.
2. Zastępcy Dyrektora upoważnieni są do podejmowania decyzji w zakresie związanym z nadzorem i kierowaniem nad Kierownikami komórek organizacyjnych oraz podległymi im bezpośrednio Komórkami Organizacyjnymi, za wyjątkiem spraw zastrzeżonych do wyłącznej decyzji Dyrektora. Zastępcy Dyrektora ponoszą w tym zakresie odpowiedzialność służbową oraz odpowiedzialność wynikającą z ustaw szczególnych.
 3. Zastępcy Dyrektora przedstawiają Dyrektorowi wnioski w sprawie zatrudnienia, nagradzania oraz karania podległych pracowników komórek organizacyjnych oraz kierowników komórek organizacyjnych.
 4. Zastępcy Dyrektora ponoszą odpowiedzialność za należyte, zgodne z prawem działania własne oraz prawidłowe funkcjonowanie podległych im komórek i pracowników, a w przypadku gdy dojdzie do naruszenia dyscypliny finansów publicznych w powierzonych im zadaniach, ponoszą odpowiedzialność za naruszenie dyscypliny finansów publicznych.
 5. Zastępcy Dyrektora odpowiadają za dokonywanie wydatków zgodnie z planem finansowymi i wykonywaniem terminowo zobowiązań przez podległe im Komórki Organizacyjne Centrum.

§ 16.

1. Zastępcy Dyrektora ds. medycznych podlegają bezpośrednio następujące stanowiska:
 - a) Ordynatorzy, Koordynatorzy, Kierownicy oddziałów szpitalnych
 - b) Kierownicy Ośrodków
 - c) Kierownik (Koordynator) Bloku Operacyjnego
 - d) Kierownik (Koordynator) Izby Przyjęć
 - e) Kierownik Działu Diagnostyki Laboratoryjnej
 - f) Kierownik Apteki,
 - g) Kierownik (Koordynator) Pracowni Diagnostyki Obrazowej
 - h) Kierownik (Koordynator) Pracowni Bronchoskopii
 - i) Kierownik(Koordynator)Pracowni Badań Czynnościowych i Diagnostyki Alergologicznej,
2. Zastępcę Dyrektora ds. medycznych współpracuje z komórkami organizacyjnymi oraz samodzielnymi stanowiskami, w szczególności: z Z-cą Dyrektora ds. ekonomicznych - Głównym księgowym, Z-cą Dyrektora ds. technicznych, Z-ca Dyrektora ds. pielęgniarstwa, Pełnomocnikiem ds. jakości oraz Kierownikiem Działu Analiz i Rozliczeń w zakresie organizacji udzielania i rozliczania świadczeń zdrowotnych.
3. Do zadań Zastępcy Dyrektora ds. medycznych należy w szczególności:
 - 1) nadzór nad wykonywaniem zadań przez podległych mu Kierowników komórek organizacyjnych, aby komórki organizacyjne przez nich zarządzane działały w sposób celowy i oszczędny, z zachowaniem zasady uzyskania najlepszych efektów z danych nakładów oraz w sposób umożliwiający terminową realizację zadań,
 - 2) zapewnienie całodobowej opieki lekarskiej w oddziałach szpitalnych oraz ciągłości pracy izby przyjęć, poradni, laboratorium, pracowni diagnostycznych i apteki
 - 3) zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji pacjentów oraz ciągłości procesu udzielania świadczeń zdrowotnych,

- 4) podejmowanie działań dostosowujących działalność medyczną do funkcjonujących standardów i regulacji prawnych,
- 5) zapewnienie wysokiej jakości oraz sprawności organizacji opieki medycznej,
- 6) planowanie, koordynowanie, kontrolowanie i nadzór nad wykonywaniem zadań przez personel medyczny,
- 7) nadzór nad prowadzeniem dokumentacji medycznej zgodnie z przepisami prawa i przyjętymi procedurami,
- 8) udział w przygotowywaniu umów dotyczących udzielania świadczeń zdrowotnych,
- 9) nadzór nad właściwą realizacją umów przez osoby udzielające świadczeń zdrowotnych na podstawie umów cywilnoprawnych zawieranych w trybie określonym ustawą o działalności leczniczej,
- 10) analiza sprawozdawczości w zakresie realizacji usług medycznych Centrum, wykorzystywania leków, odczynników, środków i sprzętu medycznego,
- 11) zapewnienie funkcjonowania działalności leczniczej w sposób zgodny z obowiązującym prawem, w szczególności:
 - a) dbałość, aby udzielanie świadczeń zdrowotnych odbywało się wyłącznie przez osoby o odpowiednich uprawnieniach i kwalifikacjach zawodowych oraz spełniające wymagania zdrowotne określone odrębnymi przepisami,
 - b) nadzorowanie analizy zgonów,
 - c) udział we wskazanym przez Dyrektora zakresie w postępowaniach o udzielenie zamówienia publicznego z branży medycznej, w tym przygotowanie wymagań sprzętowych (opisu przedmiotu zamówienia, szacowaniu przedmiotu zamówienia) w zakresie sprzętu medycznego,
 - d) podejmowanie działań naprawczych.
- 12) przedstawianie Dyrektorowi wniosków w sprawach:
 - a) zasadności nabycia lub zbycia aparatury lub sprzętu medycznego,
 - b) rozszerzenia lub ograniczenia działalności nadzorowanych komórek organizacyjnych, po uprzedniej konsultacji z kierownikami komórek organizacyjnych, których niniejszy zapis dotyczy.
- 13) nadzór nad przestrzeganiem przez podległych pracowników prawa, wewnętrznych aktów normatywnych (regulaminów, zarządzeń) oraz obowiązujących norm etycznych,
- 14) opracowywanie i nadzór nad wdrażaniem standardów akredytacyjnych w podległych komórkach organizacyjnych,
- 15) czuwanie nad właściwym przygotowaniem oferty konkursowej na świadczenia zdrowotne i monitorowanie realizacji tych świadczeń w poszczególnych miesiącach,
- 16) współpraca z Z-cą Dyrektora ds. ekonomicznych - Głównym księgowym i Kierownikiem Działu Analiz i Rozliczeń w zakresie właściwego rozliczania procedur medycznych oraz obniżenia kosztów diagnostyki i leczenia,
- 17) współpraca z instytucjami zewnętrznymi, w szczególności w zakresie pozyskiwania i kształcenia kadr medycznych, jak również w zakresie zapewnienia ciągłości i kompleksowości leczenia
- 18) współpraca z Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego w zakresie pozyskiwania akredytacji na specjalizacje dla lekarzy oraz nadzór nad procesem kształcenia lekarzy specjalizujących się w Centrum
- 19) współpraca z uczelniami medycznymi, a w szczególności z UWM w Olsztynie w zakresie kształcenia przed- i podyplomowego kadr medycznych w oparciu o bazę Warmińsko-Mazurskiego Centrum Chorób Płuc w Olsztynie.
- 20) wydawanie opinii w sprawie zawierania umów dotyczących badań klinicznych,
- 21) nadzór nad realizacją praw i obowiązków Centrum wynikających z umów dotyczących badań klinicznych, których stroną jest Centrum.
- 22) koordynowanie pracy Przychodni Specjalistycznej,
- 23) wykonywanie innych zadań powierzonych przez Dyrektora Centrum, leżących w zakresie kompetencji Zastępcy.

4. W czasie nieobecności Z-cy Dyrektora ds. medycznych jego obowiązki przejmuje wyznaczony przez niego wcześniej lekarz.

§ 17.

1. Zastępcy Dyrektora ds. ekonomicznych - Głównemu księgowemu podlegają:

- 1) Dział finansowo-księgowy,
- 2) Kierownik Działu Analiz i Rozliczeń.

2. Do zadań Zastępcy Dyrektora ds. ekonomicznych - Głównego księgowego należy w szczególności:

- a) opracowywanie planów finansowych i innych oraz koordynowanie planów finansowych z planami inwestycyjnymi i innymi planami obowiązującymi w Centrum w sposób celowy i oszczędny z zachowaniem zasad uzyskania najlepszych efektów z danych nakładów oraz w sposób umożliwiający terminową realizację zadań,
- b) nadzór nad planowaniem i stopniem realizacji w zakresie nakładów inwestycyjnych zgodnie z obowiązującymi przepisami,
- c) prowadzenie rachunkowości jednostki,
- d) wykonywanie dyspozycji środkami pieniężnymi,
- e) dokonywanie kontroli zgodności operacji gospodarczych i finansowych z prawem oraz planem finansowym,
- f) organizowanie i dokonywanie kontroli wewnętrznej w zakresie kompletności i rzetelności dokumentów dotyczących operacji gospodarczych i finansowych,
- g) opracowywanie zasad (polityki) rachunkowości i przedstawianie ich do zatwierdzenia Dyrektorowi,
- h) racjonalne gospodarowanie środkami przeznaczonymi na wykonywanie zadań wynikających z planu finansowego,
- i) nadzór nad wydatkowaniem środków finansowych zgodnie z ustawą o finansach publicznych i Prawem zamówień publicznych,
- j) koordynacja problematyki finansowo-ekonomicznej komórek organizacyjnych w tym nadzór nad wdrożeniem i monitorowanie budżetowania,
- k) zatwierdzanie harmonogramów inwentaryzacyjnych i nadzór nad terminową realizacją spisów z natury składników majątkowych,
- l) okresowe ustalanie lub sprawdzanie drogą inwentaryzacji rzeczywistego stanu aktywów i pasywów,
- m) dokonywanie wydatków ze środków publicznych zgodnie z planem finansowym.
- n) dokonywanie rocznej analizy ekonomicznej i tematycznych analiz okresowych ze szczególnym uwzględnieniem kosztów według miejsca ich powstawania oraz przedstawianie wniosków wynikających z analiz,
- o) wycena aktywów i pasywów oraz ustalanie wyniku finansowego,
- p) sporządzanie sprawozdań finansowych i innych sprawozdań w zakresie dotyczącym powierzonych zadań oraz terminowe dostarczanie sprawozdań do sądu rejestrowego, rzetelne prowadzenie ksiąg rachunkowych
- q) właściwe gromadzenie i przechowywanie oraz nadzór dowodów księgowych oraz pozostałej dokumentacji wymaganej przepisami ustawy o rachunkowości,
- r) właściwy i terminowy nadzór nad realizacją obowiązków w zakresie prawa podatkowego, w tym w szczególności nad obliczaniem i odprowadzaniem należnych podatków,
- s) inicjowanie zlecenia biegłemu rewidentowi badania bilansu oraz sprawozdania finansowego jednostki,
- t) współpraca z Z-cą Dyrektora ds. medycznych i Z-cą Dyrektora ds. technicznych w zakresie przygotowywania programów i projektów w celu pozyskania dodatkowych środków finansowych,
- u) nadzór nad prawidłowym wydatkowaniem i rozliczaniem dodatkowych, zewnętrznych środków finansowych pochodzących z dotacji i darowizn,
- v) nadzór finansowy nad rozliczaniem prowadzonych badań klinicznych,
- w) nadzór na prawidłowym przeprowadzaniu inwentaryzacji środków trwałych
- x) podejmowane czynności powinny być realizowane w sposób celowy i oszczędny, z zachowaniem zasady uzyskania najlepszych efektów z danych nakładów oraz w sposób umożliwiający terminową realizację zadań,
- y) wykonywanie innych zadań powierzonych przez Dyrektora Centrum, leżących w zakresie kompetencji Zastępcy.

3. W czasie nieobecności Zastępcy Dyrektora ds. ekonomicznych - Głównego księgowego:

- a) Działem finansowo - księgowym kieruje wskazany wcześniej pracownik tego działu,
- b) Kierownik Działu Analiz i Rozliczeń podlega bezpośrednio Dyrektorowi.

1. Zastępcy Dyrektora ds. technicznych podlega:

- a) Kierownik Działu Techniczno-Gospodarczego
- b) Kierownik Sekcji zamówień publicznych

2. Do zadań i odpowiedzialności zastępcy Dyrektora ds. technicznych w szczególności należy:

- a) opracowywanie i aktualizacja planów inwestycyjnych i innych,
- b) koordynacja planowania rzeczowego i ustalanie niezbędnych kosztów oraz nakładów do ich realizacji,
- c) odpowiedzialność za działania podległych mu Kierowników komórek organizacyjnych zgodnie z obowiązującym prawem, a w szczególności z ustawą prawo zamówień publicznych, ustawą prawo budowlane, ustawą o finansach publicznych, ustawą o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych,
- d) nadzór i ponoszenie pełnej odpowiedzialności za celowe, oszczędne, tj. z zachowaniem zasady uzyskania najlepszych efektów z danych nakładów, racjonalne i zgodne z zasadą gospodarności wykorzystanie środków finansowych i zasobów Centrum,
- e) racjonalne gospodarowanie środkami przeznaczonymi na wykonywanie zadań wynikających z planu inwestycyjnego,
- f) nadzór nad prowadzoną działalnością techniczno-gospodarczą,
- g) nadzorowanie realizacji zaopatrzenia i zamówień publicznych Centrum w sprzęt, usługi i inne środki materialne zgodnie z ustawą Prawo zamówień publicznych i ustawy o finansach publicznych,
- h) przygotowywanie opisów przedmiotu zamówienia i jego szacowanie w postępowaniach o udzielanie zamówienia publicznego w zakresie podległych Komórek Organizacyjnych oraz pracowników, w niezbędnym zakresie,
- i) nadzór nad przestrzeganiem prawa i koordynacja działań w zakresie ochrony środowiska,
- j) wnioskowanie, zorganizowanie i prowadzenie inwestycji w zakresie infrastruktury budowlanej, technicznej i sprzętu medycznego,
- k) przygotowanie bądź nadzór nad przygotowaniem oraz gromadzenie i przechowywanie dokumentacji w zakresie realizacji wszystkich inwestycji,
- l) nadzór i odpowiedzialność nad prowadzonymi w Centrum pracami inwestycyjnymi i remontowymi w zakresie ich zgodności, w szczególności z przepisami Prawa budowlanego i wynikających z niego przepisów wykonawczych,
- m) właściwe wykorzystanie i rozliczanie dotacji i innych środków finansowych pozyskanych na różnego typu inwestycje,
- n) wdrażanie wymogów służb nadzoru, szczególnie państwowego inspektora sanitarnego, dozoru technicznego, ochrony środowiska i bezpieczeństwa przeciwpożarowego oraz wynikającymi z innych przepisów prawa, w zakresie swoich kompetencji,
- o) nadzorowanie nad zgodnym z obowiązującym prawem prowadzeniu zagadnień administracyjno-technicznych związanych z umowami dzierżaw (najmu) i sprzedaży obiektów (pomieszczeń) budowlanych, terenu oraz sprzętu technicznego,
- p) współpraca z Z-cą Dyrektora ds. medycznych i Z-cą Dyrektora ds. ekonomicznych - Głównym księgowym, Z-cą Dyrektora ds. pielęgniarstwa w zakresie przygotowywania programów oraz projektów w celu pozyskania dodatkowych środków finansowych
- q) podpisywanie w imieniu Centrum umów dotyczących darowizn na cele niemedyczne oraz nadzór nad wykorzystaniem środków zgodnie z celem określonym w umowie.
- r) wykonywanie innych zadań powierzonych przez Dyrektora Centrum, leżących w zakresie kompetencji Zastępcy.

3. Na czas nieobecności Zastępcy Dyrektora ds. technicznych jego obowiązki przejmuje Kierownik Działu Techniczno-Gospodarczego.

§ 19.

- 1. Zastępca Dyrektora ds. pielęgniarstwa podlega służbowo Dyrektorowi.
- 2. Zastępca Dyrektora ds. pielęgniarstwa ściśle współpracuje z Zastępcą Dyrektora ds. medycznych.
- 3. Zastępcy Dyrektora ds. pielęgniarstwa podlegają bezpośrednio:
 - a) Specjalista ds. epidemiologii

- b) Pielęgniarki oddziałowe
 - c) Pielęgniarki koordynujące
 - d) Dietetyk
 - e) Psycholog
3. W czasie nieobecności Zastępcy Dyrektora ds. pielęgniarstwa jego obowiązki przejmuje Specjalista ds. epidemiologii lub w przypadku jego nieobecności inna wyznaczona wcześniej pielęgniarka.
4. Zastępca Dyrektora ds. pielęgniarstwa współpracuje z Kierownikami komórek organizacyjnych oraz komórkami organizacyjnymi, w tym w szczególności:
- a) Kierownikami komórek organizacyjnych udzielających świadczeń medycznych,
 - b) Kierownikiem Sekcji zamówień publicznych,
 - c) Kierownikiem Działu Techniczno-Gospodarczego,
 - d) Głównym Specjalistą/Pracownikiem zatrudnionym na stanowisku ds. kontroli, jakości i rozwoju,
 - e) Pracownikiem zatrudnionym na stanowisku ds. promocji i programów profilaktycznych
 - f) Kierownikiem Sekcji Organizacji
 - g) Kierownikiem Sekcji Informatycznej
5. Zastępca Dyrektora ds. pielęgniarstwa współpracuje z zewnętrznymi podmiotami m.in. z:
- a) samorządem zawodowym, konsultantami krajowymi i wojewódzkim, towarzystwami naukowymi,
 - b) współpracuje z samorządem terytorialnym, organami administracji rządowej w zakresie polityki zdrowotnej i promocji świadczeń pielęgniarских,
 - c) współpracuje z Dyrektorem, Zastępcami Dyrektora, Radą Społeczną i przedstawicielami poszczególnych zawodów na terenie zakładu,
 - d) tworzy warunki do współdziałania pielęgniarek z innymi profesjami medycznymi.
6. Do zadań Zastępcy Dyrektora ds. pielęgniarstwa należy w szczególności:
- a) współuczestniczenie w określaniu ogólnej misji podmiotu leczniczego oraz precyzowanie misji i funkcji opieki pielęgniarской.
 - b) planowanie, organizowanie, koordynowanie i nadzorowanie opieki pielęgniarской w Centrum,
 - c) określanie zapotrzebowania ilościowego i jakościowego, zgodnego z prawem, na opiekę pielęgniarскую na najwyższym poziomie,
 - d) opracowanie i wdrażanie programów doskonalenia jakości opieki pielęgniarской i procedur z tym związanych,
 - e) opracowanie, opiniowanie opracowanych standardów praktyki zawodowej,
 - f) doskonalenie metod opieki pielęgniarской,
 - g) określenie stanowisk i zakresu kompetencji na poszczególnych stanowiskach, ustalanie zakresów obowiązków, odpowiedzialności i uprawnień personelu pielęgniarского,
 - h) dokonywanie okresowej analizy i oceny wykorzystywania czasu pracy pielęgniarek,
 - i) opracowanie i doskonalenie metod doboru, przyjmowania i wprowadzenia do pracy oraz realizacja programu adaptacji zawodowej pielęgniarek,
 - j) wnioskowanie, opiniowanie awansowania, wynagradzania, nagradzania i karania kadry pielęgniarской i innych podległych sobie pracowników,
 - k) organizowanie szkoleń wewnątrzzakładowych, kierowanie pielęgniarek na szkolenia poza zakładem,
 - l) sprawowanie nadzoru nad dokumentacją pielęgniarскую w zakładzie, współpraca w zakresie jej modyfikacji,
 - m) zatwierdzanie miesięcznych harmonogramów pracy personelu pielęgniarского,
 - n) ocena pracy i kwalifikacji pracowników bezpośrednio podległych oraz uczestniczenie w ocenianiu pośrednio podległych osób,
 - o) współpraca w zakresie promocji zdrowia z Specjalistą/pracownikiem na stanowisku ds. kontroli, jakości i rozwoju,
 - p) uczestniczenie w doskonaleniu zawodowym,
 - q) sprawowanie nadzoru nad:
 - a. realizacją zadań na podległych stanowiskach pracy
 - b. dyscypliną pracy podległego personelu
 - c. rozkładem czasu pracy podległego personelu
 - d. alokacją kadry sprawującej opiekę nad pacjentem dostosowaną do potrzeb
 - e. stanem sanitarno – higienicznym zakładu,
 - r) wykonywanie innych zadań powierzonych przez Dyrektora Centrum, leżących w zakresie kompetencji Zastępcy.
7. Zastępca Dyrektora ds. pielęgniarstwa odpowiada w szczególności za:
- a) właściwe, zgodne z obowiązującym prawem i wysoką jakością opieki pielęgniarской,

- b) prawidłową i ekonomiczną realizację polityki kadrowej w zakresie dotyczącym pielęgniarek,
- c) realizację powierzonych zadań, na mocy poleceń i Dyrektora oraz przepisów niniejszego Regulaminu
- d) organizację i ilościowe oraz jakościowe wyposażenie stanowisk pracy w zakresie podległych komórkach organizacyjnych
- e) wdrażanie programów zwalczania zakażeń szpitalnych.

ROZDZIAŁ III

Organizacja oraz zasady współdziałania

§ 20.

1. W strukturze Warmińsko-Mazurskiego Centrum Chorób Płuc w Olsztynie funkcjonują:
 - 1) Izba Przyjęć,
 - 2) Oddziały szpitalne:
 - Oddział Rehabilitacji Pulmonologicznej z Ośrodkiem Rehabilitacji Diennej
 - Oddział Alergologiczno –Pulmonologiczny
 - Klinika Pulmonologii
 - Oddział Pulmonologiczny z Pododdziałem Gruźlicy
 - Oddział Onkologii z Pododdziałem Chemioterapii
 - Oddział Chirurgii Klatki Piersiowej
 - Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii
 - Oddział Chirurgii Jednego Dnia
 - 3) Blok Operacyjny
 - 4) Pracownie i Działy diagnostyczne:
 - a) Pracownia diagnostyki obrazowej
 - b) Pracownia TK
 - c) Pracownia Bronchoskopii
 - d) Pracownia Badań Czynnościowych i Diagnostyki Alergologicznej
 - e) Dział Diagnostyki Laboratoryjnej,
 - b) Bank krwi,
 - 5) Apteka Szpitalna
 - 6) Poradnia Domowego Leczenia Tlenem
 - 7) Warmińsko – Mazurski Ośrodek diagnozowania i leczenia rzadkich chorób układu oddechowego Ośrodkiem zaburzeń oddychania podczas snu
 - 8) Przychodnia Specjalistyczna, w której skład wchodzi:
 - Poradnia pulmonologiczna
 - Poradnia chirurgii klatki piersiowej
 - Poradnia diagnostyki i leczenia bezdechu sennego
 - Poradnia onkologiczna
 - Poradnia alergologiczna
 - Poradnia otolaryngologiczna
 - 9) Gabinet diagnostyczno - zabiegowy AOS
 - 10) Komórki organizacyjne:
 - Dział Finansowo–Księgowy
 - Dział Techniczno-Gospodarczy
 - Dział Analiz i Rozliczeń
 - Sekcja Zamówień Publicznych
 - Sekcja Kadr
 - Sekcja Organizacji
 - Sekcja Informatyczna
 - Dział Obsługi Świadczeń Medycznych
 - 11) Stanowiska samodzielne podległe Dyrektorowi:
 - Radca prawny
 - Główny Specjalista
 - Stanowisko/Specjalista ds. kontroli, jakości i rozwoju
 - Specjalista ds. obronnych
 - Specjalista
 - Stanowisko/Stanowiska/Specjalista ds. promocji i programów profilaktycznych
 - Inspektor ochrony przeciwpożarowej

- Inspektor ochrony radiologicznej
- Pełnomocnik ds. informacji niejawnych
- Pełnomocnik ds. pacjenta
- Specjalista ds. bhp
- Inspektor ds. ppoż
- Inspektor Ochrony Danych
- Kapelan szpitalny

12) Pozostałe samodzielne stanowiska:

- Specjalista ds. epidemiologii
- Dietetyk
- Psycholog

2. Dodatkowo w Centrum jest pracownik, który wykonuje zadania w zakresie pomocy socjalnej pacjentom polegające na:

- a) rozpoznaniu sytuacji pacjenta celem określenia sposobu i rodzaju pomocy,
- b) zaplanowaniu form pomocy,
- c) udzielaniu informacji, wskazówek w zakresie rozwiązywania spraw życiowych
- d) pacjentom,
- e) skutecznym posługiwaniu się przepisami prawa w realizacji zadań,
- f) współpracy z innymi specjalistami i instytucjami, celem skutecznego udzielania pomocy,
- g) kierowaniu się zasadą dobra pacjenta z poszanowaniem jego godności i prawa do samostanowienia,
- h) zachowaniu w tajemnicy wszelkich informacji uzyskanych przy wykonywaniu lub w związku z wykonywaniem czynności zawodowych oraz ochrona danych osobowych pacjentów, zgodnie z obowiązującymi przepisami,
- i) współpracy z oddziałami, instytucjami oraz różnymi specjalistami w zakresie daleko idącej profesjonalnej pomocy socjalnej pacjentom,
- j) pomoc w ubezpieczeniu pacjentów w przypadku braku ubezpieczenia,
- k) zgłaszanie do umieszczania pacjentów w DPS i ZOL.
- l) przyspieszanie bądź zgłaszanie umieszczenia pacjenta w Hospicjach stacjonarnych na prośbę lekarzy i oddziałowych,
- m) zgłaszanie pacjentów do opieki paliatywnej – domowej, opieki społecznej,
- n) pomoc pacjentom w uzyskaniu rent – współpraca z ZUS i KRUS,
- o) pomoc w uzyskaniu w orzeczenia o stopniu niepełnosprawności,
- p) przeprowadzanie wywiadów środowiskowych,
- q) zgłaszanie bezdomnego pacjenta do pochówku odpowiednim organom,
- r) pomoc w uzyskiwaniu zasiłków pieniężnych stałych oraz celowych z MOPS/GOPS,
- s) pomoc w organizowaniu pacjentom samotnym bądź pozostawionych przez rodziny opieki poszpitalnej w domu,
- t) wsparcie i informacja dla rodzin pacjentów o możliwości korzystania z różnych form pomocy w różnych instytucjach,
- u) współpraca z organami Policji w temacie zgłaszania np.: kradzieży dokumentów,
- v) współpraca z bankami w zakresie skradzionych kart, założenia konta, bądź przekierowania pieniędzy pacjentów na adres Centrum w przypadku długotrwałego pobytu pacjenta.

3. Ponadto w strukturze Centrum działają, powoływane na stałe lub okresowo, komitety i zespoły (komisje) problemowe, takie jak Komitet Jakości, Komitet Terapeutyczny, Komitet ds. zakażeń szpitalnych i inne. Skład i zakres ich zadań określa Dyrektor w drodze zarządzeń. Działanie komitetów (zespołów, komisji) ma charakter doradczy i opiniotwórczy, polegający na kolektywnym analizowaniu spraw, dokonywaniu ustaleń oraz formułowaniu wniosków i propozycji.

4. Organizację Centrum przedstawia schemat organizacyjny - Załącznik nr 44
5. Organizację i zadania poszczególnych stanowisk oraz komórek organizacyjnych określają regulaminy stanowiące załączniki do niniejszego regulaminu.
6. Wszystkie w/w komórki są zobowiązane do współpracy i udzielania sobie nawzajem potrzebnych informacji w celu zapewnienia prawidłowego i efektywnego funkcjonowania Centrum pod względem diagnostyczno-leczniczym, pielęgnacyjnym, rehabilitacyjnym, administracyjno-gospodarczym oraz formalno-prawnym.

1. Szczegółowe obowiązki i odpowiedzialność pracowników Centrum określają ich zakresy czynności przechowywane w aktach osobowych.
2. Kierownicy Komórek Organizacyjnych są zobowiązani do opracowywania zakresów czynności, obowiązków i odpowiedzialności podległych im pracowników i przedkładania ich propozycji Dyrektorowi.
3. Kierownicy Komórek Organizacyjnych są zobowiązani do uprzedniego wyznaczenia zastępcy na wypadek swojej nieobecności w pracy.
4. Pracownicy zatrudnieni na samodzielnych stanowiskach pracy uzgadniają każdorazowo (w razie swojej nieobecności) swoje zastępstwo z Dyrektorem.
5. Kierownicy Komórek Organizacyjnych ponoszą odpowiedzialność za prawidłowe funkcjonowanie podległych Komórek Organizacyjnych, w tym w szczególności w zakresie zgodności podejmowanych czynności z obowiązującym prawem, regulacjami wewnętrznymi, poleceniami Dyrekcji oraz terminami wynikającymi m. in. z obowiązującego prawa lub wewnętrznych regulacji Centrum.
6. Kierownicy Komórek Organizacyjnych są odpowiedzialni i zobowiązani do kontroli podległych im pracowników, zwłaszcza pod względem:
 - 1) efektywności, gospodarności, racjonalności i ekonomicznego działania,
 - 2) zgodności podejmowanych działań z przepisami prawa,
 - 3) korzystania z mienia Centrum zgodnie z przeznaczeniem,
 - 4) dbałości o powierzony sprzęt i środki oraz należyte ich zabezpieczenie.
7. W przypadku uszkodzenia mienia Centrum, Kierownik komórki organizacyjnej lub osoba odpowiedzialna za uszkodzone mienie sporządza w trybie natychmiastowym protokół zaistniałego zdarzenia i przekazuje go niezwłocznie Kierownikowi Działu Techniczno-Gospodarczego Centrum.
8. W zakresie swych zadań Kierownicy komórek organizacyjnych:
 - 1) udzielają informacji podległym pracownikom,
 - 2) w razie nieobecności podległego pracownika ustalają zastępstwo,
 - 3) dbają o podnoszenie kwalifikacji pracowników,
 - 4) wydają i egzekwują wykonywanie poleceń służbowych,
 - 5) wnioskuje, stosownie do podległości służbowej, do Dyrektora lub Zastępcy Dyrektora, o wyciągnięcie konsekwencji wobec pracowników, którzy dopuszczają się uchybień w pracy; w razie stwierdzenia nadużyć powiadamiają o tym fakcie przełożonego Dyrektora lub Zastępcy Dyrektora oraz zabezpieczają dowody,
 - 6) dokonują okresowych ocen pracy podległych im pracowników,
 - 7) dbają o przestrzeganie przez podległych im pracowników przepisów prawa oraz innych wewnętrznych aktów prawnych,
 - 8) przedstawiają, stosownie do podległości służbowej, Dyrektorowi lub Zastępcy Dyrektora, wnioski w sprawie zatrudniania, nagradzania lub karania podległych pracowników.

ROZDZIAŁ IV

Przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych

§ 22.

Zakres udzielanych świadczeń

1. Świadczenia zdrowotne udzielane są w zakresie:
 - 1) Stacjonarne całodobowe świadczenia zdrowotne szpitalne udzielane są pacjentom w oddziałach szpitalnych:
 - 1) Oddziale Rehabilitacji Pulmonologicznej z Ośrodkiem Rehabilitacji Diennej
 - 2) Oddziale Alergologiczno – Pulmonologicznym
 - 3) Klinice Pulmonologii
 - 4) Oddziale Pulmonologicznym z Pododdziałem Gruźlicy
 - 5) Oddziale Onkologii z Pododdziałem Chemioterapii
 - 6) Oddziale Chirurgii Klatki Piersiowej
 - 7) Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii
 - 8) Oddziale Chirurgii Dnia
 - 9) Bloku operacyjnym
 - 2) Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne wykonywane są w:
 - 1) Przychodni Specjalistycznej:
 - Poradni pulmonologicznej

- Poradni chirurgii klatki piersiowej
 - Poradni diagnostyki i leczenia bezdechu sennego
 - Poradni alergologicznej
 - Poradni onkologicznej
 - Poradni otolaryngologicznej
 - Gabinetie diagnostyczno-zabiegowym AOS
- 3) Poradnia domowego leczenia tlenem
- 4) W szpitalu wykonywane są świadczenia diagnostyczne w:
- 1) Pracowni Diagnostyki Obrazowej
 - 2) Dziale Diagnostyki Laboratoryjnej
 - 3) Pracowni Bronchoskopii
 - 4) Pracowni Badań Czynnościowych i Diagnostyki Alergologicznej

§ 23

Zasady udzielania świadczeń.

Przyjęcie do szpitala odbywa się całodobowo na zasadach określonych w ogólnie obowiązujących przepisach, z zachowaniem poniższych reguł:

- 1) pacjenta do oddziału przyjmuje się każdego dnia i o każdej porze na podstawie decyzji Ordynatora, Koordynatora, Kierownika oddziału lub jego zastępcy, a poza godzinami normalnej ordynacji, lekarza dyżurnego – w przypadkach medycznie uzasadnionych,
- 2) o przyjęciu do szpitala osoby zgłaszającej się lub skierowanej przez lekarza albo uprawnioną instytucję decyduje lekarz wyznaczony do tych czynności, po zapoznaniu się ze stanem zdrowia i uzyskaniu zgody tej osoby, jej opiekuna prawnego lub przedstawiciela ustawowego, chyba, że na mocy odrębnych przepisów możliwe jest przyjęcie do szpitala bez wyrażenia zgody,
- 3) jeżeli na skutek braku miejsc, zakresu udzielanych świadczeń lub względów epidemiologicznych, pacjent skierowany do leczenia szpitalnego nie może zostać przez szpital przyjęty, szpital, po udzieleniu niezbędnej pomocy medycznej, po uprzednim uzgodnieniu miejsca, kieruje pacjenta do innego podmiotu leczniczego.

§ 24.

Kolejność udzielania świadczeń.

1. Lista oczekujących prowadzona jest w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do doświadczeń opieki zdrowotnej.
2. Zapisy na liście prowadzone są zgodnie z kryteriami medycznymi określonymi w przepisach Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 roku w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej.
3. Kwalifikacja pacjentów według kategorii medycznych, polega na tym, że na listach oczekujących umieszczani są pacjenci zaliczani do kategorii medycznej „Przypadek pilny” oraz „Przypadek stabilny”. Określenie kategorii medycznej ma wpływ na termin realizacji świadczenia.
4. Umieszczenie pacjenta na liście oczekujących następuje zgodnie z poniższymi kryteriami medycznymi opartymi na aktualnej wiedzy medycznej:
 - a) stanem zdrowia pacjenta;
 - b) rokowaniami co do dalszego przebiegu choroby;
 - c) chorobami współistniejącymi mającymi wpływ na chorobę, z powodu której ma być udzielone świadczenie;
 - d) zagrożeniem wystąpienia, utrwalenia lub pogłębienia niepełnosprawności.
5. Zasady wpisywania pacjentów na listy oczekujących:
 - 1) Wpisanie pacjenta na listę oczekujących następuje na bieżąco w dniu zgłoszenia.
 - 2) Zgłoszenia przyjmowane są w dniach i godzinach pracy oddziału szpitalnego i Przychodni specjalistycznej.
 - 3) Zgłoszenia osobiste odbywają się w następujący sposób:
 - a. pacjenci wpisywani są na listę oczekujących według kolejności zgłoszeń, zgodnie z określoną kategorią medyczną. Lekarz potwierdza kategorię medyczną (przypadek pilny, przypadek stabilny), wskazaną na skierowaniu wystawionym przez lekarza kierującego lub sam kwalifikuje pacjenta do odpowiedniej kategorii medycznej.

- b. Wpisanie pacjenta na listę oczekujących następuje po stwierdzeniu, że posiada wymagane skierowanie na świadczenie danego rodzaju.
- 4) Zmiana terminu udzielenia świadczenia musi być odnotowana na liście oczekujących z podaniem powodu zmiany terminu udzielenia świadczenia.
 - 5) Termin wizyty pierwszorazowej, który wybiera pacjent, inny niż pierwszy wolny termin oznaczany jest jako „Termin na życzenie pacjenta”.
 - 6) Pacjenci objęci kontynuacją leczenia nie są umieszczani na listach oczekujących. W stanach nagłych świadczenia są udzielane pacjentowi niezwłocznie.
 - 7) W razie zmiany stanu zdrowia, wskazującej na potrzebę udzielenia świadczenia w terminie wcześniejszym, niż pierwotnie ustalony, dokonuje się niezwłocznie korekty terminu udzielenia świadczenia i informuje pacjenta o nowym terminie.
 - 8) Podstawą przesunięcia na liście jest zaświadczenie lekarskie, adnotacja lekarza kierującego na skierowaniu lub kwalifikacja przez lekarza Centrum przy zgłoszeniu osobistym.
6. W razie wystąpienia okoliczności, które uniemożliwiają zachowanie terminu wynikającego z listy oczekujących, właściwa komórka organizacyjna Centrum (oddział szpitalny, poradnia specjalistyczna ds..) jest zobowiązana poinformować o tym fakcie pacjentów, w każdy dostępny sposób, podając nowy numer na liście oczekujących. Data i przyczyna zmiany podlega odnotowaniu na liście oczekujących.
7. W przypadku, gdy pacjent nie może stawić się w wyznaczonym terminie z powodów osobistych lub medycznych, lub gdy zrezygnował ze świadczenia, jest on zobowiązany niezwłocznie powiadomić o tym właściwą komórkę organizacyjną Centrum (sekretariat oddziału szpitalnego, rejestrację poradni specjalistycznych ds. itp.). Na liście oczekujących dokonuje się zmiany planowanego terminu udzielenia świadczenia oraz wpisuje się przyczynę tej zmiany.
8. W przypadku, kiedy pacjent nie stawia się w wyznaczonym dniu bez powiadomienia, zostaje skreślony z listy. Osoba dokonująca skreślenia odnotowuje na liście datę i przyczynę skreślenia. Skreślenia dokonuje się również na wniosek pacjenta, a także w momencie rozpoczęcia udzielenia świadczenia.
9. Wolne terminy na liście oczekujących przeznaczane są na przyspieszenie terminów realizacji świadczeń na rzecz pacjentów, którzy wyrażą zgodę na zmianę terminu, po zawiadomieniu ich o takiej możliwości. W pierwszej kolejności zawiadamia się pacjentów czekających najdłużej. W przypadku braku możliwości skontaktowania się z Pacjentem, który wyraża zgodę na zmianę terminu, zawiadamiany jest następny z takich Pacjentów według kolejności.
10. Centrum umożliwia pacjentom umawianie się na wizyty drogą elektroniczną, możliwość monitorowania statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamianie o terminie udzielenia świadczenia.

§ 25.

Przyjęcie pacjentów do szpitala.

1. Każdy pacjent podlega wstępnemu badaniu medycznemu, wykonywanemu przez lekarza, celem ustalenia kolejności świadczeń zdrowotnych w szpitalu.
2. W Izbie Przyjęć udziela się świadczeń w trybie planowym, nagłym oraz w razie wypadku masowego.
3. Przyjęcia planowe odbywają się w Izbie Przyjęć w godzinach 7⁰⁰ - 13⁰⁰, za wyjątkiem Ośrodka zaburzeń oddychania podczas snu, gdzie przyjęcia planowe mogą odbywać się do godziny 20⁰⁰:
 - a) pacjent przyjmowany w trybie planowym zgłasza się w wyznaczonym terminie ze skierowaniem do szpitala, aktualnymi badaniami i inną dokumentacją leczenia oraz kompletem wymaganych dokumentów potwierdzających tożsamość
 - b) pacjentom zgłaszającym się do Izby Przyjęć ze skierowaniem do Oddziału Onkologii z Pododdziałem Chemioterapii w celu zakwalifikowania do przyjęcia wykonuje się niezbędne badania diagnostyczne – laboratoryjne.
4. Przyjęcia w trybie nagłym odbywają się całodobowo:
 - a) przez przyjęcie w trybie nagłym należy rozumieć zgłoszenie się pacjenta z nagłym pogorszeniem stanu zdrowia, kierowanego przez lekarzy POZ, poradni specjalistycznych lub przywożonych przez ZRM,
 - b) pacjenci w trybie nagłym przyjmowani są w pierwszej kolejności przed pacjentami planowymi,
 - c) jeżeli z rozpoznania wstępnego wynikają bezwzględnie wskazania do natychmiastowego leczenia szpitalnego, lekarz wydaje konieczne zlecenia

diagnostyczne i lecznicze, a następnie pacjent jest transportowany do właściwego oddziału,

- d) w sytuacji kiedy nie ma bezpośredniego zagrożenia życia, po zbadaniu przez lekarza dyżurnego izby przyjęć podaje się niezbędne leki, wykonuje niezbędne badania diagnostyczne, konsultacje specjalistyczne, a następnie podejmuje się decyzję o dalszym postępowaniu: odmowie przyjęcia, przyjęciu do oddziału, przekazaniu do innej placówki lub umówieniu na termin planowy.
5. W chwili ogłoszenia przez lekarza izby przyjęć wypadku masowego /wypadek z jednoczesnym transportem do szpitala 4 i więcej osób w stanie zagrożenia życia i zdrowia, działalność całego szpitala jest ukierunkowana na pomoc poszkodowanym zgodnie z zasadą "zrobić jak najwięcej dla jak największej liczby poszkodowanych" z wykorzystaniem zasobów placówki oraz przy współpracy instytucji zewnętrznych.

§ 26.

Rzeczy osobiste i odzież pacjenta

1. Pacjent zgłaszający się do szpitala swoje rzeczy osobiste i odzież może przekazać towarzyszącym członkom rodziny lub upoważnionym osobom.
2. Odzież pozostawiona w szpitalu może być przechowywana w magazynie odzieży chorych.
3. Pieniądze i kosztowności pacjent może przekazać do depozytu szpitala.
4. Szpital nie odpowiada za rzeczy pozostawione w szpitalu i niezadeklarowane do przechowywania.
5. Przedmioty wartościowe znalezione przy pacjencie nieprzetrzymnym - w przypadku braku możliwości przekazania ich osobie bliskiej - zabezpiecza personel szpitala zgodnie z opisaną w odrębnych dokumentach procedurą.

§27.

Tożsamość pacjenta

1. Tożsamość pacjentów przyjmowanych do szpitala ustalona jest na podstawie dowodu osobistego lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość.
2. Pacjenci szpitala są zaopatrywani w znaki identyfikacyjne.
3. Znak identyfikacyjny zawiera informacje pozwalające na ustalenie imienia i nazwiska oraz daty urodzenia pacjenta w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta przez osoby nieuprawnione.

§28.

Zawiadomienie członków rodziny o przyjęciu pacjenta bez ich wiedzy.

1. Lekarz Izby Przyjęć, lekarz dyżurny Izby Przyjęć lub lekarz właściwego oddziału postanawia o zawiadomieniu członków rodziny, przedstawiciela ustawowego lub opiekunów faktycznych pacjenta o:
 - 1) przyjęciu bez ich wiedzy do szpitala pacjenta nieprzytomnego,
 - 2) przyjęciu pacjenta w przypadku nagłym i ciężkim albo o znacznym pogorszeniu się zdrowia pacjenta lub o jego zgonie,
 - 3) przeniesieniu pacjenta do innego podmiotu leczniczego z podaniem jego dokładnego adresu.
2. Zawiadomień, o których mowa w ust. 1, nie dokonuje się, jeżeli pacjent złoży takie zastrzeżenie.
3. Zawiadomienia, o którym mowa w ust.1, na zlecenie lekarza dokonuje pielęgniarka Izby Przyjęć lub oddziału.

§ 29.

Zawiadamianie Policji

1. Lekarz Izby Przyjęć lub Lekarz dyżurny jest obowiązany zgłosić, na podany przez jednostkę Policji numer telefonu, numer faksu lub adres poczty elektronicznej, fakt:
 - 1) przyjęcia pacjenta małoletniego, z którego przedstawicielem ustawowym albo opiekunem faktycznym nie można się skontaktować - nie później niż w okresie 4 godzin od przyjęcia;
 - 2) przyjęcia albo zgonu pacjenta, którego tożsamości nie można ustalić albo potwierdzić na podstawie dokumentów stwierdzających tożsamość - nie później niż w okresie 8 godzin odpowiednio od przyjęcia albo zgonu.

- 3) przyjęcia osoby zaginionej w rozds.eniu art. 14 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 6 kwietnia 1990 roku o Policji.
7. W każdym przypadku zgłoszenia się do szpitala i przyjęcia pacjenta o nieznanych danych osobowych, z chorobą lub obrażeniami ciała mogącymi być skutkiem działania przestępczego lekarz dyżurny izby przyjęć powiadamia policję.

§ 30.

Przekazanie na oddział

Po wyrażeniu pisemnej zgody na hospitalizację i leczenie (o ile może wyrazić świadome zgody) pacjent powinien być odprowadzony lub przetransportowany do właściwego oddziału wraz z założoną dokumentacją medyczną chyba, że stan kliniczny wymaga pilnego transportu do oddziału, dokumentację dostarcza się w późniejszym terminie,

§ 31.

Organizacja procesu udzielania świadczeń w oddziale

Pacjent zostaje przyjęty do oddziału przez pielęgniarkę, która zapoznaje pacjenta z topografią oddziału i kartą praw pacjenta, a także odnotowuje przyjęcie pacjenta w dokumentacji medycznej.

§ 32.

Planowanie procesu leczenia i ustalanie planu opieki

1. Badanie i zebranie informacji w celu ustalenia rozpoznania, ustalenia wstępnego procesu leczenia i procesu pielęgnowania powinno być przeprowadzone bezpośrednio po przyjęciu do oddziału z zachowaniem zasad prywatności.
2. Plan postępowania i opieki nad pacjentem jest opracowany w ciągu 24 godzin od przyjęcia i modyfikowany w zależności od potrzeb, zaś pacjent zostaje poinformowany o głównych założeniach planu oraz o osobach sprawiających nad nim opiekę. Pacjent jest informowany w sposób zrozumiały o stanie zdrowia, celu i sposobie wykonywania procedur, związanych z nim zmianach oraz o możliwościach alternatywnego postępowania diagnostycznego i terapeutycznego.

§ 33.

Uzyskiwanie dodatkowej zgody pacjenta

1. Lekarz może zastosować metodę leczenia lub diagnostyki stwarzającej ryzyko dla pacjenta po uzyskaniu jego pisemnej zgody.
2. Przed wyrażeniem zgody przez pacjenta lekarz jest zobowiązany do przekazania mu w sposób przystępny i zrozumiały wyczerpujących informacji o celu, sposobie przeprowadzenia i możliwych powikłaniach danego zabiegu/badania oraz alternatywnych metodach postępowania.
3. Pielęgniarka, lekarz uzyskuje pisemną zgodę pacjenta na obecność i udział w procesie diagnostyczno- leczniczym studentów kierunków medycznych oraz innych osób przygotowujących się do wykonywania zawodu medycznego.
4. Wykaz procedur medycznych wymagających dodatkowej zgody pacjenta zatwierdza Zastępcs.Dyrektora ds. medycznych.
5. Wykaz znajduje się w katalogu standardów i procedur i jest uaktualniany w zależności od zakresu i rodzaju wykonywanych świadczeń medycznych.
6. Sposób postępowania oraz zasady wykonywania procedur medycznych o podwyższonym ryzyku bez zgody pacjenta lub w przypadku niemożności jej uzyskania reguluje w szczególności ustawa o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta.

§ 34.

Informacje o stanie zdrowia

1. Lekarz leczący ma obowiązek udzielić pacjentowi, w tym pacjentowi małoletniemu, który ukończył 16 lat lub jego przedstawicielowi ustawowemu informacji o rozpoznaniu, stanie zdrowia, proponowanych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się

- przewidzieć następstwach ich zastosowania lub zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. Informacje powinny być przekazywane z taktem i w sposób zrozumiały.
2. Lekarz może udzielać informacji innym osobom tylko za zgodą pacjenta. Pacjent przyjmowany do szpitala podaje w formie pisemnej dane osoby, którą upoważnia do uzyskiwania informacji o swoim stanie zdrowia i dostępie do dokumentacji medycznej. Informacje te zawarte są w historii choroby.
 3. W sytuacjach, jeśli rokowanie jest niepomyślne, lekarz może ograniczyć informacje o stanie zdrowia i rokowaniu w przypadku:
 - 1) gdy pacjent wyraźnie i świadomie sobie tego życzy,
 - 2) jeżeli wg oceny lekarza przemawia za tym dobro pacjenta.
 4. Informacji o stanie zdrowia pacjenta udzielają wyłącznie: Ordynatorzy, lekarze prowadzący lub lekarze dyżurni, w ustalonych godzinach.
 5. W przypadkach szczególnie uzasadnionych informacje udzielane są w każdym czasie.
 6. Dopuszcza się powiadamianie telefoniczne o stanie zdrowia Pacjenta po uprzednim zweryfikowaniu osoby dzwoniącej w przyjęty w Centrum sposób.
 7. Pielęgniarki mogą udzielać informacji wyłącznie dotyczących opieki pielęgniarskiej.

§ 35.

Zasady przeprowadzania specjalistycznych konsultacji lekarskich

1. Decyzję o konsultacji podejmuje lekarz leczący, który:
 - 1) zakłada kartę konsultacji specjalistycznych,
 - 2) informuje pacjenta o konieczności konsultacji.
2. Lekarz prowadzący lub upoważniona przez niego osoba uzgadnia telefonicznie termin konsultacji.
3. Przy zgłaszaniu konsultacji obowiązuje podanie nazwy szpitala, oddziału, danych pacjenta, celu oraz trybu konsultacji /pilny, planowy/.
4. Kartę konsultacji specjalistycznej wypełnia lekarz konsultujący i jest ona włączana do indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta. W przypadku konsultacji odbywających się w Centrum, karta konsultacji ma wyłącznie postać elektroniczną.
5. Decyzję o wdrożeniu zaleceń konsultanta podejmuje lekarz prowadzący.

§ 36.

Zasady odwiedzin

1. Odwiedziny pacjentów odbywają się codziennie. Odwiedziny nie mogą zakłócać procesu leczniczo-pielęgniacyjnego pacjentów. W przypadku wykonywani na Sali chorych czynności leczniczo-pielęgniacyjnych osoby odwiedzające proszone są o opuszczenie sali na czas trwania tych czynności.
2. Odwiedzanie pacjentów może być wstrzymane decyzją Dyrektora lub Zs.y Dyrektora ds. medycznych z powodu zagrożenia epidemiologicznego oraz z innych ważnych przyczyn.
3. Pacjenta mogą odwiedzać jednocześnie 2 osoby.
4. Nie zaleca się odwiedzin dzieciom poniżej 10 roku życia, ze względu na ich bezpieczeństwo zdrowotne.
5. Odwiedzających obowiązuje zachowanie ciszy i spokoju oraz zakaz wnoszenia na teren szpitala napojów alkoholowych oraz środków odurzających.
6. W przypadku izolacji pacjenta, na polecenie personelu oddziału, osoby odwiedzające mają obowiązek założyć odzież ochronną (fartuch, maska).

§ 37.

Przeniesienie pacjenta

1. Przekazanie pacjenta na inny oddział odbywa się ze wskazań medycznych i organizacyjnych, po uzyskaniu zgody pacjenta oraz akceptacji Zass.pcy Dyrektora ds. medycznych.
2. Przeniesienie pacjenta na inny oddział w ramach pobytu w szpitalu poprzedzone jest uzgodnieniem terminu z ordynatorem lub upoważnionym przez niego lekarzem.
3. Lekarz z oddziału, z którego pacjent jest przenoszony, sporządza wypis z oddziału. Zakończoną historię przekazuje się do Działu Analiz i Rozliczeń.
4. Pielęgniarka oddziałowa powiadamia o wypisie i przeniesieniu pacjenta Izbę Przyjęć oraz Dział Analiz i Rozliczeń. Izba Przyjęć zakłada nową historię choroby z tym samym numerem Księgi Głównej i z danymi oddziału na który pacjent został przeniesiony.

5. Lekarz prowadzący lub pielęgniarka informują rodzinę chorego o decyzji przeniesienia na inny oddział.

§ 38.

1. Przekazanie pacjenta do innego podmiotu leczniczego celem dalszej opieki wymaga wystawienia skierowania oraz uzgodnienia miejsca z Ordynatorem lub lekarzem dyżurnym.
2. Ordynator/Koordinator lub lekarz dyżurny przekazujący pacjenta do innego zakładu dokonuje adnotacji w historii choroby, do jakiej placówki został pacjent przekazany i z kim zostało ustalone przyjęcie.
3. Wraz z pacjentem przekazuje się kartę informacyjną leczenia szpitalnego.
4. Zakończoną historię przekazuje się do pracownika Działu Analiz i Rozliczeń.
5. O przekazaniu pacjenta do innej placówki lekarz prowadzący lub lekarz dyżurny powiadamia niezwłocznie rodzinę lub przedstawiciela ustawowego.
6. Transport pacjentów przy planowym przekazaniu pacjenta do innego podmiotu leczniczego odbywa się w godz. 7⁰⁰ – 15⁰⁰.
7. Transport pacjentów wymagających natychmiastowego przekazania do innego podmiotu leczniczego odbywa się transportem medycznym.
8. Decyzję o rodzaju wymaganego środka transportu podejmuje lekarz prowadzący, Ordynator, a w przypadku transportu poza granice Olsztyna – wymagana jest pisemna zgoda Zastępcy Dyrektora ds. medycznych lub Lekarza dyżurnego Izby Przyjęć po godzinach normalnej ordynacji Szpitala.

§ 39.

Dyżury lekarskie:

1. Dyżury lekarskie w oddziałach szpitalnych, Izbie Przyjęć i Bloku Operacyjnym odbywają się na podstawie harmonogramu dyżurów lekarskich, sporządzanego do dnia 20 miesiąca poprzedzającego miesiąc objęty harmonogramem.
2. Obowiązek opieki lekarskiej poza normalną ordynacją szpitala rozpoczyna się w dni powszednie o godz. 15⁰⁰ i kończy o godz. 7²⁵ dnia następnego, a w soboty, niedziele i święta w godz. od 7²⁵ do 7²⁵ dnia następnego.
3. Realizacja zadań wynikających z umowy kończy się po rozpoczęciu normalnej ordynacji lekarskiej w oddziale, a w soboty, niedziele i święta po zgłoszeniu się lekarza przejmującego opiekę lekarską nad pacjentami wg harmonogramu opieki lekarskiej poza godzinami normalnej ordynacji szpitala, któremu zdający przekaże raport z wykonywanych zadań (udzielanych świadczeń) i zapozna ze stanem pacjentów.
4. Raporty lekarskie prowadzone są w formie elektronicznej.
5. Osoba zdająca dyżur ma obowiązek przekazać wszystkie istotne informacje o stanie pacjentów, Lekarzowi dyżurnemu lub lekarzowi prowadzącemu.
6. Lekarz obejmujący dyżur, wpisuje adnotację o przekazaniu informacji o stanie zdrowia pacjentów w raporcie lekarskim.
7. Lekarz pełniący dyżur medyczny zobowiązuje się do zapewnienia właściwej opieki lekarskiej, poza normalną ordynacją szpitala służącej zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia pacjentów szpitala, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, zasadami etyki zawodowej i należytą starannością, a także z poszanowaniem praw pacjenta.
8. W godzinach poza normalną ordynacją szpitala, lekarzowi pełniącemu opiekę lekarską w Izbie Przyjęć, przysługują kompetencje i uprawnienia Dyrektora i Zastępcy Dyrektora ds. medycznych. W przypadku zdarzeń o charakterze nadzwyczajnym, spraw trudnych, w miarę możliwości, lekarz ten konsultuje telefonicznie podejmowane decyzje z Dyrektorem i/lub Zastępcą Dyrektora ds. medycznych, ewentualnie, niezwłocznie, powiadamia ich o podjętych działaniach. Informacja o działaniach, podjętych w ramach kompetencji Dyrektora/Zastępcy Dyrektora ds. medycznych, powinna zostać przekazana w formie pisemnej notatki w pierwszym dniu roboczym po zakończonym dyżurze. Lekarz ten ponosi odpowiedzialność za zapewnienie należytego funkcjonowania szpitala i bezpieczeństwo pacjentów. Lekarz jest zobowiązany przebywać na terenie szpitala przez cały czas pełnienia dyżuru.
9. Zadania lekarza dyżurnego, zarówno pełniącego dyżur w Izbie Przyjęć jak i na oddziałach zostały określone w Załączniku Nr 1 – Regulamin Izby Przyjęć.
9. Wszelkie zmiany w harmonogramie dyżurów mogą być dokonywane wyłącznie po uprzedniej akceptacji zmiany przez Zastępcę Dyrektora ds. medycznych, z co najmniej dwudniowym wyprzedzeniem.

§ 40.

Wypisanie ze szpitala.

1. Wypisanie ze szpitala, jeżeli przepisy szczegółowe nie stanowią inaczej, następuje:
 - 1) gdy stan zdrowia nie wymaga dalszego leczenia w szpitalu,
 - 2) na żądanie pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego,
 - 3) gdy pacjent w sposób rażący narusza przebieg udzielania świadczeń zdrowotnych, a nie zachodzi obawa, że odmowa lub zaprzestanie udzielania świadczeń może spowodować bezpośrednie niebezpieczeństwo dla jego życia lub zdrowia albo życia lub zdrowia innych osób.
2. Osoba występująca o wypisanie ze szpitala na własne żądanie jest informowana przez lekarza o możliwych następstwach zaprzestania leczenia w szpitalu. Osoba ta składa pisemnie oświadczenie o wypisaniu ze szpitala na własne żądanie. W przypadku braku takiego oświadczenia lekarz sporządza adnotację w dokumentacji medycznej.
3. W przypadku żądania przez przedstawiciela ustawowego wypisania pacjenta ze szpitala, którego stan zdrowia wymaga dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych, można odmówić wypisania do czasu wydania orzeczenia przez sąd opiekuńczy, chyba, że odrębne przepisy stanowią inaczej.
4. Lekarz prowadzący zgłasza ordynatorowi wniosek o wypisanie pacjenta niezwłocznie po zakończeniu leczenia szpitalnego, przygotowuje kartę informacyjną, omawia z pacjentem dalsze zalecenia.
5. Wypisy dokonywane są w dni powszednie do godziny 11:00.
6. Do chwili opuszczenia szpitala pacjent pozostaje w rejestrze chorych.
7. W przypadku, gdy pacjent z uwagi na stan zdrowia nie wymaga hospitalizacji, a nie chce opuścić szpitala, ponosi on koszty hospitalizacji bez względu na uprawnienia do bezpłatnych świadczeń. Decyzję tę podejmuje Dyrektor na wniosek ordynatora.

§ 41.

Obowiązki podmiotu leczniczego w razie śmierci pacjenta.

1. Zwłoki osoby, która zmarła w szpitalu, mogą być poddane sekcji, w szczególności, gdy zgon tej osoby nastąpi przed upływem 12 godzin od przyjęcia do szpitala, z zastrzeżeniem ust.2.
2. Zwłoki osoby, która zmarła w szpitalu, nie są poddawane sekcji, jeżeli przedstawiciel ustawowy tej osoby wyraził sprzeciw lub uczyniła to osoba za życia. W takim przypadku o zaniechaniu sekcji zwłok sporządza się adnotację w dokumentacji medycznej i załącza sprzeciw.
3. Zastępca Dyrektora ds. medycznych na wniosek właściwego Ordynatora lub lekarza prowadzącego, zarządza dokonanie lub zaniechanie sekcji.
4. Zaniechania sekcji zwłok nie stosuje się w przypadkach:
 - 1) określonych w Kodeksie postępowania karnego i Kodeksie karnym wykonawczym oraz aktach wykonawczych wydanych na ich podstawie,
 - 2) gdy przyczyny zgonu nie można ustalić w sposób jednoznaczny,
 - 3) określonych w przepisach o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.
5. W dokumentacji medycznej osoby, która zmarła w szpitalu, sporządza się adnotację o dokonaniu lub zaniechaniu sekcji zwłok, z odpowiednim uzasadnieniem.
6. Postępowanie w razie zgonu pacjenta w szpitalu:
 - 1) w razie śmierci chorego w oddziale pielęgniarka bezzwłocznie powiadamia o tym lekarza prowadzącego lub lekarza dyżurnego,
 - 2) w razie zgonu pacjenta, którego tożsamość nie została ustalona lub zgonu co do którego istnieje podejrzenie, że nastąpił wskutek przestępstwa lub nieszczęśliwego wypadku lekarz, po konsultacji z Ordynatorem, powinien niezwłocznie powiadomić policję,
 - 3) lekarz powinien natychmiast dokonać oględzin zmarłego, stwierdzić zgon i jego przyczynę oraz odnotować w historii choroby, na karcie gorączkowej i w księdze Ruchu Chorych – datę i godzinę śmierci,
 - 4) pielęgniarka powinna odnotować datę i godzinę śmierci w raporcie pielęgniarskim,
 - 5) w przypadku zgonu:
 - a) lekarz osobiście powiadamia rodzinę, osobę upoważnioną lub przedstawiciela ustawowego o zgonie
 - b) pielęgniarki zabezpieczają rzeczy i przedmioty wartościowe pacjenta
 - c) po stwierdzeniu zgonu po 2 godzinach od śmierci pacjenta, lekarz wypełnia i przekazuje osobom uprawnionym do pochówku kartę zgonu

- d) zwłoki pacjenta przechowuje się w oddziale przez 2 godziny, w wydzielonej sali
 - e) szpital ma obowiązek należyście przygotować zwłoki osoby zmarłej w celu wydania ich osobom uprawnionym
 - f) personel powiadamia telefonicznie firmę, z którą Centrum ma zawartą umowę, o potrzebie odebrania zwłok
 - g) rodzina zmarłego lub upoważniona przez nią firma pogrzebowa odbiera zwłoki wraz z kartą zgonu bezpośrednio z oddziału lub z chłodzi, w której są przechowywane zwłoki na zlecenie Centrum.
- 6) W przypadku zgonu osoby bezdomnej, pielęgniarka telefonuje do właściwego ośrodka pomocy społecznej, który odpowiada za odebranie karty zgonu i zorganizowanie pogrzebu.
- 7) Centrum zobowiązane jest do ponoszenia kosztów przechowywania zwłok przez maksymalnie 72 godziny od zgonu pacjenta. Po upływie tego czasu Centrum ma prawo do żądania od osób lub instytucji uprawnionych do pochówku oraz podmiotów, na których zlecenie przechowuje się zwłoki w związku z toczącym się postępowaniem karnym, zwrotu opłat za każdą rozpoczętą dobę za przechowywanie zwłok w wysokości zgodnej z zawartą umową z zakładem pogrzebowym.

§ 42.

Organizacja procesu udzielania specjalistycznych ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych.

1. Świadczenia zdrowotne w zakresie specjalistycznej opieki zdrowotnej udzielane są w poradniach wchodzących w skład Przychodni Specjalistycznej.
2. Świadczenia z zakresu ambulatoryjnej specjalistycznej opieki zdrowotnej w ramach ubezpieczenia zdrowotnego udzielane są na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, z wyjątkiem świadczeń w poradni onkologicznej.
3. Pacjent ma prawo wyboru lekarza specjalisty spośród lekarzy udzielających świadczeń ambulatoryjnych.
4. Poradnie specjalistyczne prowadzą listy oczekujących na świadczenia.
5. Rejestracji pacjentów można dokonywać osobiście, telefonicznie lub za pośrednictwem Internetu - e-rejestracja.
6. Pacjent przyjmowany w poradni specjalistycznej zgłasza się w wyznaczonym terminie z:
 - a) skierowaniem lekarskim, jeśli jest wymagane,
 - b) wynikami wcześniej wykonanych badań,
 - c) kartami informacyjnymi z leczenia szpitalnego, jeśli pacjent wcześniej był hospitalizowany inną dokumentacją przebiegu leczenia.
7. W uzasadnionych medycznie przypadkach lekarz specjalista wydaje skierowanie na:
 - a) badanie diagnostyczne,
 - b) do innych poradni specjalistycznych,
 - c) na leczenie stacjonarne w szpitalu.
8. W uzasadnionych medycznie przypadkach lekarz specjalista może objąć pacjenta stałym leczeniem w poradni specjalistycznej.
9. Lekarz specjalista w określonych sytuacjach informuje lekarza sprawującego podstawową opiekę zdrowotną nad pacjentem o przebiegu leczenia oraz objęciu pacjenta stałym leczeniem specjalistycznym.
10. W Przychodni Specjalistycznej w miejscu ogólnie dostępnym dla pacjentów oraz na stronie internetowej W-MCChP w Olsztynie umieszczone są informacje o:
 - a) ogólnych zasadach udzielania świadczeń,
 - b) sposobach rejestracji,
 - c) dniach i godzinach przyjęć przez lekarzy specjalistów,
 - d) nazwiskach lekarzy wraz z tygodniowym harmonogramem ich pracy oraz wyszczególnieniem godzin pracy każdego lekarza udzielającego świadczeń zdrowotnych.

§ 43.

Organizacja procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w pracowniach diagnostycznych.

1. Pracownie diagnostyczne udzielają świadczeń zdrowotnych w celu rozpoznania stanu zdrowia i ustalenia dalszego postępowania leczniczego.
2. Świadczenie zdrowotne niemożliwe do wykonania w Centrum, zostaje zlecone do wykonania w zewnętrznych pracowniach diagnostycznych zgodnie z zawartymi umowami.

§ 44.

1. Przyjmowanie pacjentów do Pracowni Diagnostyki Obrazowej, Pracowni Bronchoskopii oraz Pracowni Badań Czynnościowych i Diagnostyki Alergologicznej odbywa się na podstawie skierowań/zleceń lekarskich.
2. Badania w pracowniach określonych w ust. 1 wykonywane są po uprzedniej rejestracji telefonicznej lub osobistej. W pierwszej kolejności wykonywane są badania pacjentów z oddziałów szpitalnych.
3. W przypadkach nagłych dopuszczane są odstępstwa od wyznaczonych terminów.
4. Badania RTG, tomografii komputerowej oraz badanie bronchoskopowe wykonywane są wyłącznie na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza.
5. Płyty CD z zapisanymi na nich zdjęciami radiologicznymi pacjentów szpitalnych lub poradni specjalistycznych wraz z opisami oraz opisy badania USG wraz ze zdjęciami, wyniki badań wykonanych w Pracowni Badań Czynnościowych i Diagnostyki Alergologicznej przekazywane są lekarzom zlecającym badanie.
6. Pacjenci spoza szpitala otrzymują wyniki badań sporządzone przez lekarza do rąk własnych lub osoby upoważnionej.
7. Badania wykonywane w Dziale Diagnostyki Laboratoryjnej dla pacjentów z oddziałów szpitalnych wykonywane są codziennie na podstawie skierowania lekarza. Wyniki badań laboratoryjnych lekarz prowadzący odczytuje niezwłocznie w systemie informatycznym.
8. Badania wykonywane w Dziale Diagnostyki Laboratoryjnej, Pracowni Diagnostyki Obrazowej i Pracowni Tomografii Komputerowej dla pacjentów spoza szpitala, wykonywane są na podstawie skierowania lekarza lub bez skierowania, za odpłatą zgodną z cennikiem.

§ 46.

Organizacja procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat

1. W przypadku świadczenia zdrowotnego odpłatnego pacjent ma prawo przed rozpoczęciem udzielania tego świadczenia poznać jego cenę.
2. Świadczenia zdrowotne odpłatne są realizowane na podstawie indywidualnego rozliczenia z pacjentem.
3. W przypadku indywidualnego rozliczenia z pacjentem – zakup badania następuje poprzez:
 - a) zakup badania regulując płatność z góry, przed rozpoczęciem usługi robiąc przelew na wskazane konto Centrum i przedkładając dowód wpłaty
 - b) zakup badania diagnostycznego, pacjent reguluje płatność z góry, przed rozpoczęciem usługi płacąc gotówką na miejscu w kasie Centrum.
4. Na życzenie pacjenta, każdorazowo za zrealizowaną usługę wystawiana jest faktura VAT. W każdym innym przypadku pacjent otrzymuje paragon fiskalny.

§ 47.

Warunki współdziałania z innymi podmiotami leczniczymi w zakresie zapewnienia prawidłowej diagnostyki, leczenia pacjentów i ciągłości postępowania.

1. Centrum współdziała z innymi podmiotami leczniczymi w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia i ciągłości postępowania poprzez zawieranie umów zgodnie z ustawą o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 roku oraz poprzez bezpośrednie kontaktowanie się personelu medycznego z właściwymi placówkami medycznymi, stosownie do potrzeb wynikających z procesu leczenia i na zasadach określonych odrębnymi przepisami.
2. W każdej komórce organizacyjnej Centrum znajduje się telefon stacjonarny oraz spis telefonów i adresów innych podmiotów leczniczych, z którymi Centrum współpracuje.
3. Centrum komunikuje się ze służbami ratowniczymi (Ratownictwo Medyczne, policja, straż pożarna, pogotowie gazowe) za pomocą telefonii stacjonarnej i komórkowej.
4. Zwrot sprzętu dostarczanego z pacjentem np. ortopedycznego, następuje na zasadach uzgodnionych z zespołem transportującym pacjenta do szpitala.

§ 48.

Dokumentacja medyczna.

1. Dokumentacja medyczna w części dotyczącej danych pacjenta zawiera co najmniej:
 - 1) oznaczenie pacjenta, pozwalające na ustalenie jego tożsamości:
 - a) nazwisko i imię (imiona)
 - b) datę urodzenia
 - c) oznaczenie płci
 - d) adres miejsca zamieszkania
 - e) numer PESEL, jeżeli został nadany, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL - rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość
 - f) w przypadku gdy pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody – nazwisko i imię (imiona) przedstawiciela ustawowego oraz adres jego miejsca zamieszkania.
 - 2) dane niezbędne do wypełnienia karty zgonu
2. Sposób prowadzenia dokumentacji medycznej oraz niezbędny jej zakres określają odrębne przepisy.
3. Dokumentację medyczną, w trybie zapewniającym zachowanie poufności i ochronę danych osobowych udostępnia się w następujących formach:
 - a) do wglądu, w tym także do baz danych w zakresie ochrony zdrowia, w siedzibie W-MCChP w Olsztynie, z zapewnieniem pacjentowi lub innym uprawnionym organom lub podmiotom możliwości sporządzenia notatek lub zdjęć;
 - b) poprzez sporządzenie jej wyciągu, odpisu, kopii lub wydruku;
 - c) na informatycznym nośniku danych - poprzez skopiowanie dokumentacji w formie elektronicznej na nośnik danych (płyta CD, DVD itp.)
 - d) za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej – poprzez udostępnienie zaszyfrowanego pliku drogą elektroniczną;
 - e) poprzez wydanie oryginału za pokwitowaniem 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. Dokumentacja medyczna prowadzona w postaci papierowej może być udostępniona przez sporządzenie kopii w formie odwzorowania cyfrowego (skanu) i przekazanie w sposób określony w ust. 2 lit. c) lub d), na żądanie pacjenta lub innych uprawnionych organów lub podmiotów.
5. Za udostępnienie dokumentacji medycznej w sposób określony ust. 2 pkt b, c, d podmiot leczniczy pobiera opłatę. Opłaty za udostępnienie dokumentacji maksymalnie wynoszą:
 - a. za jedną stronę wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej – 0,002 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale, począwszy od pierwszego dnia następnego miesiąca po ogłoszeniu przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej "Monitor Polski" na podstawie art. 20 pkt 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 roku o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2021 roku, poz. 2911.j.),
 - b. za jedną stronę kopii, wydruku oraz odwzorowania cyfrowego (skanu) dokumentacji medycznej - 0,00007 przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa w lit. a. powyżej,
 - c. za udostępnienie dokumentacji medycznej na informatycznym nośniku danych - 0,0004 przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa w lit. a. powyżej,
6. W przypadku, gdy udostępnienie dokumentacji nie jest możliwe, odmowa wymaga zachowania formy pisemnej oraz podania przyczyny.
7. Opłaty nie pobiera się w przypadku gdy dokumentacja jest udostępniana:
 - pacjentowi albo jego przedstawicielowi ustawowemu po raz pierwszy w żądanym zakresie i w sposób, o którym mowa w ust. 2 pkt b i c oraz ust. 3;
 - w związku z postępowaniem przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych

ROZDZIAŁ V **Prawa i obowiązki pacjenta**

§ 49.

Prawa pacjenta:

1. Pacjent ma prawo do natychmiastowego udzielenia mu świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia.

2. Pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej.
3. Szpital zapewnia pacjentowi produkty lecznicze i materiały medyczne oraz pomieszczenie i wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia.
4. Pacjent ma prawo, w sytuacji ograniczonych możliwości udzielenia odpowiednich świadczeń zdrowotnych, do przejrzystej, obiektywnej, opartej na kryteriach medycznych, procedury ustalającej kolejność dostępu do tych świadczeń.
5. Pacjent ma prawo żądać, aby udzielający mu świadczeń zdrowotnych:
 - 1) lekarz zasięgnął opinii innego lekarza lub zwołał konsylium lekarskie,
 - 2) pielęgniarka zasięgnęła opinii innej pielęgniarki.
6. Pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym. Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych osoby wykonujące zawód medyczny kierują się zasadami etyki zawodowej określonymi przez właściwe samorządy zawodów medycznych.
7. Centrum ma obowiązek poinformować pacjenta o przysługujących mu prawach.
8. Ponadto pacjent przyjęty do szpitala ma prawo, na zasadach określonych poniżej do:
 - 1) środków farmaceutycznych i materiałów medycznych,
 - 2) pomieszczenia i wyżywienia odpowiedniego do stanu zdrowia,
 - 3) opieki duszpasterskiej,
 - 4) dodatkowej opieki pielęgnacyjnej sprawowanej przez osobę bliską lub inną osobę wskazaną przez siebie,
 - 5) kontaktu telefonicznego lub korespondencyjnego z osobami z zewnątrz,
 - 6) wskazania osoby lub instytucji, którą szpital obowiązany jest powiadomić w przypadku pogorszenia się stanu zdrowia powodującego zagrożenie życia pacjenta, albo w razie śmierci pacjenta,
 - 7) wyrażenia zgody, albo odmowy na umieszczenie w szpitalu,
 - 8) wypisania ze szpitala na własne żądanie i uzyskania od lekarza informacji o możliwych następstwach zaprzestania leczenia w szpitalu.

§ 50.

1. Pacjent, jego przedstawiciel ustawowy lub opiekun faktyczny mają prawo do dostatecznie wcześniejszej informacji o zamiarze odstąpienia przez lekarza od leczenia pacjenta i wskazania przez tego lekarza możliwości uzyskania świadczenia zdrowotnego u innego lekarza lub podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych.
2. Pacjent ma prawo do informacji o rodzaju i zakresie świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, w tym o profilaktycznych programach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, realizowanych przez ten podmiot.

§ 51.

Pacjent ma prawo do zachowania w tajemnicy przez osoby wykonujące zawód medyczny i przygotowujące się do jego wykonywania, w tym udzielające mu świadczeń zdrowotnych, wszelkich informacji z nim związanych. Ochronie podlegają w szczególności informacje związane ze stanem zdrowia pacjenta.

§ 52.

1. Pacjent ma prawo do wyrażenia zgody albo odmowy na umieszczenie w szpitalu.
2. Pacjent ma prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy wyrażenia takiej zgody, po uzyskaniu informacji w zakresie, o którym mowa w § 49 Regulaminu.
3. W przypadku zabiegu operacyjnego albo zastosowania metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta, zgodę, o której mowa w ust.2, wyraża się w formie pisemnej.
4. Pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, ma prawo do wyrażenia zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych przez lekarza.
5. Pacjent małoletni, który ukończył 16 lat, osoba ubezwłasnowolniona albo pacjent chory psychicznie lub upośledzony umysłowo, lecz dysponujący dostatecznym rozeznanie, ma prawo do wyrażenia sprzeciwu co do udzielenia świadczenia zdrowotnego, pomimo zgody przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego. W takim przypadku wymagane jest zezwolenie sądu opiekuńczego.

6. Osoby wykonujące zawód medyczny, inne niż udzielające świadczeń zdrowotnych uczestniczą przy udzielaniu tych świadczeń, gdy jest to niezbędne ze względu na rodzaj świadczenia lub jego organizację.
7. Pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy może wyrazić zgodę w formie pisemnej na wzięcie udziału w eksperymencie medycznym, po udzieleniu przez lekarza informacji o celach, sposobach i warunkach przeprowadzenia eksperymentu, spodziewanych korzyściach leczniczych lub poznawczych, ryzyku oraz o możliwości odstąpienia od udziału w eksperymencie w każdym jego stadium.
8. Pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy może wyrazić zgodę w formie pisemnej na uczestnictwo w badaniu klinicznym, po wcześniejszym przekazaniu przez lekarza informacji dotyczących istoty, znaczenia, skutków i ryzyka związanego z badaniem klinicznym. Uczestnik badania klinicznego może w każdej chwili bez konsekwencji wycofać się z badania klinicznego.

§ 53.

1. Pacjent ma prawo do poszanowania intymności i godności, w szczególności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych.
2. Prawo do poszanowania godności obejmuje także prawo do umierania w spokoju i godności. Pacjent znajdujący się w stanie terminalnym ma prawo do świadczeń zdrowotnych zapewniających łagodzenie bólu i innych cierpień.
3. Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych może być obecna osoba bliska, chyba że istnieje prawdopodobieństwo wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub zagrożenie bezpieczeństwa zdrowotnego pacjenta.
4. Pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy ma prawo do wniesienia do rejestru sprzeciwów zastrzeżenia, aby po jego śmierci nie pobierano z jego zwłok tkanek, narządów lub komórek w innym celu niż dla ustalenia przyczyny zgonu.
5. Pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy ma prawo złożyć pisemne zastrzeżenie, aby po jego śmierci odstąpić od sekcji zwłok. Sprzeciw ten nie jest skuteczny w przypadkach określonych w § 42 ust. 4 Regulaminu.

§ 54.

1. Pacjent ma prawo do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych lub wskazania innej osoby, której dokumentacja ta może być udostępniona.
2. Pacjent ma prawo do zapewnienia ochrony danych zawartych w dokumentacji medycznej, z zastrzeżeniem wyjątków określonych przepisami prawa.

§ 55.

Pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy mogą wnieść sprzeciw do Komisji Lekarskiej działającej przy Rzeczniku Praw Pacjenta wobec opinii albo orzeczenia, o których mowa w art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentysty, jeżeli opinia albo orzeczenie ma wpływ na prawa lub obowiązki pacjenta wynikające z przepisów prawa.

§ 56.

1. Pacjent ma prawo do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z innymi osobami.
2. Pacjent ma prawo do odmowy kontaktu z osobami trzecimi.
3. Pacjent ma prawo do wskazania osoby lub instytucji, którą szpital obowiązany jest powiadomić w przypadku pogorszenia się stanu zdrowia powodującego zagrożenie życia pacjenta, albo w razie śmierci pacjenta.
4. Pacjent ma prawo do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, przez którą rozumie się opiekę, która nie polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych.
5. Koszty realizacji praw, o których mowa w ust. 1 i 4 ponosi pacjent.
6. Koszt opłaty za opiekę, o której mowa w ust. 4, ustala Dyrektor w drodze zarządzenia.

§ 57.

1. Pacjent ma prawo do opieki duszpasterskiej.
2. W sytuacji pogorszenia się stanu zdrowia lub zagrożenia życia podmiot leczniczy jest obowiązany umożliwić pacjentowi kontakt z duchownym jego wyznania.

§58.

Przechowywanie rzeczy wartościowych.

1. Pacjent ma prawo oddać na przechowanie do depozytu szpitala rzeczy wartościowe.
2. Rzeczami wartościowymi są:
 - 1) krajowe i zagraniczne pieniądze, papiery wartościowe,
 - 2) biżuteria,
 - 3) inne przedmioty uznawane za wartościowe przez pacjenta.

§59.

1. Pacjent przyjęty do szpitala powinien zgłosić rzeczy wartościowe do depozytu szpitala w godzinach urzędowych. Osoba przyjmująca rzeczy do depozytu sporządza w trzech egzemplarzach spis przedmiotów.
2. Jeden egzemplarz spisu przedmiotów składa się w depozycie, drugi egzemplarz wydaje się pacjentowi, trzeci pozostaje u osoby przyjmującej depozyt.
3. Na opakowaniu depozytu zamieszcza się dane pacjenta (imię i nazwisko), rodzaj depozytu, nr książki depozytowej. Trwale zamknięte opakowanie ostemplowuje się pieczęcią izby przyjęć oraz oddziału.
4. Spis przyjętych przedmiotów zawiera dane:
 - 1) imię i nazwisko pacjenta, datę urodzenia,
 - 2) datę przyjęcia,
 - 3) imię, nazwisko, stanowisko osoby przyjmującej depozyt,
 - 4) opis i rodzaj przedmiotów, ich ilość, cechy szczególne,
 - 5) podpis pacjenta, osoby przyjmującej depozyt, ewentualnie innych osób.

§60.

1. Jeżeli pacjent przyjęty został do szpitala po godzinach pracy, w których można złożyć depozyt, rzeczy wartościowe składa się w depozycie oddziału, na którym pacjent przebywa i gdzie są zabezpieczone w metalowych kasetkach do czasu przekazania ich do depozytu.
2. Pielęgniarka oddziału bezpośrednio przy przyjęciu depozytu sporządza w trzech egzemplarzach spis przedmiotów, składa własnoręczny podpis obok podpisu pacjenta. Jeden egzemplarz spisu otrzymuje pacjent.
3. Przekazanie przedmiotów wartościowych do depozytu szpitala następuje wraz ze spisem, o którym mowa w ust.2.

§ 61.

Skargi i wnioski

1. Pacjent ma prawo do składania skarg i wniosków.
2. Przedmiotem skargi może być w szczególności zaniedbanie lub nienależyte wykonanie zadań przez Centrum lub pracownika, naruszenie obowiązujących przepisów, a także nieprzestrzeganie praw pacjenta.
3. Wniesione przez pacjentów skargi i wnioski są rejestrowane i wyjaśniane.
4. Centrum ma obowiązek udzielić skarżącemu odpowiedzi na zgłoszoną skargę lub wniosek w terminie 14 dni.

§ 62.

Pacjent ma prawo złożenia skargi i wniosku na temat działalności szpitala:

1. Osobiście do Ordynatora, Pielęgniarki Oddziałowej lub Zastępcy Dyrektora ds. pielęgniarstwa.
2. Osobiście lub pisemnie do Dyrektora lub działającego w Centrum Pełnomocnika ds. Praw Pacjenta.
3. Anonimowo – wypełniając ankietę na temat przestrzegania praw pacjenta i wrzucając do skrzynki znajdującej się w na oddziale i w holu głównym Centrum.

§ 63.

Pacjent może również złożyć skargę bezpośrednio do:

1. Rady Społecznej Warmińsko-Mazurskiego Centrum Chorób Płuc w Olsztynie, 10 – 357 Olsztyn, ul. Jagiellońska 78
2. Podmiotu tworzącego – Urząd Marszałkowski, 10 – 552 Olsztyn, ul. Emilii Plater 1
3. NFZ Warmińsko-Mazurski Oddział w Olsztynie, ul. Żołnierska 16, 10-561 Olsztyn
4. Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Lekarzy: 10-561 Olsztyn ul. Żołnierska 16 C
5. Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych: 10-602 Olsztyn ul. Pstrowskiego 14K
6. Rzecznika Praw Pacjenta: ul. Płocka 11/13, 01-231 Warszawa
7. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa

§ 64.

Podstawowe akty prawne określające prawa pacjenta:

1. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 roku.
2. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
3. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej.
4. Ustawa z 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentysty.
5. Ustawa z 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej.
6. Ustawa z 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
7. Ustawa z 19 sierpnia 1994 roku o ochronie zdrowia psychicznego.
8. Ustawa z 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów.
9. Ustawa z 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych

§ 65.

1. Pacjent zobowiązany jest na terenie szpitala do:
 - a) zachowania ciszy,
 - b) przestrzegania zasad współżycia społecznego wobec innych pacjentów i personelu,
 - c) przestrzegania zakazu palenia tytoniu, spożywania napojów alkoholowych i zażywania środków odurzających,
 - d) dbania o higienę osobistą oraz o czystość i porządek w najbliższym otoczeniu,
 - e) przestrzegania zaleceń personelu, dotyczących rozkładu dnia, zasad bezpieczeństwa przeciwpożarowego i bhp oraz innych zaleceń o charakterze porządkowym,
 - f) stosowania się do zalecanej diety.
2. Pacjentowi nie wolno:
 - a. przyjmować jakichkolwiek leków, suplementów diety i preparatów ziołowych bez wiedzy i zgody lekarza prowadzącego,
 - b. uprawiać gier hazardowych,
 - c. używać aparatów komórkowych w pobliżu aparatury elektronicznej,
 - d. manipulować aparaturą medyczną, urządzeniami i instalacjami elektrycznymi, gazowymi, wentylacyjnymi i grzewczymi.
3. Pacjent nie może opuszczać oddziału/szpitala bez wiedzy i zgody personelu medycznego tego oddziału.

§ 66.

1. W Centrum funkcjonuje system monitoringu wizyjnego, którego celem jest zapewnienie bezpieczeństwa pacjentom oraz ochrony osób i mienia na terenie W-MCChP w Olsztynie.
2. Administratorem urządzeń monitoringu wizyjnego jest Centrum.
3. Monitorowaniem wizyjnym objęte są całodobowo: Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, wyodrębnione sale na Oddziale Chirurgii Klatki Piersiowej z Pododdziałem Chirurgii Dnia oraz teren posesji wokół budynku głównego i budynków bocznych.
4. Rejestracji i zapisaniu na nośniku fizycznym podlega tylko obraz (wizja) z kamer systemu monitoringu.
5. Okres przechowywania danych z monitoringu wynosi do 21 dni, a następnie dane ulegają usunięciu poprzez nadpisanie danych na urządzeniu rejestrującym obraz.
6. W uzasadnionych przypadkach na podstawie wniosków osób fizycznych lub uprawnionych organów, w szczególności, gdy urządzenia monitoringu wizyjnego zarejestrowały zdarzenie związane z naruszeniem bezpieczeństwa osób i mienia, okres przechowywania danych

może ulec wydłużeniu o czas niezbędny do zakończenia postępowania, którego przedmiotem jest zdarzenie zarejestrowane przez monitoring wizyjny.

7. Szczegółowe zasady funkcjonowania monitoringu określa Regulamin funkcjonowania systemu monitoringu wizyjnego wprowadzony Zarządzeniem Dyrektora.

ROZDZIAŁ VI

Postanowienia końcowe

§ 67.

1. Regulamin Organizacyjny jest ustalony przez Dyrektora po zasięgnięciu opinii Rady Społecznej.
2. Wszystkie zmiany i uzupełnienia Regulaminu wymagają zachowania trybu określonego w ust. 1.

§ 68.

Integralna część Regulaminu stanowią załączniki zawierające regulaminy komórek organizacyjnych i samodzielnych stanowisk.

§ 69.

Regulamin organizacyjny wchodzi w życie z dniem wskazanym w Zarządzeniu go wprowadzającym.

REGULAMIN Izby Przyjęć

§ 1.

1. Do zadań Izby Przyjęć należy w szczególności:
 - 1) przyjmowanie chorych zakwalifikowanych do leczenia szpitalnego w trybie planowym,
 - 2) udzielanie pomocy i kwalifikacja do leczenia szpitalnego pacjentów przywożonych przez ZRM, transport medyczny czy zgłaszających się samodzielnie do IP Centrum,
 - 3) Udzielanie świadczeń ambulatoryjnych pacjentom, którzy zgłosili się do IP, a nie kwalifikują się do leczenia szpitalnego lub zostali zakwalifikowani do przyjęcia w późniejszym terminie,
 - 4) przekazywanie przyjmowanych pacjentów do oddziałów szpitalnych,
 - 5) organizacja i uczestniczenie w wyjazdach z pacjentami na badania i konsultacje poza szpitalem,
 - 6) zamawianie transportów zewnętrznych dla pacjentów Szpitala – w tym również realizowanych w trybie pilnym,
 - 7) prowadzenie dokumentacji medycznej zbiorczej (księga główna, księga odmów przyjęć, księga porad) zgodnie z wewnętrznymi procedurami dotyczącymi prowadzenia dokumentacji medycznej oraz w oparciu o obowiązujące przepisy prawne,
 - 8) zakładanie oraz prowadzenie indywidualnej dokumentacji pacjenta,
 - 9) udzielanie pacjentom i rodzinom niezbędnych informacji dotyczących funkcjonowania szpitala,
 - 10) obliczanie kosztów transportu finansowanych w całości lub części przez pacjentów,
 - 11) wykonywanie innych zadań w zakresie kompetencji Izby Przyjęć zleconych przez Dyrektora lub Zastępcę Dyrektora ds. medycznych.

§2.

1. Za organizację udzielania świadczeń i sprawne funkcjonowanie Izby Przyjęć odpowiada Kierownik Izby Przyjęć – Z-Ca Dyrektora ds. medycznych.
2. Za organizację pracy i jakość opieki pielęgniarskiej, zaopatrzenie w środki medyczne i materiałowe, sprawność techniczną sprzętu oraz za stan sanitarno – higieniczny pomieszczeń odpowiada Pielęgniarka Koordynująca.
3. Lekarz dyżurny Izby Przyjęć pełni dyżur w każdy dzień tygodnia.
4. Do podstawowych obowiązków Lekarza dyżurnego Izby Przyjęć należy:
 - a) udzielanie świadczeń zdrowotnych, polegających na wstępnej diagnostyce, podjęciu leczenia w zakresie niezbędnym do stabilizacji funkcji życiowych osób znajdujących się w stanie nagłego zagrożenia życia lub zdrowia,
 - b) udzielanie w/w świadczeń zdrowotnych poszkodowanym w stanach wyjątkowych i katastrofach,
 - c) badanie lekarskie chorych zgłaszających się do Szpitala,
 - d) przyjmowanie do Szpitala chorych zakwalifikowanych do leczenia szpitalnego (tryb nagły i planowany),
 - e) udzielanie pomocy doraźnej chorym, którzy nie zostali zakwalifikowani do leczenia w Szpitalu, lub zostali zakwalifikowani w późniejszym terminie,
 - f) w przypadku wątpliwości diagnostycznych konsultowanie się z lekarzami dyżurnymi oddziałów Centrum oraz/lub innych specjalności w celu ustalenia rozpoznania lub uzgodnienia dalszego postępowania,
 - g) kierowanie pacjentów na leczenie w innych podmiotach leczniczych, jeżeli wymagać tego będzie stan zdrowia pacjenta, a potencjał diagnostyczny i leczniczy Centrum nie zapewni możliwości dalszego leczenia, zabezpieczenie medyczne tych pacjentów oraz organizowanie transportu,
5. W godzinach poza normalną ordynacją szpitala lekarzowi dyżurnemu Izby Przyjęć przysługują kompetencje i uprawnienia Dyrektora i Zastępcy Dyrektora ds. medycznych. W miarę możliwości, lekarz ten konsultuje telefonicznie podejmowane decyzje z Dyrektorem i/lub Zastępcą Dyrektora ds. medycznych, ewentualnie niezwłocznie powiadamia ich o podjętych działaniach.
6. Lekarz ten ponosi odpowiedzialność za zapewnienie należytego funkcjonowania szpitala, a w szczególności:

- a) sprawuje ogólny nadzór w sprawach medycznych poza normalną ordynacją, zapewniając sprawne funkcjonowanie Centrum,
 - b) podejmuje decyzje w przypadku niezgodności decyzji lekarzy dyżurujących,
 - c) rozstrzyga konflikty oraz wydaje polecenia, a także podejmuje decyzje w zakresie właściwego działania regulującego pracę dyżurujących oddziałów,
 - d) rozstrzyga konflikty w relacji personel – pacjent,
7. przyjmuje skargi i wnioski pacjentów oraz osób trzecich dotyczące zakresu działania Centrum, odnotowując ten fakt w "Księżce raportów",

§3.

1. Izba przyjęć dokonuje przyjęć planowych pacjentów w dni robocze w godz. 7:00-13:00 oraz dokonuje przyjęć pacjentów w godzinach popołudniowych i nocnych oraz w dni wolne od pracy przez Lekarza dyżurnego i pielęgniarkę Izby Przyjęć. Przyjęcia planowe pacjentów do diagnostyki OBS odbywają się do godz. 20.00
2. Harmonogram dyżurów lekarskich Izby Przyjęć ustala Z-cą Dyrektora ds. medycznych,
3. Pielęgniarka Izby Przyjęć wraz z Z-cą Dyrektora ds. pielęgniarstwa ustala rozkład pracy personelu pielęgniarstwa oraz ratowników medycznych.
4. W strukturze Izby Przyjęć funkcjonuje „patrol reanimacyjny”, udzielający pomocy w nagłych przypadkach (NZK, stany nagłego zagrożenia życia lub zdrowia) na terenie całego Centrum. W sytuacjach koniecznych patrol reanimacyjny wzmacniany jest przez personel anestezyjologiczny.

§4.

W Izbie przyjęć poza obowiązującą dokumentacją medyczną wynikającą z odrębnych przepisów prowadzi się wykaz liczby łóżek wolnych na poszczególnych oddziałach szpitala,

REGULAMIN Kliniki Pulmonologii

§ 1.

1. Do zadań Kliniki Pulmonologii w szczególności należy:
 - 1) diagnostyka, rozpoznawanie i leczenie specjalistyczne w ramach hospitalizacji,
 - 2) diagnostyka, rozpoznawanie i leczenie w ramach programów lekowych, w trybie hospitalizacji oraz w trybie ambulatoryjnym,
 - 3) zapewnienie kompleksowych, całodobowych świadczeń lekarskich i pielęgniarskich,
 - 4) zapewnienie ciągłości leczenia pacjentom,
 - 5) zapewnienie odpowiednich warunków socjalno – bytowych pacjentom przebywającym w oddziale,
 - 6) prowadzenie szkoleń przed - i podyplomowych na kierunkach medycznych, zgodnie z posiadaną akredytacją i podpisanymi umowami.
 - 7) szerzenie oświaty i profilaktyki zdrowotnej wśród pacjentów,
 - 8) opracowywanie nowych i uaktualnianie już obowiązujących procedur medycznych,
 - 9) współpraca z ośrodkami klinicznymi prowadzącymi działalność w określonym zakresie,
 - 10) celowe, oszczędne, tj. z zachowaniem zasady uzyskania najlepszych efektów z danych nakładów, racjonalne i zgodne z zasadą gospodarności wykorzystanie środków finansowych i zasobów Centrum,
 - 11) wykonywanie innych zadań w ramach kompetencji Oddziału zleconych przez Dyrektora lub Zastępcę Dyrektora ds. medycznych
2. Za organizację udzielania świadczeń i funkcjonowanie oddziału zgodnie z obowiązującymi przepisami i najwyższą jakością usług odpowiada Koordynator.
3. W przypadku nieobecności Koordynatora za organizację udzielania świadczeń i funkcjonowanie odpowiada jego zastępca.
4. Za organizację pracy i jakość opieki pielęgniarskiej, zaopatrzenie w środki medyczne i materiałowe, sprawność techniczną sprzętu oraz za stan sanitarno – higieniczny pomieszczeń odpowiada Pielęgniarka Oddziałowa.

§ 2.

1. W Klinice Pulmonologii prowadzone są zajęcia dydaktyczne, prace badawcze, praktyki zawodowe dla studentów, kursantów, słuchaczy polskojęzycznych oraz anglojęzycznych różnych kierunków medycznych.
2. Udostępnianie Kliniki Pulmonologii na potrzeby dydaktyczne jest każdorazowo uregulowane stosownymi umowami i porozumieniami z jednostkami kształcącymi, w sposób nieograniczający działalność Centrum.

REGULAMIN

Warmińsko - Mazurskiego Ośrodka diagnozowania i leczenia rzadkich chorób układu oddechowego z Ośrodkiem zaburzeń oddychania podczas snu

1. Do zadań Warmińsko - Mazurskiego Ośrodka Diagnozowania i Leczenia rzadkich chorób układu oddechowego
 - 1) diagnostyka, rozpoznawanie i leczenie specjalistyczne w ramach hospitalizacji,
 - 2) diagnostyka, rozpoznawanie i leczenie w ramach programów lekowych, w trybie hospitalizacji oraz w trybie ambulatoryjnym,
 - 3) zapewnienie kompleksowych, całodobowych świadczeń lekarskich i pielęgniarских,
 - 4) zapewnienie ciągłości leczenia pacjentom,
 - 5) zapewnienie odpowiednich warunków socjalno – bytowych pacjentom przebywającym w oddziale,
 - 6) prowadzenie szkoleń przed - i podyplomowych na kierunkach medycznych, zgodnie z posiadaną akredytacją i podpisanymi umowami.
 - 7) szerzenie oświaty i profilaktyki zdrowotnej wśród pacjentów,
 - 8) opracowywanie nowych i uaktualnianie już obowiązujących procedur medycznych,
 - 9) współpraca z ośrodkami klinicznymi prowadzącymi działalność w określonym zakresie,
 - 10) diagnostyka i leczenie chorób rzadkich układu oddechowego
 - 11) celowe, oszczędne, tj. z zachowaniem zasady uzyskania najlepszych efektów z danych nakładów, racjonalne i zgodne z zasadą gospodarności wykorzystanie środków finansowych i zasobów Centrum,
 - 12) wykonywanie innych zadań w ramach kompetencji Oddziału zleconych przez Dyrektora lub Zastępcę Dyrektora ds. medycznych
2. Do zadań Ośrodka Zaburzeń Oddychania podczas Snu w szczególności należy:
 - 1) diagnostyka, rozpoznawanie i leczenie specjalistyczne w ramach hospitalizacji, diagnostyka bezdechu sennego przy pomocy aparatu do polisomnografii/ poligrafii.
 - 2) diagnostyka, rozpoznawanie i leczenie w trybie ambulatoryjnym,
 - 3) zapewnienie kompleksowych, całodobowych świadczeń lekarskich i pielęgniarских,
 - 4) zapewnienie ciągłości leczenia pacjentom,
 - 5) zapewnienie odpowiednich warunków socjalno – bytowych pacjentom przebywającym w oddziale,
 - 6) prowadzenie zajęć dydaktycznych dla studentów kierunków medycznych, zgodnie z zawartymi umowami
2. Za organizację udzielania świadczeń i funkcjonowanie oddziału zgodnie z obowiązującymi przepisami i najwyższą jakością usług odpowiada Koordynator.
3. W przypadku nieobecności Koordynatora za organizację udzielania świadczeń i funkcjonowanie odpowiada jego zastępca.
4. Za organizację pracy i jakość opieki pielęgniarskiej, zaopatrzenie w środki medyczne i materiałowe, sprawność techniczną sprzętu oraz za stan sanitarno – higieniczny pomieszczeń odpowiada Pielęgniarka Oddziałowa.
5. Udostępnianie na potrzeby dydaktyczne jest każdorazowo uregulowane stosownymi umowami i porozumieniami z jednostkami kształcącymi, w sposób nieograniczający działalność Centrum.

REGULAMIN
Oddziału Chirurgii Klatki Piersiowej

§ 1.

1. Do zadań Oddziału Chirurgii Klatki Piersiowej w szczególności należy:

- 1) diagnozowanie i leczenie skutków i powikłań bezpośrednich, wczesnych i późnych urazów narządów klatki piersiowej.
- 2) leczenie nowotworów układu oddechowego i śródpiersia oraz przełyku.
- 3) leczenie rozedmy pęcherzowej układu oddechowego.
- 4) leczenie powikłań wczesnych i późnych ropnych po przebytych infekcjach układu oddechowego.
- 5) leczenie chirurgiczne powikłań gruźlicy układu oddechowego.
- 6) leczenie chirurgiczne łagodnych nowotworów śródpiersia.
- 7) leczenie wczesnych i późnych pourazowych i pointubacyjnych zwężeń tchawicy.
- 8) diagnostyka inwazyjna chorób chirurgicznych układu oddechowego i śródpiersia.
- 9) leczenie mało inwazyjne chorób klatki piersiowej. Zakładanie protez czasowych i stałych tchawicznych i przełykowych.
- 10) współpraca dydaktyczna z pionem pulmonologii i onkologii z zakresu chorób chirurgicznych klatki piersiowej ze szczególnym uwzględnieniem raka płuc.
- 11) szkolenie lekarzy z zakresu chirurgii klatki piersiowej wymaganych do specjalizacji z chirurgii ogólnej, pulmonologii, anestezjologii, chirurgii urazowo-ortopedycznej i onkologicznej i innych specjalności.
- 12) współpraca z ośrodkami klinicznymi prowadzącymi działalność naukowo-badawczą z zakresu chorób chirurgicznych klatki piersiowej.
- 13) prowadzenie zajęć dydaktycznych dla studentów kierunków medycznych, zgodnie z zawartymi umowami,
- 14) celowe, oszczędne, tj. z zachowaniem zasady uzyskania najlepszych efektów z danych nakładów, racjonalne i zgodne z zasadą gospodarności wykorzystanie środków finansowych i zasobów Centrum,
- 15) wykonywanie innych zadań w zakresie kompetencji, zleconych przez Dyrektora lub Zastępcy Dyrektora ds. medycznych.

§ 2.

W strukturze oddziału funkcjonuje Gabinet diagnostyczno - zabiegowy AOS.

REGULAMIN Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii

§ 1.

1. Do zadań Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii w szczególności należy:

- 1) leczenie chorych w stanach zagrożenia życia spowodowanych potencjalnie odwracalną niewydolnością lub kilku podstawowych układów organizmu,
- 2) leczenia zaburzenia układu oddechowego m.in.:
 - a) ostra niewydolność oddechowa wymagająca leczenia respiratorem,
 - b) zaostrzenia przewlekłej niewydolności oddechowej wymagającej leczenia respiratorem,
 - c) znajdowanie się pacjenta w stan astmatyczny, nie ustępujący po konwencjonalnym leczeniu farmakologicznym,
 - d) zatoru naczyń płucnych zagrażający życiu,
 - e) patologii układu oddechowego ze wskazaniem zapotrzebowania na tlen, wymagający jednocześnie sedacji i leczenia respiratorem,
- 3) leczenia zaburzeń układu krążenia m.in.:
 - a) ciężkiego wstrząsu hypowolemicznego, pourazowego, septycznego, anafilaktycznego,
 - b) głębokiej hipotensji wymagającej intensywnej resuscytacji płynowej, wlewu katecholamin i tlenoterapii połączona z koniecznością monitorowania CO, CL, oporów obwodowych,
 - c) śpiączki z powodów innych niż neurologiczne, połączona z niewydolnością oddechową,
 - d) ciężkiej posocznicy z zaburzeniami krążenia i wstrząsem septycznym,
 - e) ostrego zapalenia trzustki martwiczo-krwotoczne z niewydolnością wielonarządową,
 - f) urazów lub oparzeń ze wstrząsem, zaburzeniami oddechowymi,
 - g) powikłań pooperacyjnych tj.:
 - konieczność zastosowania przedłużonej sztucznej wentylacji,
 - stabilnego stanu pacjenta z koniecznością stałego inwazyjnego lub intensywnego monitorowania.
- 4) wykonywanie znieczuleń na rzecz pacjentów Centrum
 - 1) badanie pacjentów zgłoszonych do zabiegu operacyjnego
 - 2) ustalenie zasad przygotowania Pacjentów do znieczulenia, w tym także kwalifikowanie Pacjentów do znieczulenia, wybór metody znieczulenia, uzyskanie zgody Pacjenta na znieczulenie, nadzorowanie znieczulenia
 - 3) przeprowadzanie konsultacji anestezjologiczne we wszystkich oddziałach Centrum.
 - 4) sprawowanie opieki około i pooperacyjnej nad Pacjentem.
 - 5) koordynacja czynności reanimacyjnych w Komórkach Organizacyjnych Centrum.
- 6) kształcenie i szkolenie personelu medycznego Centrum w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii.
- 7) prowadzenie zajęć dydaktycznych dla studentów kierunków medycznych, zgodnie z zawartymi umowami.
- 8) celowe, oszczędne, tj. z zachowaniem zasady uzyskania najlepszych efektów z danych nakładów, racjonalne i zgodne z zasadą gospodarności wykorzystanie środków finansowych i zasobów Centrum.
- 9) wykonywanie innych zadań w ramach kompetencji Oddziału zleconych przez Dyrektora lub Zastępcę Dyrektora ds. medycznych.

§ 2.

3. Do oddziału może być przyjęty Pacjent, który najpóźniej w dniu przyjęcia ukończył 18 rok życia.
4. Warunkiem przyjęcia na Oddział Pacjenta poza cenzusem wiekowym określonym w ust. 2 jest stan Pacjenta równy lub przekraczający 25 pkt według skali TISS Cullena
5. Na Oddziale znajdują się łóżka zapewniające możliwość hospitalizacji 4 Pacjentów jednocześnie.

REGULAMIN
Oddziału Alergologiczno - Pulmonologicznego

§1.

1. Do zadań Oddziału Alergologiczno-Pulmonologicznego w szczególności należy:
 - 1) diagnostyka i terapia chorych ze schorzeniami układu oddechowego, w tym również schorzeniami alergicznymi dróg oddechowych,
 - 2) diagnostyka i leczenie alergii na jad owadów, diagnostyka alergii na leki, alergii pokarmowych, skórnych, alergicznego zapalenia naczyń, obrzęków naczyńioruchowych w tym wrodzone HAE, reakcje anafilaktyczne, mastocytozę itp.,
 - 3) diagnostyka, rozpoznawanie i leczenie w ramach programów lekowych, w trybie hospitalizacji oraz w trybie ambulatoryjnym,
 - 4) wykonywanie procedur inwazyjnych , takich jak np. bronchoskopia, EBUS, biopsje płuc pod kontrolą TK, próby prowokacji żywym owadem, próby ekspozycyjne z lekami,
 - 5) w Oddziale może być prowadzona nieinwazyjna wentylacja,
 - 6) zapewnienie kompleksowych, całodobowych świadczeń pielęgnacyjnych,
 - 7) zapewnienie pacjentom ciągłości leczenia,
 - 8) zapewnienie odpowiednich warunków socjalno-bytowych pacjentom przebywającym na oddziałach,
 - 9) prowadzenie szkoleń przed - i podyplomowych na kierunkach medycznych, zgodnie z posiadaną akredytacją i podpisanymi umowami.
 - 10) współpraca z ośrodkami klinicznymi prowadzącymi działalność w określonym zakresie,
 - 11) szerzenie oświaty i profilaktyki zdrowotnej wśród pacjentów,
 - 12) opracowanie nowych i uaktualnianie obowiązujących procedur medycznych,
 - 13) celowe, oszczędne, tj. z zachowaniem zasady uzyskania najlepszych efektów z danych nakładów, racjonalne i zgodne z zasadą gospodarności wykorzystanie środków finansowych i zasobów Centrum,
 - 14) wykonywanie innych zadań w ramach kompetencji Oddziału zleconych przez Dyrektora lub Zastępcę Dyrektora ds. medycznych
2. Za organizację udzielania świadczeń i funkcjonowanie oddziału zgodnie z obowiązującymi przepisami i najwyższą jakością usług odpowiada Koordynator oddziału.
3. Za organizację pracy i jakość opieki pielęgniarzkiej, zaopatrzenie w środki medyczne i materiałowe, sprawność techniczną sprzętu oraz za stan sanitarno – higieniczny pomieszczeń odpowiada pielęgniarka oddziałowa.
4. Oddział może być udostępniany w odpowiednim zakresie na cele dydaktyczne, na podstawie odrębnej umowy, nie ograniczając przy tym zadań statutowych Centrum.

REGULAMIN
Oddziału Pulmonologicznego
z Pododdziałem Gruźlicy

§1.

1. Do zadań Oddziału Pulmonologicznego z Pododdziałem Gruźlicy w szczególności należy:
 - 1) diagnostyka, rozpoznawanie i leczenie specjalistyczne w ramach hospitalizacji,
 - 2) diagnostyka, rozpoznawanie i leczenie w ramach programów lekowych, w trybie hospitalizacji oraz w trybie ambulatoryjnym,
 - 3) zapewnienie kompleksowych, całodobowych świadczeń pielęgniarских,
 - 4) zapewnienie ciągłości leczenia pacjentom,
 - 5) zapewnienie odpowiednich warunków socjalno – bytowych pacjentom przebywającym w oddziale,
 - 6) szkolenie lekarzy specjalizujących się,
 - 7) szerzenie oświaty i profilaktyki zdrowotnej wśród pacjentów,
 - 8) opracowywanie nowych i uaktualnianie już obowiązujących procedur medycznych,
 - 9) współpraca z ośrodkami klinicznymi prowadzącymi działalność w zakresie gruźlicy,
 - 10) celowe, oszczędne, tj. z zachowaniem zasady uzyskania najlepszych efektów z danych nakładów, racjonalne i zgodne z zasadą gospodarności wykorzystanie środków finansowych i zasobów Centrum,
 - 11) wykonywanie innych zadań w ramach kompetencji Oddziału zleconych przez Dyrektora lub Zastępcę Dyrektora ds. medycznych
2. Za organizację udzielania świadczeń i funkcjonowanie oddziału zgodnie z obowiązującymi przepisami i najwyższą jakością usług odpowiada Ordynator oddziału.
3. Za pracę i jakość opieki pielęgniarской, zaopatrzenie w środki medyczne i materiałowe, sprawność techniczną sprzętu oraz za stan sanitarno – higieniczny pomieszczeń odpowiada Pielęgniarka Oddziałowa.
4. Oddział może być udostępniany w odpowiednim zakresie na cele dydaktyczne, na podstawie odrębnej umowy, nie ograniczając przy tym zadań statutowych Centrum.

REGULAMIN
Oddziału Onkologii z Pododdziałem Chemioterapii

§ 1.

1. Do zadań Oddziału Onkologii z Pododdziałem Chemioterapii w szczególności należy:
 - 1) leczenie specjalistyczne w ramach hospitalizacji:
 - b) chemioterapia i leczenie powikłań po chemioterapii,
 - c) immunoterapii i leczenie powikłań po immunoterapii,
 - 2) diagnostyka, rozpoznawanie i leczenie w ramach programów lekowych, w trybie hospitalizacji oraz w trybie ambulatoryjnym,
 - 3) zapewnienie kompleksowych, całodobowych świadczeń pielęgnarskich,
 - 4) zapewnienie ciągłości leczenia pacjentom,
 - 5) zapewnienie odpowiednich warunków socjalno – bytowych pacjentom przebywającym w oddziale,
 - 6) szkolenie lekarzy i pielęgniarek specjalizujących się,
 - 7) szerzenie oświaty i profilaktyki zdrowotnej wśród pacjentów,
 - 8) opracowywanie nowych i uaktualnianie obowiązujących procedur medycznych,
 - 9) organizacja i prowadzenie badań klinicznych produktów leczniczych,
 - 10) współpraca z ośrodkami klinicznymi prowadzącymi działalność w zakresie leczenia nowotworów układu oddechowego,
 - 11) celowe, oszczędne, tj. z zachowaniem zasady uzyskania najlepszych efektów z danych nakładów, racjonalne i zgodne z zasadą gospodarności wykorzystanie środków finansowych i zasobów Centrum,
 - 12) wykonywanie innych zadań w ramach kompetencji Oddziału zleconych przez Dyrektora lub Zastępcę Dyrektora ds. medycznych.
2. W strukturze oddziału wyodrębniono działalność Ośrodka Badań Klinicznych.
3. W strukturze oddziału funkcjonuje Chemioterapia dnia, której sale wyposażone są w specjalistyczne łóżka-fotele do aplikowania chemioterapii, ramach tzw. chemii dnia pacjenci po przyjęciu leków idą do domów.
4. Za organizację udzielania świadczeń i funkcjonowanie oddziału zgodnie z obowiązującymi przepisami i najwyższą jakością usług odpowiada Koordynator oddziału.
5. Za organizację pracy i jakość opieki pielęgnarskiej, zaopatrzenie w środki medyczne i materiałowe, sprawność techniczną sprzętu oraz za stan sanitarno – higieniczny pomieszczeń odpowiada pielęgniarka oddziałowa.
6. Oddział może być udostępniany w odpowiednim zakresie na cele dydaktyczne, na podstawie odrębnej umowy, nie ograniczając przy tym zadań statutowych Centrum.

REGULAMIN
Oddziału Rehabilitacji Pulmonologicznej
z Ośrodkiem Rehabilitacji Diennej

§1.

1. Do zadań Oddziału Rehabilitacji Pulmonologicznej z Ośrodkiem Rehabilitacji Diennej w szczególności należy:
 - 1) rozpoznanie i leczenie specjalistyczne w ramach hospitalizacji,
 - 2) prowadzenie rehabilitacji leczniczej i kompleksowych działań przyczyniających się do poprawy zdrowia pacjenta,
 - 3) zapewnienie kompleksowych, całodobowych świadczeń pielęgnacyjnych,
 - 4) zapewnienie ciągłości leczenia pacjentom,
 - 5) zapewnienie odpowiednich warunków socjalno-bytowych pacjentom przebywającym na oddziałach,
 - 6) prowadzenie szkoleń lekarzy specjalizujących się i studentów w zakresie rehabilitacji pulmonologicznej,
 - 7) współpraca z ośrodkami klinicznymi prowadzącymi działalność w określonym zakresie,
 - 8) szerzenie oświaty i profilaktyki zdrowotnej wśród pacjentów,
 - 9) opracowanie nowych i uaktualnianie obowiązujących procedur medycznych,
 - 10) celowe, oszczędne, tj. z zachowaniem zasady uzyskania najlepszych efektów z danych nakładów, racjonalne i zgodne z zasadą gospodarności wykorzystanie środków finansowych i zasobów Centrum,
 - 11) wykonywanie innych zadań w ramach kompetencji Oddziału zleconych przez Dyrektora lub Zastępcę Dyrektora ds. medycznych.
2. W ramach rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku dziennym udzielane są:
 - 1) konsultacje lekarskie,
 - 2) zabiegi fizjoterapeutyczne, dostosowane do stanu klinicznego pacjenta,
 - 3) indywidualne zajęcia z pacjentem, w zależności od jego stanu zdrowia,
 - 4) zajęcia grupowe oraz zajęcia indywidualne.
3. Za organizację udzielania świadczeń i funkcjonowanie oddziału zgodnie z obowiązującymi przepisami i najwyższą jakością usług odpowiada Koordynator oddziału.
4. Za organizację pracy i jakość opieki pielęgniarstwa, zaopatrzenie w środki medyczne i materiałowe, sprawność techniczną sprzętu oraz za stan sanitarno – higieniczny pomieszczeń odpowiada pielęgniarka koordynująca.
5. Oddział może być udostępniany w odpowiednim zakresie na cele dydaktyczne, na podstawie odrębnej umowy, nie ograniczając przy tym zadań statutowych Centrum.

REGULAMIN

Ośrodka Rehabilitacji Diennej

1. W Ośrodku Rehabilitacji Diennej udzielane są:
 - a. konsultacje lekarskie,
 - b. zabiegi fizjoterapeutyczne, dostosowane do stanu klinicznego pacjenta,
 - c. indywidualne zajęcia z pacjentem, w zależności od jego stanu zdrowia,
 - d. zajęcia grupowe.
2. W ramach rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku rehabilitacji dziennej pacjenci mogą korzystać z zabiegów z zakresu
 - a) Kinezyterapii
 - b) Elektrolecznictwa
 - c) Światłolecznictwa
 - d) Laseroterapii
 - e) Termolecznictwa (okłady żelowe) i krioterapii miejscowej
 - f) Pól elektromagnetycznego
 - g) Ultradźwięków
 - h) Masażu wibracyjnego
3. Czas trwania rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku dziennym wynosi od 3 do 6 tygodni, przez 5 dni w tygodniu, średnio 5 zabiegów dziennie u każdego pacjenta w okresie sprawozdawczym. Pacjent przebywa w ośrodku dziennym rehabilitacji ogólnoustrojowej nie krócej niż 4 godziny dziennie.
4. Za organizację udzielania świadczeń i funkcjonowanie oddziału zgodnie z obowiązującymi przepisami i najwyższą jakością usług odpowiada koordynator oddziału.
5. Za organizację pracy i jakość opieki pielęgniarstwa, zaopatrzenie w środki medyczne i materiałowe, sprawność techniczną sprzętu oraz za stan sanitarno – higieniczny pomieszczeń odpowiada pielęgniarka koordynująca.
6. Za planowanie , organizowanie i nadzorowanie procesu diagnostyczno – leczniczego w zakresie fizjoterapii, realizowanego przez zespół fizjoterapeutów zgodnie z obowiązującymi standardami i przepisami prawa odpowiada wyznaczony fizjoterapeuta.
7. Oddział może być udostępniany w odpowiednim zakresie na cele dydaktyczne, na podstawie odrębnej umowy, nie ograniczając przy tym zadań statutowych Centrum.

REGULAMIN Bloku operacyjnego

§ 1.

1. Blok Operacyjny utrzymywany jest w stanie stałego pogotowia operacyjnego w celu możliwości wykonania zabiegu o każdej porze.
2. Zabiegi planowe odbywają się zgodnie z harmonogramem ustalonym przez Kierownika Bloku Operacyjnego w porozumieniu z koordynatorem OAiT, uwzględniającym potrzeby zabiegowe Centrum oraz możliwości ich zabezpieczenia przez oba zespoły. Świadczenia realizowane na Bloku Operacyjnym są przez dwa zespoły:
 - a) **zabiegowy**, który tworzą lekarze o specjalizacji zabiegowej i pielęgniarki /-arze operacyjni
 - b) **anestezjologiczny**, który tworzą lekarze anestezjolodzy i pielęgniarki /-arze anestezjologiczni
3. Blok Operacyjny składa się z :
 - a. dwóch sal operacyjnych
 - b. śluzu dla personelu, z szatniami brudną i czystą
 - c. pomieszczenia przygotowawczego pacjenta
 - d. magazynów czystych przy salach operacyjnych
 - e. Sali Wybudzeń
 - f. pomieszczeń socjalnych dla personelu
 - g. pomieszczenia dekontaminacji narzędzi
 - h. pomieszczenia dekontaminacji wózków transportowych
 - i. magazynu i pomieszczeń porządkowych
4. Każdy pacjent wjeżdżający na Blok Operacyjny jest przyjęty przez Zespół Anestezjologiczny z historią choroby, podpisaną zgodą na zabieg oraz znieczulenie, określoną grupą krwi i zapotrzebowaniem na ew. krew. Założoną kaniulą obwodową typu wenflon o średnicy 18G (zielony), ewentualnie 20G (różowy) na kończynie górnej w zależności od operowanej strony.
 - a. Oznaczoną stroną operowaną flamastrem – X – w przypadku operowania narządów parzystych (wymóg Okołooperacyjnej Karty Kontrolnej wg WHO).
 - b. Każdy pacjent, który wymaga zastosowania antybiotyku w profilaktyce okołooperacyjnej ma podany na oddziale.
5. Po wykonanym zabiegu, jeden z członków zespołu operacyjnego – wyznaczony przez operatora – pozostaje na sali operacyjnej do momentu wybudzenia oraz pomocy przy przełożeniu pacjenta.
6. Przerwy pomiędzy zabiegami wynoszą 30 minut **(licząc od wjazdu pacjenta na Salę Wybudzeń z Sali Operacyjnej)**
 - a. W skład tego czasu wchodzi m.in.: posprzątanie po zabiegu, dezynfekcja sprzętu pomocniczego i Sali (skuteczne działanie środka dezynfekcyjnego –15 minut od użycia.
 - b. przygotowanie niezbędnego sprzętu do kolejnego zabiegu.
 - c. Wezwanie kolejnego pacjenta do operacji następuje po 30 minutach od przekazania poprzedniego pacjenta na Salę Wybudzeń.
7. Wraz z przyjazdem pacjenta na Blok Operacyjny zespół operacyjny (minimum asysta) zobowiązany jest do niezwłocznego przybycia na Blok Operacyjny.
8. Plan operacji z oddziału musi być dostarczany na Blok Operacyjny oraz w systemie informatycznym CGM CLININET do godz. 14:00 w przeddzień planowych zabiegów operacyjnych.
9. Wprowadza się poniższe tryby zabiegów:

- a) zabieg w trybie **natychmiastowym** – zabieg wykonywany natychmiast od podjęcia przez operatora decyzji o interwencji, liczony od zgłoszenia telefonicznego oraz w systemie informatycznym u pacjenta w stanie **bezpośredniego zagrożenia życia, groźby utraty kończyny czy narządu lub ich funkcji**; stabilizacja stanu pacjenta prowadzona jest równocześnie z zabiegiem operacyjnym.
 - b) zabieg w trybie **pilnym** – zabieg wykonywany w ciągu 6 godzin od podjęcia decyzji przez operatora, liczony od zgłoszenia w systemie informatycznym oraz telefonicznego powiadomienia, u pacjenta z ostrymi objawami choroby lub pogorszeniem stanu klinicznego, które potencjalnie zagrażają jego życiu albo mogą stanowić zagrożenie dla utrzymania kończyny czy organu, lub z innymi problemami zdrowotnymi niedającymi się opanować leczeniem zachowawczym;
 - c) zabieg w trybie **przyspieszonym** – zabieg wykonywany w ciągu kilku dni od podjęcia decyzji przez operatora, u pacjenta, który wymaga wczesnego leczenia zabiegowego, lecz wpływ schorzenia na stan kliniczny pacjenta nie ma cech opisanych dla zabiegu w trybie natychmiastowym i pilnym;
 - d) zabieg w trybie **planowym** – zabieg wykonywany według Harmonogramu zabiegów planowych, u pacjenta w optymalnym stanie ogólnym, w czasie dogodnym dla pacjenta i operatora.
- 10. Zabiegi w trybie natychmiastowym mają najwyższy priorytet. Zabieg ten musi odbyć się na najszybciej dostępnej sali operacyjnej bez względu na Harmonogram planowanych zabiegów rozpisany na danej sali operacyjnej.
 - 11. O kolejności zabiegów, w przypadku zmiany planu operacyjnego lub zgłoszenia w trybie pilnym lub natychmiastowym decyduje Koordynator Bloku a podczas jego nieobecności lekarz zastępujący Koordynatora OCKP – specjalista torakochirurgii.
 - 12. Obowiązuje bezwzględny nakaz rozpisywania operatorów konkretnych zabiegów, którzy są w całości odpowiedzialni za kwalifikację i przygotowanie pacjenta do operacji oraz za komplet wymaganych dokumentów (zgoda na zabieg, oznaczona i potwierdzona grupa krwi, zabezpieczenie na krew itd.), zesłanie pacjenta w systemie informatycznym.
 - 13. Na sali operacyjnej obowiązuje model: zespół anestezjologiczny + operacyjny + do 4 stażystów/studentów, obserwatorów. Za stażystów/studentów odpowiada wyznaczony lekarz przez Koordynatora Oddziału.
 - 14. Istnieje możliwość zwiększania ilości w/w osób na sali operacyjnej za zgodą Koordynatora Bloku Operacyjnego i Koordynatora OAiT.
 - 15. W przypadku pobierania materiału do badania histopatologicznego Operator zobowiązany jest do napisania skierowania na badanie bezpośrednio przed lub po zakończonej operacji.

§ 2

Kierownik lub Ordynator/Koordynator odpowiada za celowe, oszczędne, tj. z zachowaniem zasady uzyskania najlepszych efektów z danych nakładów, racjonalne i zgodne z zasadą gospodarności wykorzystanie środków finansowych i zasobów Centrum,

REGULAMIN
Oddział Chirurgii Jednego Dnia

§ 1.

1. Do zadań Oddziału Chirurgii Jednego Dnia w szczególności należy: diagnostyką oraz leczeniem operacyjnym schorzeń w zakresie ucha zewnętrznego, nosa i zatok przynosowych. Jest możliwość wykonywania zabiegów plastyki skrzywionej przegrody nosa, usuwania polipów nosa i zabiegów endoskopowych.
2. Oddział Chirurgii Jednego Dnia współpracuje z Poradnią Diagnostyki i Leczenia Bezdechu Sennego.
3. Świadczenia realizowane są w trybie chirurgii jednego dnia, czyli takim, w którym od przyjęcia do wypisania pacjenta ze szpitala mija nie więcej niż 24 godziny.
4. Za organizację udzielania świadczeń i funkcjonowanie oddziału zgodnie z obowiązującymi przepisami i najwyższą jakością usług odpowiada lekarz otolaryngolog.
5. Za organizację pracy i jakość opieki pielęgniarstwa, zaopatrzenie w środki medyczne i materiałowe, sprawność techniczną sprzętu oraz za stan sanitarno – higieniczny pomieszczeń odpowiada pielęgniarka.
6. Oddział może być udostępniany w odpowiednim zakresie na cele dydaktyczne, na podstawie odrębnej umowy, nie ograniczając przy tym zadań statutowych Centrum.

REGULAMIN Działu Obsługi Świadczeń Medycznych

§ 1.

1. Kierownik Działu obsługi świadczeń medycznych w zakresie wykonywania swoich czynności podlega bezpośrednio Dyrektorowi Centrum.
2. Kierownikowi Działu obsługi świadczeń medycznych podlegają sekretarki medyczne, koordynatorki DİLO oraz rejestratorki pracujące w Centrum.
3. Kierownik/Koordynator odpowiada za celowe, oszczędne, tj. z zachowaniem zasady uzyskania najlepszych efektów z danych nakładów, racjonalne i zgodne z zasadą gospodarności wykorzystanie środków finansowych i zasobów Centrum,

§ 2.

1. Do zadań Działu w zakresie sekretarek/asystentek medycznych należy:
 - a) Kompletowanie i wprowadzenie do systemu informacji dotyczących pacjenta (dokumentacji z dotychczasowego leczenia, wyników badań, informacji o przebytych lub istniejących schorzeniach i przyjmowanych lekach, itp.) zebranych w formie papierowej jak również w formie nagrania dźwiękowego.
 - b) Codzienna współpraca z lekarzem, w tym w szczególności:
 - dokonywanie wpisów w dokumentacji medycznej na podstawie np. przekazanego nagrania dźwiękowego,
 - umawianie wizyt, konsultacji, badań wewnętrznych i zewnętrznych, transportów,
 - przygotowanie wizyt: kompletowanie dokumentacji, wyników badań, itp.,
 - segregacja, kompletowanie i odbieranie wyników badań z pracowni diagnostycznych oraz wyników badań wykonywanych poza szpitalem,
 - przygotowywanie wpisów do KRN, do kart DİLO,
 - telefoniczny kontakt z pacjentem: umawianie wizyt, informacja o badaniach, umawianie terminów itp.,
 - c) Administracyjna obsługa pacjentów w programach lekowych, w tym przede wszystkim:
 - terminowe umawianie wizyt zgodnie z wymogami programu,
 - przygotowanie wizyty, w tym m.in. kompletowanie wyników badań, niezbędnej dokumentacji (np. ankiety) itp.,
 - dokonywanie wpisów w SMPT oraz przygotowywanie historii choroby,
 - d) Kompletowanie dokumentacji przed wypisem pacjenta z oddziału.
 - e) Wypisywanie pod nadzorem lekarza kart informacyjnych, skierowań na badania i zabiegi, zaświadczeń o niezdolności do pracy oraz innych dokumentów związanych z działalnością profilaktyczno-leczniczą.
 - f) Dostarczanie z archiwum niezbędnej dokumentacji.
 - g) Kserowanie materiałów na potrzeby oddziału.
 - h) Zaopatrywanie oddziału w druki medyczne.
 - i) Wpisywanie pacjenta na właściwą listę oczekujących i weryfikacja danych.
 - j) Skreślanie pacjenta z list oczekujących w przypadkach określonych odpowiednimi przepisami.
 - k) Współpraca z rejestratorkami przychodni specjalistycznej w zakresie monitorowania pacjentów z kartą DİLO,
 - l) Współpraca z lekarzem w zakresie dokonywania zgłoszeń w KRN oraz zakładanie kart DİLO,
 - m) Monitorowanie standardów medycznych i klinicznych;
 - n) Weryfikacja kart zgłoszeń nowotworów;
 - o) Zestawienie założonych kart DİLO i statystyka DİLO;
 - p) Uzupełnianie i odnotowywanie kart KZNZ w historii choroby;
 - q) Wysyłanie kart zgłoszenia nowotworów do Warmińsko -Mazurskiego Rejestru Nowotworów.
2. Do zadań Działu w zakresie rejestratorek/asystentek medycznych należy:
 - a) udzielanie informacji na temat usług medycznych świadczonych przez przychodnię oraz zasad jej funkcjonowania;

- b) rejestracja pacjentów, zgłaszających się osobiście jak również telefonicznie;
 - c) przy współpracy z lekarzem prowadzenie rejestru pacjenta w aplikacji DILO;
 - d) zakładanie dokumentacji medycznej pacjentów przychodni;
 - e) wprowadzanie danych pacjentów do baz danych – zgodnie z aktualnie obowiązującymi przepisami (kolejki oczekujących, AP-KOLCE) ze szczególnym uwzględnieniem spójności z aplikacją DILO;
 - f) kodowanie wizyt pacjentów, zgodnie z wymogami NFZ;
 - g) prowadzenie prawidłowych kalendarzy rejestracji, w razie konieczności informowanie pacjentów o zmianach w terminarzach lekarzy;
 - h) kserowanie i skanowanie dokumentacji na potrzeby poradni wchodzących w skład przychodni i pacjentów;
 - i) kompletowanie i segregacja wyników badań;
 - j) dostarczanie dokumentacji do gabinetów;
 - k) zabezpieczenie i właściwe przechowywanie dokumentacji;
 - l) pomoc w prowadzeniu dokumentacji medycznej pacjentów przy współpracy i pod nadzorem lekarza;
3. Do zadań Działu w zakresie Koordynatorów DILO należy:
- a) Koordynacja planu leczenia pacjenta poprzez prowadzenie pacjenta tzw. SZYBKĄ ŚCIEŻKĄ ONKOLOGICZNĄ od momentu skierowania na konsylium do zakończenia leczenia i przekazania pod opiekę lekarza specjalisty /POZ,
 - b) Dbanie o kompletność dokumentacji związanej z kartą diagnostyki i leczenia onkologicznego pacjenta;
 - c) Koordynacja terminowego wykonania badań diagnostycznych oraz realizacji terminów w poszczególnych etapach karty DILO;
 - d) Zapewnianie pacjentowi przepływu informacji na wszystkich etapach związanych z leczeniem onkologicznym;
 - e) Uczestnictwo w konsyliach lekarskich, sporządzenie protokołów z posiedzeń;
 - f) Bieżąca współpraca z personelem medycznym w zakresie realizacji świadczeń dot. pakietu onkologicznego oraz Działem Analiz i Rozliczeń odpowiedzialnym za rozliczanie świadczeń dot. pakietu onkologicznego do NFZ;
 - g) Przygotowywanie na bieżąco sprawozdań z realizacji pakietu onkologicznego;

§ 3.

Pracownicy Działu Obsługi Świadczeń Medycznych współpracują z komórkami organizacyjnymi Centrum, w szczególności z:

- 1) z Działem Analiz i Rozliczeń
- 2) z Sekcją Organizacji
- 3) Sekcją Informatyczną,
- 4) współpraca z Działem Techniczno – Gospodarczym: zamawianie druków dokumentacji medycznej.

REGULAMIN Przychodni Specjalistycznej

§ 1.

W skład Przychodni Specjalistycznej wchodzi:

- 1) Poradnia pulmonologiczna,
- 2) Poradnia chirurgii klatki piersiowej,
- 3) Poradnia diagnostyki i leczenia bezdechu sennego,
- 4) Poradnia alergologiczna,
- 5) Poradnia onkologiczna,
- 6) Poradnia otolaryngologiczna,
- 7) Gabinet diagnostyczno-zabiegowy AOS.

§ 2.

1. Do zadań Przychodni Specjalistycznej należy w szczególności:
 1. udzielanie świadczeń w zakresie specjalistycznej ambulatoryjnej opieki zdrowotnej w wydzielonych poradniach,
 2. wykonywanie innych zadań w ramach kompetencji poradni zleconych przez Dyrektora lub Zastępców Dyrektora.
2. Za organizację pracy i sprawną realizację zadań oraz jakość udzielanych świadczeń w Przychodni odpowiedzialny jest Kierownik/ Koordynator.
3. Kierownik/Koordynator odpowiada za celowe, oszczędne, tj. z zachowaniem zasady uzyskania najlepszych efektów z danych nakładów, racjonalne i zgodne z zasadą gospodarności wykorzystanie środków finansowych i zasobów Centrum,
4. Za organizację i jakość udzielanych świadczeń pielęgniarских, wyposażenie w sprzęt i materiały niezbędne do realizacji świadczeń, za zgodne z procedurami i przepisami prawnymi prowadzenie dokumentacji, za stan sanitarno – higieniczny poradni odpowiada Pielęgniarka Koordynująca.
5. Pacjent ma prawo do wyboru lekarza specjalisty spośród lekarzy udzielających świadczeń ambulatoryjnych.
6. Świadczenia specjalistyczne udzielane są według kolejności zgłoszeń.
7. Poradnie specjalistyczne prowadzą listy oczekujących na świadczenia.
8. Rejestracja pacjentów może być dokonywana osobiście, telefonicznie i za pośrednictwem Internetu.

REGULAMIN

Pracowni Badań Czynnościowych i Diagnostyki Alergologicznej

§ 1.

1. Do zadań Pracowni diagnostycznych w szczególności należy:
 - 1) wykonywanie badań dla potrzeb Centrum,
 - 2) wykonywanie badań w ramach realizacji umów z innym podmiotami
 - 3) realizacja programów profilaktycznych,
 - 4) wykonywanie badań na zlecenie osób prywatnych, instytucji,
 - 5) prowadzenie statystyki oraz sporządzanie sprawozdań,
 - 6) wykonywanie innych zadań w ramach kompetencji Oddziału zleconych przez Dyrektora lub Zastępcę Dyrektora ds. medycznych.
2. Za organizację i jakość pracy pielęgniarek, zaopatrzenie w środki i materiały niezbędne do realizacji świadczeń diagnostycznych oraz za stan sanitarno-higieniczny pomieszczeń odpowiada pielęgniarka koordynująca.
3. Kierownik/Koordynator odpowiada za celowe, oszczędne, tj. z zachowaniem zasady uzyskania najlepszych efektów z danych nakładów, racjonalne i zgodne z zasadą gospodarności wykorzystanie środków finansowych i zasobów Centrum,

§2.

1. W Pracowni Badań Czynnościowych wykonywane są następujące badania:
 - 1) spirometria,
 - 2) ergospirometria,
 - 3) bodypletyzmografia,
 - 4) testy punktowe alergologiczne typu „prick”
 - 5) DLCO współczynnik transferu płucnego dla tlenu węgla
 - 6) pomiar stężenie tlenu azotu w wydychanym powietrzu (FENO)
 - 7) inhalacyjny system prowokacji alergologicznych (ISPA)
 - 8) test marszu
 - 9) test wysiłkowy

§3.

W skład pracowni wchodzi:

- 1) pracownia badań czynnościowych,
- 2) pracownia diagnostyki alergologicznej.

§4.

1. Przyjmowanie chorych w pracowni odbywa się po uprzedniej rejestracji telefonicznej lub osobistej na podstawie zlecenia lekarza.
2. Pacjenci przebywający na oddziałach są zgłaszani telefonicznie przed badaniem, a pracownia otrzymuje skierowanie na badanie w formie papierowej i elektronicznej.
3. W przypadku badań nagłych i niecierpiących zwłoki wykonuje się je poza kolejnością.
4. Bez skierowania mogą być wykonywane badania w ramach programów profilaktycznych.
5. Badania w pierwszej kolejności odbywają się dla pacjentów oczekujących w kolejce na udzielenie świadczenia, następnie dla chorych ze Szpitala. Jeżeli zachodzi konieczność uzasadniona względami medycznymi i stanem zdrowia pacjenta – przyjęcie pacjenta odbywa się poza kolejnością.

REGULAMIN Pracowni Bronchoskopii

§ 1.

1. Do zadań Pracowni Bronchoskopii należy w szczególności:
 - 1) wykonywanie badań bronchoskopowych oraz badań EBUS
 - a) na potrzeby Centrum,
 - b) ambulatoryjnych zgodnie z umową z Narodowym Funduszem Zdrowia,
 - c) ambulatoryjnych na potrzeby innych jednostek szpitalnych na podstawie odpowiednich umów,
 - d) odpłatnie na podstawie skierowania z innych placówek opieki zdrowotnej,
 - 2) opracowywanie nowych i uaktualnianie obowiązujących procedur medycznych,
 - 3) współpraca w realizacji zakupów zgodnie z ustawą o zamówieniach publicznych, Regulaminem zamówień publicznych obowiązującym w Centrum zasadą racjonalności i gospodarności,
 - 4) kształcenie personelu medycznego zgodnie z zawartymi umowami,
 - 5) wykonywanie innych zadań w ramach kompetencji Pracowni zleconych przez Dyrektora lub Zastępcę Dyrektora ds. medycznych,
 - 6) celowe, oszczędne, tj. z zachowaniem zasady uzyskania najlepszych efektów z danych nakładów, racjonalne i zgodne z zasadą gospodarności wykorzystanie środków finansowych i zasobów Centrum,

§ 2.

1. Za zabezpieczenie należytego wykonywania zadań pracowni bronchoskopii odpowiada jej Kierownik.
2. Kierownik pracownik ustala i wprowadza niezbędne dokumenty pozwalające na zachowanie ciągłości pracy pracowni w porozumieniu z Zastępcą Dyrektora ds. medycznych oraz Zastępcą Dyrektora ds. pielęgniarstwa.

§ 3.

1. Wykonywanie badań bronchoskopowych odbywa się według ustalonego poprzedniego dnia harmonogramu, badania ambulatoryjne wykonywane są po uprzednim uzgodnieniu telefonicznym dnia i godziny badania.
2. Chorzy przebywający na oddziałach na badanie kierowani są na podstawie skierowania wystawionego w systemie informatycznym.
3. Pobrany w trakcie badania materiał przekazywany jest do odpowiednich komórek szpitala, celem jego opracowania (po uprzednim wypełnieniu w odpowiednich skierowań).
4. W przypadku pacjentów ambulatoryjnych wynik badania pacjenci otrzymują bezpośrednio po badaniu, drugi egzemplarz badania przechowywany jest w Pracowni Bronchoskopii.
5. Wyniki badań cytologicznych oraz histopatologicznych pacjentów oddziałowych przechowywane są w odpowiednich historiach chorób.
6. Wyniki badań cytologicznych oraz histopatologicznych pacjentów ambulatoryjnych przechowywane są w pracowni, drugi egzemplarz przesyłany jest do lekarza kierującego na badanie.

REGULAMIN Pracowni Diagnostyki Obrazowej

§ 1.

1. Do zadań Pracowni Diagnostyki Obrazowej należy:
 - 1) wykonywanie badań:
 - a) dla potrzeb Centrum,
 - b) na rzecz osób trzecich w ramach zawartych umów
 - c) odpłatnie
 - d) dla osób nieubezpieczonych i bez skierowania w ramach realizacji profilaktycznych programów zdrowotnych,
 - 2) opracowywanie nowych i uaktualnianie obowiązujących procedur medycznych,
 - 3) współpraca w realizacji zakupów zgodnie z ustawą o zamówieniach publicznych Regulaminem zamówień publicznych obowiązującym w Centrum oraz zasadą racjonalności i gospodarności,
 - 4) współudział w organizowaniu przetargów związanych z prowadzoną działalnością,
 - 5) współpraca w zakresie ochrony środowiska,
 - 6) celowe, oszczędne, tj. z zachowaniem zasady uzyskania najlepszych efektów z danych nakładów, racjonalne i zgodne z zasadą gospodarności wykorzystanie środków finansowych i zasobów Centrum
 - 7) wykonywanie innych zadań w ramach kompetencji Pracowni zleconych przez Dyrektora lub Zastępcę Dyrektora ds. medycznych,
2. Pracownia wykonuje wszelkie czynności administracyjne związane z jej zakresem działania oraz prowadzi statystykę. Na podstawie danych o ruchu chorych i wykonywanych zabiegach, pracownia sporządza sprawozdania.
3. Kierownik/Koordynator Pracowni Diagnostyki Obrazowej odpowiada za należyte wykonywanie zadań, o których mowa w ust. 1 i 2 oraz zapewnia ciągłość funkcjonowania Pracowni.

§ 2.

1. Przyjmowanie chorych w pracowni odbywa się planowo i odpowiednio do warunków miejscowych.
2. Badania USG są wykonywane po uprzedniej rejestracji telefonicznej lub osobistej.
3. Pacjenci przebywający na oddziałach są zgłaszani telefonicznie przed badaniem.
4. Badania RTG i USG pacjentów szpitalnych wykonywane są w pierwszej kolejności, następnie rejestrowani są pacjenci ambulatoryjni.
5. Badania RTG wykonywane są WYŁĄCZNIE na podstawie skierowania lekarza.
6. W przypadku nagłych i niecierpiących zwłoki dopuszczane są odstępstwa od wyznaczonych terminów.

§ 3.

1. Zdjęcia radiologiczne wraz z opisami przechowuje się w systemie elektronicznej archiwizacji typu Pacs.
2. Elektronicznie zapisane zdjęcia radiologiczne pacjentów z oddziałów lub poradni wraz z opisami przekazywane są do lekarzy zlecających badanie. Pacjenci spoza szpitala otrzymują zdjęcia w formie elektronicznej.

§ 4.

1. W przypadkach nagłych wyniki badań sporządzane są tego samego dnia, aby były od razu do dyspozycji oddziału. W innych przypadkach wyniki przygotowywane są na dzień następny tak, aby oddziały mogły korzystać z nich w czasie rannego obchodu.

REGULAMIN Pracowni Tomografii Komputerowej

§ 1.

1. Do zadań Pracowni Tomografii Komputerowej należy:
 - 1) wykonywanie badań zgodnie z przyjętymi zasadami dostępności:
 - a) dla potrzeb Centrum,
 - b) na rzecz osób trzecich w ramach zawartych umów
 - c) odpłatnie
 - d) dla osób nieubezpieczonych i bez skierowania w ramach realizacji profilaktycznych programów zdrowotnych,
 - 2) wykonywanie badań:
 - a) zgodnie z przyjętą procedurą wykonania oraz w sposób zapewniający uzyskanie technicznie dobrego i wiernego zapisu krzywej wyniku badania,
 - b) zgodnie z przepisami ochrony radiologicznej i BHP,
 - 3) opracowywanie nowych i uaktualnianie obowiązujących procedur medycznych,
 - 4) dbałość o właściwe użytkowanie i konserwację aparatury medycznej do badań,
 - 5) dbałość o prawidłowe wyposażenie pracowni,
 - 6) przestrzeganie obowiązujących regulaminów, zarządzeń, instrukcji postępowania i innych dokumentów regulujących zasady funkcjonowania,
 - 7) utrzymanie pomieszczeń pracowni w należyтым porządku i czystości,
 - 8) współpraca w realizacji zakupów zgodnie z ustawą o zamówieniach publicznych Regulaminem zamówień publicznych obowiązującym w Centrum oraz zasadą racjonalności i gospodarności,
 - 9) współudział w organizowaniu przetargów związanych z prowadzoną działalnością,
 - 10) współpraca w zakresie ochrony środowiska,
 - 11) celowe, oszczędne, tj. z zachowaniem zasady uzyskania najlepszych efektów z danych nakładów, racjonalne i zgodne z zasadą gospodarności wykorzystanie środków finansowych i zasobów Centrum.
 - 12) wykonywanie innych zadań w ramach kompetencji Pracowni zleconych przez Dyrektora lub Zastępcę Dyrektora ds. medycznych,
2. Pracownia wykonuje wszelkie czynności administracyjne związane z jej zakresem działania oraz prowadzi statystykę. Na podstawie danych o ruchu chorych i wykonywanych zabiegach, pracownia sporządza sprawozdania.
3. Kierownik/Koordynator Pracowni diagnostyki obrazowej odpowiada za należyte wykonywanie zadań, o których mowa w ust. 1 i 2 oraz zapewnia ciągłość funkcjonowania Pracowni

§ 2.

1. Przyjmowanie chorych w pracowni odbywa się planowo i odpowiednio do warunków miejscowych.
2. Badania TK są wykonywane po uprzedniej rejestracji telefonicznej lub osobistej.
3. Pacjenci przebywający na oddziałach są zgłaszani telefonicznie przed badaniem, a pracownia otrzymuje skierowanie na badanie oraz historię choroby.
4. Badania TK pacjentów szpitalnych wykonywane są w pierwszej kolejności, następnie rejestrowani są pacjenci ambulatoryjni.
5. W przypadku nagłych i niecierpiących zwłoki dopuszczane są odstępstwa od wyznaczonych terminów.
6. Badania tomografii komputerowej wykonywane są wyłącznie na pisemne skierowanie lekarskie. W sytuacji zagrożenia zdrowia, lub życia pacjenta dopuszcza się wykonanie badania na ustne zlecenie lekarza, a lekarz zlecający jest zobowiązany do dostarczenia pisemnego skierowania w terminie późniejszym.

§ 3.

1. Obraz z tomografii komputerowej wraz z opisami przechowyje się w systemie elektronicznej archiwizacji typu Pacs.
2. Zdjęcia wykonane w Pracowni przechowywane i przekazywane są lekarzom zlecającym badanie w formie elektronicznej wraz z opisami

§ 4.

1. W przypadkach nagłych wyniki badań sporządzane są tego samego dnia, aby były od razu do dyspozycji oddziałów. W innych przypadkach wyniki przygotowywane są w sposób zgodny z zawartymi umowami w zakresie teleradiologii.
2. Wyniki badania pacjentów szpitalnych odbierane są przez upoważnionych pracowników oddziałów.

REGULAMIN

Inspektora ochrony radiologicznej

§ 1.

Inspektor ochrony radiologicznej w zakresie wykonywania swoich czynności podlega bezpośrednio Dyrektorowi Centrum.

§ 2.

1. Szczegółowe zadania Inspektora Ochrony Radiologicznej ustalane są każdorazowo przez Dyrektora podczas nawiązania z Inspektorem stosunku pracy lub zawarcia umowy cywilnoprawnej oraz poprzez zmianę tych umów.
2. Harmonogram pracy Inspektora Ochrony Radiologicznej ustala Dyrektor.
3. Do zadań Inspektora ochrony radiologicznej należy nadzór nad przestrzeganiem przez jednostkę ochrony zdrowia warunków ochrony radiologicznej związanych z prowadzoną działalnością, w tym między innymi:
 - 1) opracowywanie instrukcji pracy ze źródłami promieniowania rentgenowskiego uwzględniające poszczególne stanowiska pracy w Centrum i rodzaje wykonywanych czynności (badań) w celu stworzenia podstaw do bezpiecznego stosowania źródeł promieniowania jonizującego. Instrukcja winna być zatwierdzona przez właściwego terenowo państwowego wojewódzkiego inspektora sanitarnego,
 - 2) szkolenie pracowników oraz sprawdzanie i potwierdzanie ich kwalifikacji w zakresie znajomości zasad bezpiecznego wykonywania prac przy zastosowaniu promieniowania rentgenowskiego,
 - 3) wnioskowanie do Dyrektora w sprawach wyposażenia pracowni w sprzęt ochronny i dozymetryczny,
 - 4) ustalenie wykazu środków ochrony osobistej, aparatury dozymetrycznej i wyposażenia służącego do ochrony środowiska pracy,
 - 5) nadzór nad sprawnym działaniem aparatury rentgenowskiej i dozymetrycznej właściwym przebiegiem procesu wywoływania filmów oraz nad dobrą jakością stosowanych materiałów i odczynników w celu zapewnienia dobrej jakości badań,
 - 6) zapewnienie terminowych, kontrolnych pomiarów dozymetrycznych,
 - 7) nadzór nad prawidłowym oznakowaniem miejsc pracy ze źródłami promieniowania, stref ograniczonego czasu przebywania itp.,
 - 8) wyjaśnianie przyczyn każdego wzrostu dawek ponad dotychczasowy poziom, a w szczególności przekroczeń limitów dawek wynikających z okresu pomiaru,
 - 9) prowadzenie wymaganych przepisami ewidencji:
 - 10) informowanie odpowiednich osób o wynikach prowadzonych przez Inspektora kontroli,
 - 11) przechowywanie odpowiedniej dokumentacji, wymaganej przez przepisy wewnętrzne Centrum oraz przepisy powszechnie obowiązujące,
 - 12) wykonywanie innych zadań leżących w zakresie kompetencji Inspektora zleconych przez Dyrektora lub Zastępców Dyrektora,
 - 13) celowe, oszczędne, tj. z zachowaniem zasady uzyskania najlepszych efektów z danych nakładów, racjonalne i zgodne z zasadą gospodarności wykorzystanie środków finansowych i zasobów Centrum

REGULAMIN Działu Diagnostyki Laboratoryjnej

§ 1.

W skład Działu Diagnostyki Laboratoryjnej wchodzi:

- 1) Pracownia Analityki Ogólnej
- 2) Pracownia Biochemii
- 2) Pracownia Hematologii z Koagulologią
- 3) Pracownia Immunochemii
- 4) Pracownia Immunologii transfuzjologicznej z Bankiem Krwi
- 5) Pracownia Bakteriologii

§ 2.

1. Zadaniem Działu Diagnostyki Laboratoryjnej (zwanej dalej „DDL”) jest w szczególności wykonywanie badań laboratoryjnych u pacjentów:
 - 1) leczonych w szpitalu,
 - 2) przychodni,
 - 3) osób kierowanych przez inne podmioty, na podstawie zawartych umów, innych osób fizycznych.
2. Zakres badań zatwierdza Dyrektor lub Zastępca Dyrektora ds. medycznych, na wniosek Kierownika DDL.

§ 3.

1. Do zadań Działu Diagnostyki Laboratoryjnej należy w szczególności:
 - 1) pobranie i przekazanie materiału do badań:
 - a) materiał do badań pobierany jest przez personel oddziałów i poradni szpitala, w oparciu o procedury pobierania materiału i jego przesyłania i ewentualnego przechowywania
 - b) wyjątek stanowią planowe badania takie jak: wymazy prywatne lub czystościowe, do których materiał pobiera upoważniony personel laboratorium.
 - 2) wykonywanie badań laboratoryjnych
 - 3) wykonywanie innych zadań w ramach kompetencji Działu zleconych przez Dyrektora lub Zastępcę Dyrektora ds. medycznych,
 - 4) celowe, oszczędne, tj. z zachowaniem zasady uzyskania najlepszych efektów z danych nakładów, racjonalne i zgodne z zasadą gospodarności wykorzystanie środków finansowych i zasobów Centrum.

§ 4.

1. Przyjmowanie materiału do badań z komórek medycznych odbywa się w trybie planowym i pilnym.
2. Przyjmowanie badań analitycznych odbywa się całodobowo.
3. Harmonogram przyjmowania materiału do bakteriologicznych badań, ustala i podaje do wiadomości wszystkich komórek medycznych, Kierownik Działu Diagnostyki Laboratoryjnej.
4. Laboratorium przyjmuje materiał prawidłowo pobrany, opisany z prawidłowo wypełnionym skierowaniem i właściwie transportowany.
5. Materiał przeznaczony do DDL dostarcza personel komórki organizacyjnej zlecającej do rąk personelu DDL.
6. DDL ma prawo odmówić przyjęcia materiału do badań bądź zażądać powtórnego pobrania materiału:
 - 1) nieodpowiednio zabezpieczonego,
 - 2) nieprawidłowo opisanego,
 - 3) nieprawidłowo pobranego,
 - 4) nieprawidłowo transportowanego

§ 5.

Wykonywanie badań:

- 1) badania w materiale przyjętym w trybie zwykłym, wykonuje się tego samego dnia; w szczególnych przypadkach, oznaczenia wykonuje się w kolejnym dniu, po uprzednim zabezpieczeniu materiału,
- 2) badania w materiale przyjętym w trybie pilnym wykonuje się w pierwszej kolejności - obowiązuje poprawne zaznaczenie trybu wykonywania badania na skierowaniu,
- 3) badanie, którego wynik wzbudził wątpliwość lekarza prowadzącego pacjenta, wykonywane jest ponownie bez zbędnej zwłoki,
- 4) materiał przystany do badań, stanowi własność DDL,
- 5) postępowanie z materiałem pozostałym po wykonaniu badań, oraz materiałem używanym do wykonywania analiz, określają odrębne procedury.

§ 6.

Kontrola wyniku badania:

- 1) badania wykonywane w DDL objęte są wewnętrzną kontrolą jakości, oraz okresowymi zewnętrznymi sprawdzianami krajowymi i międzynarodowymi,
- 2) codziennie, przed przystąpieniem do badań na materiale pobranym od pacjentów, wykonuje się badania sprawdzające na materiałach kontrolnych (surowica, osocze itp.) o znanym stężeniu określonej substancji, znanej aktywności enzymu. Tylko wyniki zgodne z oczekiwaną wartością stężenia / aktywności materiału kontrolnego w ramach dopuszczalnego błędu analitycznego, upoważniają do rozpoczęcia badań materiału pacjenta i do wydania wyniku,
- 3) każdy wynik badania jest autoryzowany przez diagnostę laboratoryjnego,
- 4) w celu skontrolowania wyniku badania, personel DDL może zażądać danych dotyczących pacjenta lub innych istotnych informacji klinicznych, niezbędnych do interpretacji otrzymanego wyniku.

§ 7.

Odbiór wyniku badania:

1. Wyniki badań są w dostępne w formie elektronicznej i papierowej - odbierają je z laboratorium:
 - 1) Upoważnieni pracownicy Centrum,
 - 2) Upoważnieni pracownicy firmy zewnętrznej odpowiedzialni za transport wewnętrzny,
 - 3) pacjenci spoza szpitala albo osoby przez nich upoważnione,
 - 4) wyniki pacjentów pochodzących z jednostek zewnętrznych, z którymi Centrum współpracuje, przekazywane są stosownie do postanowień umownych,
2. Wyniki wykonanych badań laboratoryjnych widoczne są dla osób upoważnionych w systemie elektronicznym Centrum.
3. Wyniki wybranych badań, bądź wyniki patologiczne zagrażające życiu pacjenta, zgłaszane są telefonicznie lekarzowi prowadzącemu, a jeśli jest to niemożliwe, pozostałemu personelowi lekarskiemu lub pielęgnarskiemu z odpowiedniego oddziału, poradni lub Izby Przyjęć.
4. Dodatkowo wyniki badań w kierunku gruźlicy pacjentów spoza Centrum są przekazywane telefonicznie lekarzowi prowadzącemu, a następnie udostępniane w odpowiedniej formie.

REGULAMIN Apteki szpitalnej

§ 1.

1. Apteką szpitalną zarządza jej Kierownik
2. Kierownik Apteki Szpitalnej podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych.
3. Kierownikowi Apteki Szpitalnej podlegają Pracownicy tej Apteki.
4. Szczegółowe zadania Kierownika Apteki Szpitalnej oraz jej Pracowników ustalone są każdorazowo przez Dyrektora podczas nawiązania stosunku pracy lub zawarcia umowy cywilnoprawnej oraz przy zmianie tych umów.
5. Do zadań Apteki szpitalnej należy w szczególności świadczenie następujących usług farmaceutycznych:
 - a) przyjmowanie, wydawanie, przechowywanie i identyfikacja produktów leczniczych i wyrobów medycznych, środków dezynfekcyjnych, gazów medycznych oraz leków z badań klinicznych,
 - b) organizowanie zaopatrzenia szpitala w produkty lecznicze i wyroby medyczne, środki dezynfekcyjne i gazy medyczne zgodnie z ustawą Prawo zamówień publicznych,
 - c) zaopatrywanie komórek organizacyjnych Centrum w produkty lecznicze i materiały medyczne, środki dezynfekcyjne i gazy medyczne zgodnie z prawem farmaceutycznym i obowiązującymi w szpitalu procedurami,
 - d) współuczestniczenie w prowadzeniu gospodarki produktami leczniczymi i wyrobami medycznymi, środkami dezynfekcyjnymi i gazami medycznymi w szpitalu,
 - e) udział w racjonalizacji terapii,
 - f) sporządzanie leków recepturowych,
 - g) przygotowywanie specjalistycznych preparatów do żywienia pozajelitowego z worków RTU na zlecenie oddziałów Centrum
 - h) udział w badaniach klinicznych prowadzonych na terenie Centrum;
 - i) przygotowanie leków cytostatycznych w dawkach indywidualnych dla pacjenta,
 - j) udzielanie informacji o produktach leczniczych pracownikom Centrum,
 - k) nadzór nad gospodarką lekami i wyrobami medycznymi w Komórkach Organizacyjnych Centrum, m. in. poprzez okresową kontrolę apteczek oddziałowych,
 - l) udział w monitorowaniu działań niepożądanych produktów leczniczych,
 - ł) czuwanie nad jakością produktów leczniczych poprzez uwzględnienie informacji zawartych w komunikatach Głównego Inspektora Farmaceutycznego,
 - m) kontrola stanu leków w apteczkach oddziałowych,
 - n) wykorzystywanie zamawianych przez Aptekę produktów leczniczych oraz środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobów medycznych wyłącznie w celu udzielenia Pacjentowi świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywanej działalności leczniczej
 - o) wykonywanie innych zadań wynikających z Prawa farmaceutycznego i przepisów wykonawczych wydanych na jego podstawie oraz zadań zleconych przez Dyrektora lub Zastępcę Dyrektora ds. medycznych w zakresie kompetencji Apteki,
 - p) celowe, oszczędne, tj. z zachowaniem zasady uzyskania najlepszych efektów z danych nakładów, racjonalne i zgodne z zasadą gospodarności wykorzystanie środków finansowych i zasobów Centrum.
6. Kierownik Apteki jest odpowiedzialny za prawidłowe funkcjonowanie Apteki oraz wykonywanie i nadzór nad wykonywaniem zadań powierzonych Kierownikowi Apteki i Aptece podstawie ust. 2 i 5.

§ 2.

W Aptece szpitalnej poza zdaniami, o których mowa w § 1:

- 1) prowadzona jest ewidencja próbek lekarskich, produktów leczniczych do badań klinicznych oraz uzyskiwanych darów produktów leczniczych i wyrobów medycznych,
- 2) ustalone są procedury wydawania produktów leczniczych lub wyrobów medycznych przez aptekę szpitalną na oddziały oraz dla pacjenta.

§ 3.

1. Apteka współpracuje z innymi komórkami organizacyjnymi Centrum.
2. Procedury oraz instrukcje dotyczące organizacji współpracy z innymi komórkami szpitala opracowuje Kierownik Apteki, a zatwierdza je Dyrektor Centrum.

§ 4.

Apteka współpracuje z zewnętrznymi instytucjami m.in. z:

- 1) firmami farmaceutycznymi, hurtowniami dostarczającymi produkty lecznicze, materiały medyczne, środki dezynfekcyjne i gazy medyczne
- 2) właściwym organem nadzoru w zakresie prawidłowości prowadzenia apteki.
- 3) właściwym organem państwowym w zakresie prawidłowego rozliczenia spirytusu.

REGULAMIN
PORADNI DOMOWEGO LECZENIA TLENEM

§ 1.

1. Poradnią domowego leczenia tlenem zarządza jej Kierownik.
2. Kierownik Poradni domowego leczenia tlenem podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych.
3. Szczegółowe zadania Kierownika Poradni domowego leczenia tlenem oraz jej Pracowników ustalane są każdorazowo przez Dyrektora podczas nawiązania stosunku pracy lub zawarcia umowy cywilnoprawnej oraz przy zmianie tych umów.
4. Do zadań Poradni domowego leczenia tlenem należy w szczególności świadczenie następujących usług:
 - a) kwalifikacja do przewlekłej tlenoterapii w warunkach domowych
 - b) rutynowe konsultacje pacjentów przewlekłe leczonych tlenem
 - c) celowe, oszczędne, tj. z zachowaniem zasady uzyskania najlepszych efektów z danych nakładów, racjonalne i zgodne z zasadą gospodarności wykorzystanie środków finansowych i zasobów Centrum
 - d)
5. Poradnia zajmuje się również wypożyczaniem oraz oceną techniczną koncentratorów tlenu.
6. Kierownik Apteki jest odpowiedzialny za prawidłowe funkcjonowanie Poradni domowego = leczenia tlenem.

Zadania i organizacja Specjalisty ds. epidemiologii

§ 1

1. Szczegółowe zadania Specjalisty ds. epidemiologii ustalane są każdorazowo przez Dyrektora podczas nawiązania z Inspektorem stosunku pracy lub zawarcia umowy cywilnoprawnej oraz poprzez zmianę tych umów.
2. Specjalista ds. epidemiologii w zakresie wykonywania swoich czynności podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. pielęgniarstwa.
3. Do zadań Specjalisty należy między innymi podejmowanie działań mających na celu zapewnienie sprawnej i efektywnej realizacji zadań ustawowych, statutowych i regulaminowych, w szczególności:
 - a) współuczestniczenie w wypracowaniu strategii działań Centrum w zakresie profilaktyki i zwalczania zakażeń szpitalnych,
 - b) nadzór i monitorowanie sanitarno – epidemiologiczny Centrum,
 - c) nadzór nad pracą Pracowników Centrum w pomieszczeniach związanych z pobytem pacjenta w zakresie przestrzegania standardów epidemiologicznych,
 - d) koordynacja i opracowywanie niezbędnych standardów i procedur w zakresie epidemiologii
 - e) monitorowanie przestrzegania standardów organizacji pracy związanych ze stanem sanitarno- epidemiologicznym,
 - f) nadzorowanie sposobu przechowywania sterylnego materiału,
 - g) określanie czynników ryzyka zakażeń wśród Pacjentów i Personelu Centrum,
 - h) analiza źródła zakażeń,
 - i) prowadzenie rejestru zakażeń Pracowników Centrum,
 - j) przeprowadzanie dochodzeń epidemiologicznych oraz przedstawianie wyników prac Dyrekcji,
 - k) nadzorowanie prowadzenia dokumentacji kontroli zakażeń szpitalnych,
 - l) uczestnictwo w planowaniu opieki nad pacjentem z zakażeniem szpitalnym,
 - m) sprawowanie nadzoru nad systemem izolacji pacjentów, którzy stwarzają ryzyko zakażeń dla innych,
 - n) organizacja i prowadzenie systematycznej edukacji Pracowników Centrum z zakresu zakażeń szpitalnych,
 - o) planowanie zapotrzebowania ilościowego i jakościowego na sprzęt i środki niezbędne do realizacji programu profilaktyki i zwalczania zakażeń szpitalnych,
 - p) współpraca z organami kontrolnymi w zakresie epidemiologii oraz firmami zewnętrznymi współpracującymi z Centrum, w zakresie swoich kompetencji
 - q) wykonywanie zadań zleconych przez Dyrektora lub Zastępców Dyrektora, stosownie do posiadanych przez siebie kompetencji,
 - r) celowe, oszczędne, tj. z zachowaniem zasady uzyskania najlepszych efektów z danych nakładów, racjonalne i zgodne z zasadą gospodarności wykorzystanie środków finansowych i zasobów Centrum
4. Specjalista ds. epidemiologii jest członkiem Zespołu ds. zakażeń szpitalnych, Uczestniczy w pracach Komitetu ds. zakażeń szpitalnych.
5. Specjalista ds. epidemiologii współpracuje z Ordynatorami, Koordynatorami, Kierownikami Komórek Organizacyjnych.
6. Specjalistę ds. epidemiologii w czasie jej nieobecności zastępuje Zastępca Dyrektora ds. pielęgniarstwa lub wskazana pielęgniarka.
3. Specjalistę ds. epidemiologii odpowiada za celowe, oszczędne, tj. z zachowaniem zasady uzyskania najlepszych efektów z danych nakładów, racjonalne i zgodne z zasadą gospodarności wykorzystanie środków finansowych i zasobów Centrum

Zadania i organizacja Stanowiska Dietetyka

§1.

1. Dietetyk w zakresie wykonywania swoich czynności podlega służbowo Zastępcy Dyrektora ds. pielęgniarstwa.
2. Szczegółowe zadania Dietetyka ustalane są każdorazowo przez Dyrektora podczas nawiązania z Dietetykiem stosunku pracy lub zawarcia umowy cywilnoprawnej oraz poprzez zmianę tych umów.
3. Do obowiązków Dietetyka między innymi należy podejmowanie działań mających na celu:
 - 1) kontrolę organizacji, bezpieczeństwa i jakości odżywiania Pacjentów,
 - 2) kontrolę w zakresie wartości odżywczej, urozmaïcenia asortymentu przygotowywanych posiłków,
 - 3) kontrolę w zakresie dystrybucji posiłków we właściwym czasie,
 - 4) kontrolę temperatury wydawanych posiłków,
 - 5) współtworzenie procedur przygotowywania i podawania specyficznych form żywienia,
 - 6) współpracę z lekarzami Centrum dotyczącą oceny żywieniowej Pacjentów,
 - 7) zbieranie informacji w zakresie oceny poziomu żywienia w Centrum,
 - 8) edukację i propagowanie zasad prawidłowego żywienia w Centrum,
 - 9) prowadzenie bieżącej i okresowej sprawozdawczości,
 - 10) tworzenie i dokonywanie zmian w ankiecie żywieniowej, opracowywanie wyników i przedstawianie ich przełożonemu.
 - 11) celowe, oszczędne, tj. z zachowaniem zasady uzyskania najlepszych efektów z danych nakładów, racjonalne i zgodne z zasadą gospodarności wykorzystanie środków finansowych i zasobów Centrum

§ 2.

Dietetyk współpracuje z:

- 1) Kierownikami Komórek Organizacyjnych, Koordynatorami, Pielęgniarkami Koordynującymi oraz Ordynatorami, a także innymi Pracownikami Centrum w niezbędnym zakresie,
- 2) podmiotami zewnętrznymi dostarczającymi żywność do Centrum,
- 3) organami nadzoru i kontroli w niezbędnym zakresie.

Zadania i organizacja Działu finansowo- księgowego

§ 1.

1. Pracownicy Działu finansowo-księgowego w zakresie wykonywania swoich czynności podlegają bezpośrednio Z-cy Dyrektora ds. ekonomicznych - Głównemu księgowemu.
2. Zadania poszczególnych Pracowników Działu finansowo – księgowego ustalane są indywidualnie przez Dyrektora oraz Z-cę Dyrektora ds. ekonomicznych – Głównego Księgowego podczas nawiązania stosunku pracy z Pracownikiem, zawierania z nim umowy cywilnoprawnej oraz podczas wprowadzania zmian do rzeczonych umów.
3. Do zadań Działu należy w szczególności wykonywanie czynności ustalonych przez Dyrektora w porozumieniu z Zastępcą Dyrektora ds. ekonomicznych – Głównym Księgowym, w tym między innymi podejmowanie działań mających na celu zapewnienie sprawnej i efektywnej realizacji zadań ustawowych, Statutowych i Regulaminowych Centrum poprzez:
 - 1) prowadzenie obsługi księgowej Centrum,
 - 2) kontrola, opracowywanie i kwalifikowanie do realizacji dokumentów dotyczących rozliczeń pieniężnych,
 - 3) prowadzenie kasy,
 - 4) obsługa operacyjna i księgowa rachunków bankowych,
 - 5) kontrola formalno-rachunkowa dotycząca dokumentów i rozliczeń wewnętrznych gospodarki własnej,
 - 6) prowadzenie ewidencji majątku trwałego oraz jego amortyzacji zgodnie ze sporządzanym rocznym planem amortyzacji,
 - 7) kontrola, zatwierdzanie i uzgadnianie dokumentów księgowych wystawionych przez pracowników innych komórek Centrum,
 - 8) sporządzanie dokumentów księgowych i not memoriałowych w granicach uprawnień,
 - 9) prowadzenie ewidencji (rejestr) zakupów i sprzedaży VAT,
 - 10) księgowanie operacji związanych z Zakładowym Funduszem Świadczeń Socjalnych,
 - 11) opracowywanie sprawozdań finansowych z zakresu prowadzonej ewidencji księgowej,
 - 12) prowadzenie rozliczeń kosztów podróży pracowników,
 - 13) prowadzenie rozrachunków z pracownikami z tytułu niepodjętych płac, zaliczek na koszty podróży służbowych, na wydatki administracyjno-gospodarcze oraz ich analiza (wystawianie dodatkowych dokumentów kasowych),
 - 14) sporządzanie deklaracji podatkowych dla podatku od towarów i usług oraz na podatek dochodowy od osób prawnych,
 - 15) rozliczanie ilościowo-wartościowe magazynów.
 - 16) rozliczanie inwentaryzacji składników majątkowych,
 - 17) rozliczenia i uzgadnianie sald z kontrahentami,
 - 18) sporządzanie list płac i rozliczanie wynagrodzeń,
 - 19) rozliczanie składek na ubezpieczenia społeczne oraz podatku dochodowego od osób fizycznych,
 - 20) rozrachunki z ZUS i Urzędem Skarbowym z tytułu podatków oraz składek na ubezpieczenia społeczne,
 - 21) opracowywanie projektów planów finansowych,
 - 22) kompletowanie, broszurowanie i przechowywanie dokumentów księgowych i sprawozdań,
 - 23) współpraca z innymi Pracownikami i Komórkami Organizacyjnymi Centrum.
4. Dział finansowo- księgowy współpracuje z instytucjami zewnętrznymi w szczególności z:
 - 1) Podmiotem Tworzącym,
 - 2) organami skarbowymi, rentowymi, podatkowymi oraz nadzorczymi i kontrolnymi,
 - 3) innymi jednostkami, z którymi prowadzone są rozrachunki.

Zadania i organizacja Działu Analiz i Rozliczeń

§ 1.

1. Działem Analiz i Rozliczeń zarządza Kierownik.
2. Kierownik Działu Analiz i Rozliczeń w zakresie wykonywania swoich czynności podlega bezpośrednio Z-cy Dyrektora ds. ekonomicznych – Głównemu księgowemu.
3. Kierownikowi Działu Analiz i Rozliczeń podlegają Pracownicy tego Działu.
4. Zadania oraz zakres obowiązków Kierownika Działu Analiz i Rozliczeń oraz jego Pracowników ustalane są szczegółowo podczas nawiązywania z Kierownikiem oraz Pracownikami stosunku pracy, umowy cywilnoprawnej oraz przy zmianach tych umów.
5. Kierownik Działu odpowiada za planowanie, kontrolowanie i nadzór nad jakością, terminowością i rzetelnością, wykonywanych przez podległy zespół zadań.
6. Do zadań Działu Analiz i Rozliczeń należy między innymi:
 - 1) analiza jednostkowych kosztów własnych sprzedaży działalności podstawowej,
 - 2) prowadzenie rozliczeń z NFZ,
 - 3) bieżąca analiza realizacji zawartych umów na świadczenia wykonywane przez Centrum, monitorowanie rozliczeń z NFZ i proponowanie najefektywniejszego rozliczania pobytów / świadczeń
 - 4) współpraca w wyliczaniu kosztów procedur medycznych z ośrodkami, które je wykonują,
 - 5) rozliczanie wykonanych procedur w rozbiciu na oddziały, poradnie i sprzedaż,
 - 6) tworzenie zestawień i załączników do rozliczeń,
 - 7) monitorowanie rozliczenia rehospitalizacji,
 - 8) terminowe wnioskowanie do NFZ o rozliczenie pobytu/procedury,
 - 9) monitorowanie przypadków rehospitalizacji do 14 dni oraz wyjaśnianie ich z oddziałem i zgłaszaniem ich do ZDM,
 - 10) monitorowanie kosztów leczenia,
 - 11) przygotowywanie analiz w zakresie kosztów leczenia na poszczególnych Oddziałach,
 - 12) opracowanie i monitorowanie realizacji budżetów poszczególnych Komórek Organizacyjnych,
 - 13) kompletowanie danych niezbędnych do podpisywania umów o udzielanie świadczeń,
 - 14) prowadzenie rejestru umów klinicznych,
 - 15) prowadzenie analiz ekonomicznych badań klinicznych,
 - 16) rozliczanie finansowe badań klinicznych.
 - 17) opracowywanie sprawozdań, analiz, wykazów, itp. dla potrzeb Centrum oraz uprawnionych instytucji i organów,
 - 18) nadzorowanie prawidłowości prowadzenia dokumentacji medycznej,
 - 19) udostępnianie dokumentacji medycznej
 - 20) wykonywanie innych zadań zleconych przez Dyrektora lub Z-ce Dyrektora ds. ekonomicznych Głównego Księgowego w zakresie leżącym w kompetencjach Działu,
 - 21) celowe, oszczędne, tj. z zachowaniem zasady uzyskania najlepszych efektów z danych nakładów, racjonalne i zgodne z zasadą gospodarności wykorzystanie środków finansowych i zasobów Centrum
7. Dział współpracuje w niezbędnym zakresie z innymi Komórkami Organizacyjnymi oraz Pracownikami Centrum oraz z innymi instytucjami zgodnie z wymaganiami prawnymi tych instytucji i Centrum.

Zadania i organizacja Stanowiska Głównego Specjalisty

§1

1. Główny Specjalista w zakresie wykonywania swoich czynności podlega bezpośrednio Dyrektorowi.
2. Szczegółowe zadania Głównego specjalisty ustalane są każdorazowo przez Dyrektora podczas nawiązania z Specjalistą stosunku pracy lub zawarcia umowy cywilnoprawnej oraz poprzez zmianę tych umów
3. Do zadań Głównego Specjalisty należy między innymi:
 - a) Kontraktowanie świadczeń z płatnikiem świadczeń medycznych;
 - b) Przygotowywanie niezbędnych informacji w zakresie prawidłowej realizacji zawartych umów z płatnikiem świadczeń medycznych;
 - c) Koordynowanie procesu rozliczeń z płatnikiem i nadzór nad prawidłowym rozliczaniem;
 - d) Obsługa korespondencji z płatnikiem świadczeń medycznych w zakresie rozliczeń;
 - e) Koordynowanie pracy samodzielnych stanowisk ds. statystyki w zakresie danych statystycznych niezbędnych do rozliczeń finansowych;
 - f) Współpraca z sekretarkami, asystentkami i rejestratorkami medycznymi, szkolenie ich w zakresie kodowania, rozliczeń z NFZ oraz prawidłowej ewidencji kosztów;
 - g) Prowadzenie działań zmierzających do optymalizacji kosztów i przychodów; przedstawianie dyrektorowi propozycji usprawnień w tym zakresie;
 - h) Współpraca z Z-cą Dyrektora ds. medycznych w zakresie realizacji szybkiej ścieżki onkologicznej – konsylium, DILO, AP-KOLCE;
 - i) Bieżące monitorowanie pracy komórek medycznych w zakresie prawidłowego kodowania, rozliczania, przyporządkowywania, grupowania świadczeń medycznych w komórkach medycznych;
 - j) Proponowanie działań zmierzających do zwiększenia przychodów i zmniejszenia kosztów;
 - k) Prowadzenie szkoleń w zakresie zmian wprowadzanych przez NFZ;
 - l) Monitoring kosztów usług medycznych świadczonych przez Komórki Organizacyjne,
 - m) Inne zadania zlecone przez Dyrektora lub Zastępców Dyrektora w ramach kompetencji odpowiadających stanowisku.
 - n) Celowe, oszczędne, tj. z zachowaniem zasady uzyskania najlepszych efektów z danych nakładów, racjonalne i zgodne z zasadą gospodarności wykorzystanie środków finansowych i zasobów Centrum
4. Główny specjalista współpracuje w niezbędnym zakresie z Komórkami Organizacyjnym Centrum i jego Pracownikami w szczególności:
 - a. z Działem finansowo-księgowym w zakresie naliczania i rozliczania kosztów poszczególnych komórek organizacyjnych Centrum,
 - b. Dyrektorem oraz Z-cą Dyrektora ds. medycznych w zakresie planowania budżetu dla poszczególnych komórek organizacyjnych Centrum oraz nadzoru nad jego realizacją,
 - c. Kierownikami komórek organizacyjnych w zakresie szkolenia, udzielania porad i bieżącego informowania w celu prawidłowej i efektywnej ekonomicznie realizacji umów na świadczenia zdrowotne.

Zadania i organizacja Działu Techniczno-Gospodarczego

§ 1.

1. Działem Techniczno – Gospodarczym zarządza Kierownik.
2. Kierownik Działu Techniczno-Gospodarczego w zakresie wykonywania swoich czynności podlega bezpośrednio Z-cy Dyrektora ds. technicznych.
3. Kierownikowi Działu Techniczno – Gospodarczego podlegają Pracownicy tego Działu.
4. Kierownik Działu Techniczno-Gospodarczego odpowiada za celowe, oszczędne, tj. z zachowaniem zasady uzyskania najlepszych efektów z danych nakładów, racjonalne i zgodne z zasadą gospodarności wykorzystanie środków finansowych i zasobów Centrum
5. Kierownik Działu Techniczno – Gospodarczego współpracuje z Dyrektorem, Zastępcami Dyrektora oraz Kierownikami komórek organizacyjnych w niezbędnym zakresie.
6. Zadania oraz zakres obowiązków Kierownika Działu Techniczno - Gospodarczego oraz jego Pracowników ustalane są szczegółowo podczas nawiązywania z Kierownikiem oraz Pracownikami stosunku pracy, umowy cywilnoprawnej oraz przy zmianach tych umów.
5. Do zadań Działu Techniczno – Gospodarczego należy między innymi:
 - 1) organizowanie i prowadzenie działalności techniczno – eksploatacyjnej stosownie do obowiązujących przepisów i potrzeb Komórek Organizacyjnych Centrum,
 - 2) utrzymywanie obiektów Centrum, ich otoczenia i infrastruktury technicznej w należyłym stanie technicznym, w tym:
 - a) zapewnienie użytkowania obiektów zakładu zgodnie z ich przeznaczeniem oraz dbałość o prawidłową ich eksploatację
 - b) zapewnienie prawidłowej eksploatacji urządzeń energetycznych, kotłowni, sieci wewnętrznej gazu ziemnego, instalacji gazów medycznych, instalacji elektrycznej, sieci wodno – kanalizacyjnej, centralnego ogrzewania, wentylacji, systemów łączności, instalacji alarmowych i sygnalizacyjnych,
 - c) dbałość o estetykę budynków i otoczenia,
 - d) przekazywanie danych do planów rzeczowo – finansowych i remontowych
 - e) terminowe przeprowadzanie okresowych przeglądów obiektów budowlanych, instalacji, nieruchomości i urządzeń w celu oceny ich stanu technicznego w częstotliwości ustalonej przez przepisy prawa w tym zakresie
 - f) przeprowadzanie bieżącej konserwacji i napraw sprzętu i aparatury medycznej w ramach posiadanych uprawnień, a w przypadku ich braku zapewnienie usług wyspecjalizowanych jednostek serwisu technicznego
 - g) organizowanie oraz kontrolowanie wykonania konserwacji napraw i remontów zleczanych jednostkom zewnętrznym
 - h) racjonalizowanie wykorzystania zużywanych środków rzeczowych i finansowych
 - i) wnioskowanie w zakresie potrzeb remontowych i inwestycji infrastruktury budowlanej, technicznej i sprzętu medycznego
 - j) nadzór nad pracą kotłowni, hydroforni, studni głębinowej, agregatu prądotwórczego.
 - k) Właściwe prowadzenie gospodarki magazynowej.
 - 3) racjonalne gospodarowanie środkami finansowymi przeznaczonymi na realizację zadań wynikających z planu finansowego,
 - 4) współpraca z Działem Finansowo-Księgowym w zakresie prowadzenia gospodarki finansowej oraz analizowanie kształtowania się kosztów według miejsc ich powstawania,
 - 5) zapewnienie zaopatrzenia materiałowego i technicznego,
 - 6) prowadzenie rozliczeń za lokale użytkowe i mieszkalne będące przedmiotem wynajmu,
 - 7) przyjmowanie i wysyłanie przesyłek kurierskich.
 - 8) opracowywanie harmonogramu pielęgnacji terenów zielonych, nadzór nad jego wykonaniem,
 - 9) zapewnienie prawidłowego funkcjonowania magazynów pościeli, gospodarczego, medycznego, odzieży chorych i odpadów medycznych,
 - 3) zapewnienie prawidłowej pracy portierni z uwzględnieniem obsługi centrali telefonicznej i szatni dla odwiedzających,

- 4) odpowiedzialność za prawidłowe gromadzenie i przekazywanie odpadów medycznych do utylizacji zgodnie z obowiązującymi przepisami w tym zakresie,
 - 5) prowadzenie ewidencji środków trwałych i przedmiotów nietrwałych, przeprowadzanie inwentaryzacji środków trwałych
6. Dział Techniczno-Gospodarczy współpracuje z instytucjami zewnętrznymi w zakresie związanym z realizacją zadań w szczególności z kontrahentami Centrum, instytucjami nadzoru oraz kontroli, innymi placówkami ochrony zdrowia oraz organami administracji rządowej i samorządowej.

Zadania i organizacja Sekcji Organizacji

1. Sekcją Organizacji zarządza jej Kierownik.
2. Kierownik Sekcji Organizacji w zakresie wykonywania swoich czynności podlega bezpośrednio Dyrektorowi.
3. Kierownikowi Sekcji Organizacji podlegają Pracownicy tej Sekcji.
4. Kierownik Sekcji odpowiada za celowe, oszczędne, tj. z zachowaniem zasady uzyskania najlepszych efektów z danych nakładów, racjonalne i zgodne z zasadą gospodarności wykorzystanie środków finansowych i zasobów Centrum.
5. Zadania oraz zakres obowiązków Kierownika Sekcji Organizacji oraz jej Pracowników ustalane są szczegółowo podczas nawiązywania z Kierownikiem oraz Pracownikami stosunku pracy, umowy cywilnoprawnej oraz przy zmianach tych umów.
6. Do zadań Sekcji należy między innymi:
 - a) podejmowanie działań mających na celu zapewnienie sprawnej i efektywnej realizacji zadań ustawowych, statutowych i regulaminowych
 - b) przygotowywanie, aktualizacja i wdrażanie dokumentów i aktów, na podstawie których funkcjonuje Centrum, w szczególności Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, Krajowego Rejestru Sądowego.
 - c) przygotowywanie wewnętrznych aktów normatywnych ich aktualizacja.
 - d) nadzór i aktualizacja Biuletynu Informacji Publicznej Centrum, wewnętrznej sieci SzpitalNet oraz strony internetowej.
 - e) udzielanie odpowiedzi na wnioski o udzielenie informacji publicznej we współpracy z innymi komórkami organizacyjnymi
 - a) przygotowywanie nowych, aktualizacja i/lub przedłużenie trwałości wniosków dotyczących istniejących lub powstających komórek akredytowanych w zakresie kształcenia specjalizacyjnego kadry medycznej w Centrum,
 - b) przygotowanie materiałów roboczych i w razie konieczności uczestnictwo w naradach m. in. Dyrekcji, zespołów problemowych,
 - c) zapewnienie obsługi organizacyjno-technicznej Rady Społecznej Centrum,
 - d) przygotowanie i współuczestnictwo w realizowaniu narad i konferencji organizowanych przez Centrum,
 - e) protokołowanie spotkań m. in. Dyrekcji, Rady Społecznej,
 - f) wykonywanie innych zadań zleconych przez Dyrektora w ramach kompetencji Sekcji.
 - g) przeprowadzanie kontroli działalności Centrum na podstawie planu kontroli.
 - h) Koordynacja i nadzór nad funkcjonowaniem kontroli zarządczej Centrum w każdym jej obszarze,
 - i) Prowadzenie archiwum Centrum,
 - j) Pozyskiwanie i realizacja projektów unijnych w Centrum, w tym prowadzenie rozliczeń finansowo -rzeczowych projektów.
7. Sekcja w realizacji zadań współpracuje z Dyrekcją oraz innymi komórkami organizacyjnymi Centrum i instytucjami zewnętrznymi w zakresie podejmowania działań zapewniających sprawną realizację powierzonych zadań.

Zadania i organizacja Sekretariatu

§ 1.

1. Pracownik Sekretariatu podlega bezpośrednio Dyrektorowi.
2. Szczegółowy zakres zadań pracownika sekretariatu ustalane są szczegółowo podczas nawiązywania z pracownikiem stosunku pracy, umowy cywilnoprawnej oraz przy zmianach tych umów.
3. Pracownik Sekretariatu odpowiada za celowe, oszczędne, tj. z zachowaniem zasady uzyskania najlepszych efektów z danych nakładów, racjonalne i zgodne z zasadą gospodarności wykorzystanie środków finansowych i zasobów Centrum.
4. Do zadań Sekretariatu należy w szczególności:
 - a) zapewnienie obsługi biurowej i sekretarskiej Centrum,
 - b) przygotowanie i przedstawianie Dyrektorowi i Zastępcom Dyrektora pism do dekretacji
 - c) prowadzenie kancelarii Centrum,
 - d) obsługa interesantów administracji Centrum
 - e) prowadzenie powierzonych Sekretariatowi rejestrów,
 - f) wykonywanie innych zadań powierzonych przez Dyrektora lub Zastępców Dyrektora leżących w zakresie kompetencji Sekretariatu.

Zadania i organizacja Stanowiska/Specjalista ds. kontroli, jakości i rozwoju

§1.

1. Stanowisko ds. kontroli, jakości i rozwoju podlega bezpośrednio Dyrektorowi.
2. Szczegółowy zakres zadań na Stanowisku ds. kontroli, jakości i rozwoju ustalany jest szczegółowo podczas nawiązywania z nim stosunku pracy, umowy cywilnoprawnej oraz przy zmianach tych umów.
3. Do zadań na Stanowisku ds. kontroli, jakości i rozwoju należy w szczególności:
 - a) Wypracowanie i wdrażanie strategii działań i programów w zakresie zapewnienia jakości, przygotowywanie standardów zmierzających do dostosowania Centrum do wdrożenia ustawy o jakości w opiece zdrowotnej, ustawy o krajowej sieci onkologicznej,
 - b) Współudział w organizowaniu spotkań zespołów i komitetów tj. komitet ds. jakości, bólu, terapeutycznego, transfuzjologicznego i grup problemowych oraz zespołu ds. promocji zdrowia, a także prowadzenie dokumentacji z tych spotkań.
 - c) Koordynacja prac grup problemowych w zakresie ustalania standardów i procedur działania.
 - d) Uczestniczenie w prowadzeniu audytów wewnętrznych oraz opracowywanie rocznych planów audytów w Centrum.
 - e) Nadzór nad terminowym przygotowywaniem planów pracy i sprawozdań z ich realizacji przez komórki organizacyjne Centrum.
 - f) Zbieranie informacji nt. możliwości pozyskiwania środków finansowych w tym programów unijnych, które mogą być realizowane przez Centrum i systematyczne ich przekazywanie Dyrektorowi Centrum.
 - g) Sporządzanie pism okolicznościowych tj. gratulacje, zaproszenia i podziękowania.
 - h) Sporządzanie artykułów na stronę internetową Centrum.
 - i) Przechowywanie i nadzór nad dokumentacją z kontroli wewnętrznej.
 - j) Monitorowanie realizacji zaleceń pokontrolnych.
 - k) Kontrola aktualności danych zawartych na stronie internetowej szpitala oraz w BIP, w szczególności w zakresie promocji szpitala.
 - l) Celowe, oszczędne, tj. z zachowaniem zasady uzyskania najlepszych efektów z danych nakładów, racjonalne i zgodne z zasadą gospodarności wykorzystanie środków finansowych i zasobów Centrum,
 - m) Wykonywanie innych zadań zleconych przez Dyrektora lub Zastępców Dyrektora, w leżących w zakresie kompetencji Stanowiska.

Zadania i organizacja

Stanowiska/Stanowisk/Specjalisty ds. promocji i programów profilaktycznych

§ 1.

1. Pracownik zajmujący stanowisko/Specjalista ds. promocji i programów profilaktycznych podlega bezpośrednio Dyrektorowi.
2. Szczegółowy zakres zadań osoby zajmującej stanowisko ds. promocji i programów profilaktycznych ustalany jest szczegółowo podczas nawiązywania z nim stosunku pracy, umowy cywilnoprawnej oraz przy zmianach tych umów.
3. Pracownik zatrudniony na w/w stanowisku ds. promocji i programów profilaktycznych odpowiada za celowe, oszczędne, tj. z zachowaniem zasady uzyskania najlepszych efektów z danych nakładów, racjonalne i zgodne z zasadą gospodarności wykorzystanie środków finansowych i zasobów Centrum, właściwe rozliczanie dotacji.
4. Do obowiązków Pracownika zatrudnionego na stanowisku ds. promocji i programów profilaktycznych należy w szczególności:
 - 1) ponoszenie odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych, w tym związanych z właściwym rozliczeniem dotacji
 - 2) podejmowanie działań mających na celu zapewnienie sprawnej i efektywnej realizacji zadań ustawowych, statutowych i regulaminowych Centrum
 - 1) opracowanie programów i kompleksowa realizacja (zgodnie z prawem, terminowo i zgodnie z zapisami umowy) z zakresu promocji zdrowia, profilaktyki chorób układu oddechowego,
 - 2) organizacja i współorganizacja akcji/imprez prozdrowotnych,
 - 3) utrzymywanie kontaktu z mediami,
 - 4) opracowywanie materiałów informacyjnych i promujących działalność Centrum,
 - 5) wykonywanie innych zadań zleconych przez Dyrektora lub Zastępców Dyrektora, w leżących zakresie kompetencji Stanowiska.

Zadania i organizacja Sekcja zamówień publicznych

§ 1.

1. Sekcją zamówień publicznych zarządza jej Kierownik.
2. Kierownik Sekcji zamówień publicznych w zakresie wykonywania swoich czynności podlega bezpośrednio Z-cy Dyrektora ds. technicznych.
3. Kierownikowi Sekcji zamówień publicznych podlegają pracownicy tej Sekcji.
4. Szczegółowy zakres zadań Kierownika Sekcji zamówień publicznych oraz Pracowników tej Sekcji ustalany jest szczegółowo podczas nawiązywania z Kierownikiem lub Pracownikami Sekcji stosunku pracy, zawierania umowy cywilnoprawnej oraz przy zmianach tych umów.
5. Kierownik Sekcji odpowiada za podejmowanie działań mających na celu zapewnienie sprawniej i efektywnej realizacji zadań ustawowych, statutowych i regulaminowych.
6. Kierownik Sekcji odpowiada za celowe, oszczędne, tj. z zachowaniem zasady uzyskania najlepszych efektów z danych nakładów, racjonalne i zgodne z zasadą gospodarności wykorzystanie środków finansowych i zasobów Centrum.

§ 2.

Do zadań Sekcji zamówień publicznych należy w szczególności:

- 1) Nadzór, koordynacja, udział w realizacji zadań z zakresu zamówień publicznych w Centrum na podstawie ustawy Prawo zamówień publicznych oraz Regulaminu Zamówień Publicznych obowiązującego w Centrum, w szczególności:
 - a) opracowywanie, uaktualnianie i wdrażanie projektu planu zamówień publicznych i planu postępowań o udzielenie zamówień publicznych,
 - b) sporządzanie wymaganych sprawozdań z zakresu zamówień publicznych,
 - c) kwalifikacja przedmiotu zamówienia,
 - d) ustalenie na podstawie ustawy Prawo zamówień publicznych oraz Regulaminu Zamówień Publicznych obowiązującego w Centrum trybu, w jakim może być udzielone zamówienie publiczne,
 - e) dokonywanie wyboru i opracowywanie materiałów niezbędnych do udzielania zamówienia we współpracy z komórką organizacyjną, która złożyła wniosek,
 - f) wszczynanie postępowań w trybie ustawy Prawo zamówień publicznych zgodnie z przepisami ustawy Prawo zamówień publicznych we współpracy z komórkami organizacyjnymi,
 - d) obsługa techniczna i merytoryczna Biuletynu Urzędu Zamówień Publicznych, Europejskiego Dziennika Urzędowego oraz elektronicznych platform zakupowych
 - e) wszczynanie, nadzór i prowadzenie postępowań na podstawie Regulaminu Zamówień Publicznych obowiązującego w Centrum
 - f) opracowywanie specyfikacji warunków zamówienia wraz z załącznikami,
 - g) kontakt i reprezentowanie Centrum przed organami nadzorującymi, odwoławczymi kontrolującymi w zakresie zamówień publicznych,
 - h) wnioskowanie w sprawie powołania komisji przetargowej (składu, regulaminu pracy komisji oraz jej organizacji),
 - j) sporządzanie, po zakończonym postępowaniu przetargowym, umów z wykonawcami,
 - k) prowadzenie i aktualizacja procedur postępowań o udzielanie zamówień publicznych i wewnętrznych aktów z tym związanych zgodnie z obowiązującymi przepisami,
 - j) udzielanie wskazówek i porad poszczególnym komórkom organizacyjnym w zakresie zamówień publicznych,
 - k) wykonywanie innych zadań zleconych przez Dyrektora lub Zastępców Dyrektora w zakresie kompetencji Sekcji.
 - l) Realizacja zamówień poniżej progu ustawy prawo zamówień publicznych zgodnie z Regulaminem zamówień publicznych

§ 3.

Sekcja zamówień publicznych, w realizacji zadań współpracuje m. in. z Dyrekcją, Radcą Prawnym oraz wszystkimi komórkami organizacyjnymi w niezbędnym zakresie.

Zadania i organizacja Sekcji informatycznej

§ 1.

1. Sekcję informatyczną zarządza jej Kierownik.
2. Kierownik Sekcji informatycznej w zakresie wykonywania swoich czynności podlega bezpośrednio Dyrektorowi Centrum.
3. Kierownikowi Sekcji informatycznej podlegają pracownicy tej Sekcji.
4. Szczegółowy zakres zadań Kierownika Sekcji informatycznej oraz pracowników tej Sekcji ustalany jest szczegółowo podczas nawiązywania z Kierownikiem lub Pracownikami Sekcji stosunku pracy, zawierania umowy cywilnoprawnej oraz przy zmianach tych umów.
5. Kierownik Sekcji informatycznej odpowiada za podejmowanie działań mających na celu zapewnienie sprawnej i efektywnej realizacji zadań ustawowych, statutowych i regulaminowych.
6. Kierownik Sekcji odpowiada za celowe, oszczędne, tj. z zachowaniem zasady uzyskania najlepszych efektów z danych nakładów, racjonalne i zgodne z zasadą gospodarności wykorzystanie środków finansowych i zasobów Centrum.

§ 2.

1. Do zadań Sekcji informatycznej należy:

- 1) planowanie i nadzorowanie rozwoju informatyki w Centrum poprzez :
 - opracowywanie we współpracy z komórkami organizacyjnymi Centrum założeń rozwoju i możliwych zastosowań informatyki;
 - stała pomoc oraz doradztwo komórkom organizacyjnym funkcjonującym w Centrum w przygotowaniu projektów wymagających zastosowania technologii informatycznych, a także nadzór merytoryczny nad ich realizacją;
 - nadzór i współpraca przy realizacji zadań inwestycyjnych w zakresie infrastruktury informatycznej;
 - opracowywanie i realizacja planów finansowych w zakresie informatyki w ramach wydzielonego budżetu;
- 2) Rozwój systemu informatycznego w Centrum:
 - analiza, projektowanie, wdrażanie, kontrola systemów informatycznych tworzonych zarówno w oparciu o własną kadrę informatyczną jak również we współpracy z podmiotami zewnętrznymi;
 - nadzór nad planami, zakupami, wdrożeniem i eksploatacją elementów systemu informatycznego w odniesieniu do przyjętych standardów w Centrum;
 - współpraca z komórkami organizacyjnymi w zakresie rozwoju systemu informatycznego, zgodnie z przyjętymi: strategią rozwoju, standardami, normami oraz „dobrymi praktykami” w dziedzinie informatyki.
- 3) Zapewnienie bezpieczeństwa systemów informatycznych w Centrum m.in.:
 - współpraca z Pełnomocnikiem ds. informacji niejawnych i Inspektorem Ochrony Danych przy opracowywaniu wymagań w zakresie bezpieczeństwa systemów informatycznych;
 - realizacja wymagań polityki bezpieczeństwa oraz wdrażanie zapisów wynikających z instrukcji zarządzania systemem informatycznym;
 - stała kontrola i monitorowanie działania systemów informatycznych celem zapewnienia ciągłości ich funkcjonowania;
 - współpraca z pozostałymi komórkami organizacyjnymi w przydzielaniu dostępu do systemu oraz nadawaniu uprawnień do korzystania z zasobów systemu, w szczególności, danych i programów oraz innych jego elementów;
 - współpraca z serwisami zewnętrznymi i nadzór nad procesami wymiany danych w formie elektronicznej pomiędzy jednostką, a podmiotami zewnętrznymi
 - zarządzanie ryzykiem cyberbezpieczeństwa - szacowanie zagrożeń, podejmowanie działań zapobiegawczych i naprawczych

- 4) Eksploatacja systemów informatycznych w Centrum :

- nadzór nad eksploatacją systemów informatycznych;
- prace administracyjno-konserwacyjne środowiska systemu informatycznego oraz obsługa techniczno-eksploatacyjna sprzętu informatycznego;
- zapewnienie wsparcia użytkowników systemów informatycznych;
- zarządzanie zasobami informatycznymi, współpraca przy inwentaryzacji zasobów;
- współpraca z komórkami organizacyjnymi w zakresie gospodarowania zasobami systemu informatycznego

5) wykonywanie innych zadań zleconych przez Dyrektora lub Zastępców Dyrektora leżących w zakresie kompetencji Sekcji.

§ 3.

Sekcja informatyczna współpracuje w szczególności z Dyrekcją, Inspektorem Ochrony Danych, Ordynatorami i Kierownikami komórek organizacyjnych Centrum w niezbędnym zakresie.

§ 4.

Sekcja informatyczna współpracuje z zewnętrznymi podmiotami w niezbędnym zakresie .

Zadania i organizacja Sekcja kadr

§ 1

1. Sekcja kadr zarządza jej Kierownik
2. Kierownikowi Sekcji kadr podlegają jej pracownicy.
3. Kierownik Sekcji kadr w zakresie wykonywania swoich czynności podlega bezpośrednio Dyrektorowi Centrum.
4. Szczegółowy zakres zadań Kierownika Sekcji informatycznej oraz pracowników tej Sekcji ustalany jest szczegółowo podczas nawiązywania z Kierownikiem lub Pracownikami Sekcji stosunku pracy, zawierania umowy cywilnoprawnej oraz przy zmianach tych umów.
5. Kierownik Sekcji kadr odpowiada za pełną realizację powierzonych zadań, a w szczególności za terminowe wykonywanie zadań oraz podejmowanie działań mających na celu zapewnienie sprawnej i efektywnej realizacji zadań ustawowych, statutowych i regulaminowych.

§ 2.

Do zadań Sekcji kadr należy:

1. W zakresie polityki personalnej:
 - a) doradzanie Dyrektorowi w zakresie formułowania polityki kadrowej,
 - b) planowanie i kontrolowanie sposobów gospodarowania zasobami ludzkimi w całym szpitalu,
 - c) współudział w rekrutacji i doborze pracowników,
 - d) współudział we wprowadzaniu motywacyjnego systemu nagradzania dla pracowników,
 - e) we współpracy z kierownikami komórek organizacyjnych, rozpoznawanie potrzeb szkoleniowych pracowników w zakresie realizowania polityki stałego i systematycznego podnoszenia kwalifikacji zawodowych oraz realizacji planów szkoleń w tym zakresie.
2. W zakresie spraw osobowych:
 - a) prowadzenie dokumentacji pracowniczej zgodnie z obowiązującymi przepisami,
 - b) przygotowywanie dokumentów kadrowych, w tym umów i nadzór nad ich obiegiem,
 - c) prowadzenie ewidencji i rozliczanie czasu pracy,
 - d) zgłaszanie i wyrejestrowywanie pracowników,
 - e) ewidencjonowanie obecności pracowników obsługi, urlopów i zwolnień lekarskich,
 - f) współudział w opracowywaniu regulaminów pracy i wynagradzania oraz innych regulaminów objętych zakresem zadań kadr,
 - g) współpraca z urzędem pracy i miejskim ośrodkiem pomocy społecznej w zakresie zatrudniania osób w ramach staży, prac interwencyjnych, prac społecznie użytecznych;
 - h) nadzór i współpraca z kierownikami komórek organizacyjnych w zakresie realizacji programu adaptacji zawodowej pracowników,
 - i) prowadzenie dokumentacji dotyczącej okresowych ocen pracowników,
 - j) przeprowadzanie badania satysfakcji pracowników,
 - k) nadzór nad sporządzaniem planów urlopów przez kierowników i przedstawianie dyrektorowi do akceptacji .
 - l) współpraca ze specjalistą ds. BHP w sprawach: bieżącej kontroli i terminowej realizacji badań lekarskich pracowników, nadzoru nad dopuszczeniem pracownika do pracy (konieczność wykonania badań kontrolnych po chorobie trwającej dłużej niż 30 dni)
 - m) sprawozdawczość i analiza kadrowa na potrzeby wewnętrzne oraz GUS i SIO
3. W zakresie działalności socjalno – bytowej:
 - a) obsługa Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych (przyjmowanie i weryfikacja wniosków, prowadzenie kartotek).
 - b) opracowywanie regulaminu działalności socjalnej w oparciu o obowiązujące przepisy.

- c) analiza i opiniowanie, przy współudziale Komisji Socjalnej, wniosków pracowniczych w zakresie udzielanych świadczeń socjalnych,

§ 3.

Sekcja kadr współpracuje z:

- 1) wszystkim komórkami organizacyjnymi Centrum,
- 2) organizacjami związkowymi
- 3) radcą prawnym
- 4) z podmiotami zewnętrznymi: Urząd Pracy, PIP, ZUS, Urząd Wojewódzki, Urząd Marszałkowski, Ministerstwem Zdrowia.

Zadania i organizacja Radcy prawnego

§ 1.

1. Radca prawny w zakresie wykonywania swoich czynności podlega bezpośrednio Dyrektorowi.
2. Szczegółowe zadania Radcy prawnego są każdorazowo ustalane przez Dyrektora podczas nawiązania stosunku pracy lub zawarcia umowy cywilnoprawnej oraz przy zmianie tych umów.
3. Do zadań Radcy prawnego należy świadczenie pomocy prawnej na rzecz Centrum, polegającej w szczególności na:
 - 1) udzielaniu porad prawnych i sporządzanie opinii prawnych w zakresie stosowania prawa na zlecenie Dyrektora lub Zastępców Dyrektora oraz Kierowników komórek organizacyjnych,
 - 2) opiniowaniu pod względem formalno-prawnym dokumentów z zakresu zamówień publicznych,
 - 3) opiniowaniu pod względem formalno-prawnym umów i porozumień,
 - 4) bieżącym informowaniu Dyrekcji i Kierowników komórek organizacyjnych o zmianach w przepisach w zakresie działalności szpitala oraz interpretacja obowiązujących i zmieniających się przepisów (prowadzenie szkoleń),
 - 5) nadzór nad przestrzeganiem przepisów prawa i informowanie Dyrekcji i Kierowników komórek organizacyjnych o występujących w tym zakresie uchybieniach i ich skutkach,
 - 6) współdziałanie z Dyrektorem w zakresie zapobiegania naruszeniom prawa,
 - 7) występowanie w charakterze pełnomocnika szpitala w postępowaniu sądowym, administracyjnym, polubownym, egzekucyjnym oraz przed innymi organami orzekającymi na podstawie stosownych pełnomocnictw,
 - 8) podejmowaniu działań mających na celu zapewnienie sprawnej i efektywnej realizacji zadań ustawowych, statutowych i regulaminowych,
 - 9) wykonywanie innych zadań zleconych przez Dyrektora lub Zastępców Dyrektora leżących w ramach kompetencji Radcy prawnego

§ 2.

Radca prawny współpracuje w szczególności z Dyrekcją oraz Kierownikami komórek organizacyjnych.

Zadania i organizacja Inspektora Ochrony Danych

§ 1.

1. Inspektor Ochrony Danych w zakresie wykonywania swoich czynności podlega bezpośrednio Dyrektorowi.
2. Szczegółowe zadania Inspektora Ochrony Danych są każdorazowo ustalane przez Dyrektora podczas nawiązania stosunku pracy lub zawarcia umowy cywilnoprawnej oraz przy zmianie tych umów.
3. Do zadań Inspektora Ochrony Danych należy w szczególności:
 - a) monitorowanie przestrzegania przepisów o ochronie danych oraz polityk Administratora w dziedzinie ochrony danych osobowych, w tym podejmowanie działań zwiększających świadomość pracowników w zakresie ochrony danych, prowadzenie szkoleń pracowników oraz powiązane z tym audyty;
 - b) inicjowanie działań zmierzających do zapewnienia należytej ochrony danych osobowych;
 - c) udzielanie zaleceń co do oceny skutków dla ochrony danych oraz monitorowanie jej wykonania zgodnie z art. 35 Rozporządzenia o ochronie danych osobowych (dalej: Rozporządzenia);
 - d) współpraca z organem nadzorczym w zakresie ochrony danych osobowych;
 - e) pełnienie funkcji punktu kontaktowego dla organu nadzorczego w kwestiach związanych z przetwarzaniem danych,
 - f) konsultowanie się z organem nadzorczym, w tym także w zakresie, o którym mowa w art. 36 Rozporządzenia;
 - g) monitorowanie zgodności przetwarzania danych osobowych z przepisami o ochronie danych osobowych oraz opracowywanie w tym zakresie sprawozdania dla Administratora danych;
 - h) zapewnianie zapoznania osób upoważnionych do przetwarzania danych osobowych z przepisami o ochronie danych osobowych;
 - i) prowadzenie i aktualizowanie rejestru czynności przetwarzania danych osobowych;
 - j) przeciwdziałanie dostępowi osób niepowołanych do systemów/dokumentów w wersji papierowej, w których przetwarzane są dane osobowe;
 - k) standaryzacja procedur postępowania w przypadku wykrycia naruszeń;
 - l) tworzenie wzorów dokumentów w zakresie dotyczącym zapewnienia przestrzegania przepisów z zakresu ochrony danych oraz procedury postępowania w przypadku stwierdzenia naruszenia;
 - m) współpraca we wdrażaniu rozwiązań technicznych zapewniających wymagany poziom bezpieczeństwa przetwarzanych danych;
 - n) ograniczenie lub cofnięcie uprawnień użytkownikom nie przestrzegającym poziomu bezpieczeństwa;
 - o) współpraca z Centrum jako administratorem oraz odpowiednimi Komórkami Organizacyjnymi w zakresie zapewnienia należytych środków bezpieczeństwa ochrony danych osobowych;
 - p) dokumentowanie naruszeń ochrony danych osobowych, z określeniem ich skutków oraz wskazaniem odpowiednich środków zaradczych;
 - q) monitorowanie ryzyka naruszenia danych osobowych;
 - r) koordynacja zgłoszenia naruszenia ochrony danych,
 - s) wykonywanie innych zadań zleconych przez Dyrektora lub Zastępców Dyrektora leżących w ramach kompetencji stanowiska Inspektora Ochrony Danych.

§ 2.

Inspektor Ochrony Danych współpracuje w szczególności z:

- 1) Dyrekcją,
- 2) Sekcją informatyczną,
- 3) Administratorem Systemu Informatycznego
- 4) Ordynatorami oddziałów i Kierownikami komórek organizacyjnych w niezbędnym zakresie.

Zadania i organizacja Specjalisty/Inspektora ds. bezpieczeństwa i higieny pracy i ppoż

§ 1.

1. Specjalista/Inspektor ds. BHP w zakresie wykonywania swoich czynności podlega bezpośrednio Dyrektorowi.
2. Szczegółowe zadania Specjalisty/Inspektora ds. bezpieczeństwa i higieny pracy są każdorazowo ustalane przez Dyrektora podczas nawiązania stosunku pracy lub zawarcia umowy cywilnoprawnej ze Specjalistą oraz przy zmianie tych umów.
3. Specjalista/Inspektor ds. bhp odpowiada za celowe, oszczędne, tj. z zachowaniem zasady uzyskania najlepszych efektów z danych nakładów, racjonalne i zgodne z zasadą gospodarności wykorzystanie środków finansowych i zasobów Centrum,

§ 2.

1. Do zadań Specjalisty/Inspektora ds. bhp należy między innymi:
 - 1) prowadzenie kontroli warunków pracy oraz przestrzeganie zasad przepisów bhp,
 - 2) bieżące informowanie Dyrektora o stwierdzonych zagrożeniach zawodowych wraz z wnioskami zmierzającymi do usuwania tych zagrożeń,
 - 3) sporządzanie okresowych analiz, z częstotliwością wynikającą z przepisów, stanu bhp wraz z ekonomicznymi i efektywnymi propozycjami przedsięwzięć technicznych i organizacyjnych mających na celu zapobieganie zagrożeniom życia i zdrowia pracowników oraz poprawę warunków pracy,
 - 4) opracowywanie wewnętrznych aktów prawnych, oraz instrukcji ogólnych dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy oraz w ustalaniu zadań osób kierujących pracownikami w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy,
 - 5) zgłaszanie Dyrektorowi wniosków dotyczących wymagań bezpieczeństwa i higieny pracy oraz ergonomii na danym stanowisku,
 - 6) ustalanie okoliczności wypadków przy pracy oraz sporządzanie i archiwizacja dokumentów w niezbędnym zakresie,
 - 7) wstrzymanie pracy maszyn i urządzeń technicznych w razie stwierdzenia zagrożenia życia lub zdrowia pracowników lub pacjentów,
 - 8) odsunięcie pracownika od pracy, który swoim zachowaniem lub sposobem wykonywania pracy stwarza bezpośrednie zagrożenie życia lub zdrowia własnego lub innych osób i niezwłoczne informowanie o tym Dyrektora Centrum,
 - 9) współpraca z właściwymi komórkami organizacyjnymi lub pracownikami, w szczególności w zakresie organizowania i zapewnienia odpowiedniego rodzaju, poziomu szkoleń w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy oraz zapewnienia właściwej adaptacji zawodowej nowozatrudnionych pracowników,
 - 10) przeprowadzanie szkoleń bhp wg. ustalonego harmonogramu i wg potrzeb,
 - 11) wykonywanie innych zadań zleconych przez Dyrektora lub Zastępców Dyrektora leżących w zakresie kompetencji Specjalisty ds. bezpieczeństwa i higieny pracy,
 - 12) współpraca z organami kontroli w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy.

§ 3.

Specjalista ds. bhp współpracuje w szczególności z:

- 1) Dyrekcją,
- 2) Kierownikami Komórek Organizacyjnych,
- 3) Pracownikami w niezbędnym zakresie.

§ 4.

4. Specjalista/Inspektor ds. ppoż w zakresie wykonywania swoich czynności podlega bezpośrednio Dyrektorowi.
5. Szczegółowe zadania Specjalisty/Inspektora ds. ppoż są każdorazowo ustalane przez Dyrektora podczas nawiązania stosunku pracy lub zawarcia umowy cywilnoprawnej ze Specjalistą oraz przy zmianie tych umów.

6. Specjalista/Inspektor ds. ppoż odpowiada za celowe, oszczędne, tj. z zachowaniem zasady uzyskania najlepszych efektów z danych nakładów, racjonalne i zgodne z zasadą gospodarności wykorzystanie środków finansowych i zasobów Centrum.

§ 5.

1. Do zadań Specjalisty/Inspektora ds. ppoż należy między innymi:
 - 1) prowadzenie kontroli warunków bezpieczeństwa przeciwpożarowego oraz przestrzeganie zasad przepisów,
 - 2) bieżące informowanie Dyrektora o stwierdzonych zagrożeniach pożarowych wraz z wnioskami zmierzającymi do usuwania tych zagrożeń,
 - 3) sporządzanie okresowych analiz, z częstotliwością wynikającą z przepisów, stanu ppoż wraz z ekonomicznymi i efektywnymi propozycjami przedsięwzięć technicznych i organizacyjnych mających na celu zapobieganie zagrożeniom pożarowym,
 - 4) opracowywanie wewnętrznych aktów prawnych, oraz instrukcji ogólnych dotyczących bezpieczeństwa przeciwpożarowego,
 - 5) współpraca z właściwymi komórkami organizacyjnymi lub pracownikami, w szczególności w zakresie organizowania i zapewnienia odpowiedniego rodzaju, poziomu szkoleń w dziedzinie bezpieczeństwa przeciwpożarowego,
 - 10) przeprowadzanie szkoleń ppoż wg. ustalonego harmonogramu i wg potrzeb,
 - 11) wykonywanie innych zadań zleconych przez Dyrektora lub Zastępców Dyrektora leżących w zakresie kompetencji Specjalisty ds. bezpieczeństwa i higieny pracy,
 - 12) współpraca z organami kontroli w zakresie bezpieczeństwa przeciwpożarowego.

Zadania i organizacja Specjalisty ds. obronnych

§ 1.

1. Specjalista ds. obronnych w zakresie wykonywania swoich czynności podlega bezpośrednio Dyrektorowi.
2. Szczegółowe zadania Specjalisty ds. obronnych są każdorazowo ustalane przez Dyrektora podczas nawiązania stosunku pracy lub zawarcia umowy cywilnoprawnej ze Specjalistą oraz przy zmianie tych umów.
3. Specjalista ds. obronnych odpowiada za celowe, oszczędne, tj. z zachowaniem zasady uzyskania najlepszych efektów z danych nakładów, racjonalne i zgodne z zasadą gospodarności wykorzystanie środków finansowych i zasobów Centrum,
4. Do zadań Specjalisty ds. obronnych należy między innymi:
 - 1) koordynowanie i nadzorowanie przygotowań oraz realizacji przedsięwzięć obronnych i obrony cywilnej w zakładzie,
 - 2) organizowanie i prowadzenie szkoleń w zakresie spraw obronnych i obrony cywilnej,
 - 3) prowadzenie kancelarii materiałów „zastrzeżonych” zgodnie z obowiązującymi przepisami,
 - 4) współudział w realizacji zadań związanych z ewidencjonowaniem pracowników podlegających powszechnemu obowiązkowi obrony RP,
 - 5) wykonywanie innych zadań powierzonych przez Dyrektora lub Zastępców Dyrektora leżących w kompetencji Specjalisty,
 - 6) Współpraca w niezbędnym zakresie z odpowiednimi urzędami oraz organami w ramach kompetencji Specjalisty.

§ 2.

Specjalista ds. obronnych współpracuje w szczególności z:

- 1) Dyrekcją,
- 2) Komórkami organizacyjnymi oraz ich Kierownikami pracownikami w niezbędnym zakresie.

Zadania i organizacja Inspektora ochrony przeciwpożarowej

§ 1.

1. Inspektor ochrony przeciwpożarowej w zakresie wykonywania swoich czynności podlega bezpośrednio Dyrektorowi.
2. Szczegółowe zadania Inspektora ochrony przeciwpożarowej wynikają z przepisów obowiązującego prawa, a nadto są każdorazowo ustalane przez Dyrektora podczas nawiązania stosunku pracy lub zawarcia umowy cywilnoprawnej z Inspektorem oraz przy zmianie tych umów
3. Inspektor Ochrony przeciwpożarowej odpowiada za celowe, oszczędne, tj. z zachowaniem zasady uzyskania najlepszych efektów z danych nakładów, racjonalne i zgodne z zasadą gospodarności wykorzystanie środków finansowych i zasobów Centrum
4. Do zadań w zakresie ochrony przeciwpożarowej należy w szczególności:
 - 1) zapewnienie właściwego poziomu ochrony ppoż we wszystkich obiektach Centrum i nadzór nad nim,
 - 2) opracowanie Instrukcji Bezpieczeństwa Pożarowego,
 - 3) okresowe kontrole stanu bezpieczeństwa przeciwpożarowego Centrum oraz nadzór nad zleconymi przeglądami sprawności i przydatności urządzeń i sprzętu przeciwpożarowego zgodnie z obowiązującymi przepisami,
 - 4) organizowanie i prowadzenie szkoleń wstępnych dla Pracowników w zakresie ochrony przeciwpożarowej,
 - 5) przygotowywanie wewnętrznych zarządzeń instrukcji w zakresie ochrony przeciwpożarowej,
 - 6) kontrolowanie przestrzegania przez pracowników obowiązujących przepisów, regulaminów lub instrukcji ochrony przeciwpożarowej,
 - 7) wykonywanie innych zadań powierzonych przez Dyrektora lub Zastępców Dyrektora leżących w kompetencji Inspektora,
 - 8) współpraca z odpowiednimi organami i urzędami, m. in. właściwą jednostką straży pożarnej oraz właściwym Wydziałem ds. zarządzania kryzysowego

§ 2.

Inspektor ochrony przeciwpożarowej współpracuje w szczególności z:

- 1) Dyrekcją,
- 2) Komórkami organizacyjnymi oraz ich kierownikami i pracownikami w niezbędnym zakresie.

Zadania i organizacja Pełnomocnika ds. ochrony informacji niejawnych

§ 1.

1. Pełnomocnik ds. ochrony informacji niejawnych w zakresie wykonywania swoich czynności podlega bezpośrednio Dyrektorowi.
2. Szczegółowe zadania Pełnomocnika ds. ochrony informacji niejawnych są każdorazowo ustalane przez Dyrektora podczas nawiązania stosunku pracy lub zawarcia umowy cywilnoprawnej z Pełnomocnikiem oraz przy zmianie tych umów.
3. Pełnomocnik ds. ochrony informacji niejawnych odpowiada za celowe, oszczędne, tj. z zachowaniem zasady uzyskania najlepszych efektów z danych nakładów, racjonalne i zgodne z zasadą gospodarności wykorzystanie środków finansowych i zasobów Centrum
4. Do zadań Pełnomocnika ds. ochrony informacji niejawnych należy między innymi:
 - 1) prowadzenie nadzoru nad ochroną informacji niejawnych,
 - 2) zapewnienie ochrony informacji niejawnych,
 - 3) kontrola ochrony informacji niejawnych oraz przestrzeganie przepisów o ochronie tych informacji,
 - 4) okresowa kontrola ewidencji, materiałów i obiegu dokumentów,
 - 5) szkolenie pracowników w zakresie ochrony informacji niejawnych,
 - 6) opracowanie instrukcji dotyczącej sposobu i trybu przetwarzania informacji niejawnych o klauzuli „Zastrzeżone”,
 - 7) wykonywanie innych zadań zleconych przez Dyrektora lub Zastępców Dyrektora, leżących w kompetencjach stanowiska,
 - 8) współpraca w niezbędnym zakresie z odpowiednimi organami i urzędami, w tym m. in. właściwymi organami Urzędu Marszałkowskiego w zakresie ochrony informacji niejawnych.

§ 2.

Pełnomocnik ds. ochrony informacji niejawnych współpracuje w szczególności z:

- 1) Dyrekcją,
- 2) Komórkami organizacyjnymi oraz ich kierownikami i pracownikami w niezbędnym zakresie.

Zadania i organizacja Kapelana szpitalnego

§1.

1. Kapelan szpitalny w podlega służbowo Dyrektorowi.
2. Szczegółowy zakres czynności Kapelana określa umowa zawarta z Kapelanem.
3. Do zadań Kapelana należy między innymi:
 - a) organizacja i wykonywanie ogółu czynności sakralnych,
 - b) odprawianie mszy świętych i innych nabożeństw zgodnie z ustalonym obrzędkiem,
 - c) udzielanie sakramentów świętych zgodnie z potrzebami chorych,
 - d) przygotowanie i spełnianie posług religijnych zgodnie z przepisami liturgicznymi,
 - e) zapewnianie członkom Kościoła przewodnictwa duchowego.

§ 2

Kapelan szpitalny współpracuje z komórkami organizacyjnymi Centrum w szczególności z:

- 1) Dyrekcją,
- 2) Komórkami organizacyjnymi i ich kierownikami oraz pracownikami w niezbędnym zakresie.

Zadania i organizacja Pełnomocnika ds. praw pacjenta

§1

1. Pełnomocnik ds. praw pacjenta w zakresie wykonywania swoich czynności podlega bezpośrednio Dyrektorowi.

§2

Do zadań Pełnomocnika ds. praw pacjenta należy:

1. Nadzór nad przestrzeganiem praw Pacjenta w Warmińsko – Mazurskim Centrum Chorób Płuc w Olsztynie.
2. Stały monitoring realizacji praw Pacjentów w Warmińsko – Mazurskim Centrum Chorób Płuc w Olsztynie.
3. Zapewnienie Pacjentom, członkom ich rodzin, przedstawicielom ustawowym lub osobom sprawującym opiekę nad Pacjentami w Warmińsko – Mazurskim Centrum Chorób Płuc w Olsztynie dostępu do informacji prawnej oraz wskazanie trybu interwencji w przypadku naruszenia praw Pacjenta.
4. Rozwiązywanie bieżących problemów zgłaszanych przez Pacjentów, członków ich rodzin, przedstawicieli ustawowych lub osoby sprawujące opiekę nad Pacjentami.
5. Podejmowanie działań interwencyjnych w sytuacjach tego wymagających związanych z realizacją praw Pacjenta.
6. Przyjmowanie skarg i wniosków od Pacjentów, członków rodzin Pacjentów, przedstawicieli ustawowych Pacjentów lub osób sprawujących faktyczną opiekę nad Pacjentami przebywających w Warmińsko – Mazurskim Centrum Chorób Płuc w Olsztynie.
7. Prowadzenie Rejestru Skarg i Wniosków w Warmińsko – Mazurskim Centrum Chorób Płuc w Olsztynie.
8. Terminowe i rzetelne rozpatrywanie skarg oraz przygotowanie i przekazanie odpowiedzi osobie zainteresowanej.
9. Przygotowywanie okresowych analiz złożonych przez Pacjentów, członków ich rodzin, przedstawicieli ustawowych lub osób sprawujących faktyczną opiekę nad Pacjentami przebywających w Warmińsko – Mazurskim Centrum Chorób Płuc w Olsztynie skarg i wniosków.

§ 3.

Pełnomocnik ds. praw pacjenta współpracuje w szczególności z:

- 1) Dyrekcją,
- 2) Komórkami organizacyjnymi oraz ich Kierownikami pracownikami w niezbędnym zakresie,

Załącznik nr 44
Schemat
Załącznik nr 45
Cennik

