



REGULAMIN ORGANIZACYJNY

Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Grodzisku Wielkopolskim

Spis treści

ROZDZIAŁ I.	Postanowienia ogólne
ROZDZIAŁ II.	Zadania Dyrekcji oraz komórek organizacyjnych SP ZOZ
ROZDZIAŁ III.	Organizacja świadczeń zdrowotnych
ROZDZIAŁ IV.	Prawa i obowiązki pacjenta
ROZDZIAŁ V.	Zasady odwiedzin pacjentów w oddziałach szpitalnych i udzielania informacji o stanie zdrowia
ROZDZIAŁ VI.	Obowiązki Szpitala w razie śmierci pacjenta
ROZDZIAŁ VII.	Przechowywanie rzeczy wartościowych w depozycie Szpitala
ROZDZIAŁ VIII.	Skargi i wnioski
ROZDZIAŁ IX.	Postanowienia końcowe

ROZDZIAŁ I

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Grodzisku Wielkopolskim udziela świadczeń w rodzajach:
 - 1) Leczenie Szpitalne w komórkach zlokalizowanych pod adresem: 62-065 Grodzisk Wlkp., ul. Mossego 3;
 - 2) Ambulatoryjna Opieka Zdrowotna i POZ w komórkach zlokalizowanych pod adresem: 62-065 Grodzisk Wlkp., ul. Mossego 3;
 - 3) Ratownictwo Medyczne – ZRM typu „S” z miejscem wyczekiwania pod adresem: 62-065 Grodzisk Wlkp., ul. Mossego 3 oraz ZRM typu „P” z miejscem wyczekiwania 64-050 Wielichowo, ul. Pocztowa 49.
2. Regulamin Organizacyjny Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Grodzisku Wielkopolskim, zwanego dalej „SP ZOZ” lub „Szpitalem” lub „Zakładem” jest podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą, prowadzonym w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, określa organizację i porządek procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w SP ZOZ, w tym:
 - 1) postanowienia ogólne.
 - 2) organizację udzielania świadczeń zdrowotnych w tym:
 - a) zasady organizacji świadczeń stacjonarnych,
 - b) zasady organizacji świadczeń ambulatoryjnych,
 - c) organizację udzielania świadczeń zdrowotnych w innych, poza oddziałami Szpitala i poradniami specjalistycznymi, komórkach zakładu,
 - d) prawa i obowiązki pacjenta,
 - e) zasady odwiedzin pacjentów w oddziałach szpitalnych i udzielanie informacji o stanie zdrowia chorych,
 - f) obowiązki Szpitala w razie śmierci pacjenta,
 - g) przechowywanie rzeczy wartościowych w depozycie Szpitala,
 - h) skargi i wnioski,
 - i) postanowienia końcowe.

§ 2

1. SP ZOZ działa w oparciu o:
 - 1) Ustawę z dnia 15 kwietnia 2011 o działalności leczniczej (2011r. Dz. U. Nr 112, poz.654 ze zm.) oraz rozporządzenia wykonawcze wydane na podstawie ustawy.
 - 2) Decyzję Wojewody Wielkopolskiego o wpisaniu do rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą Nr księgi rejestrowej: 000000016115.
 - 3) Statut Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Grodzisku Wielkopolskim.
 - 4) Postanowienie Sądu Rejonowego Poznań-Nowe Miasto i Wilda w Poznaniu, VIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego o wpisie do Krajowego Rejestru Sądowego nr: 0000009436.

§ 3

Użyte w regulaminie określenia oznaczają:

1. Świadczenie zdrowotne – działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia oraz inne działania wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych, regulujących zasady jego wykonania.

2. Osoba wykonująca zawód medyczny – osoba, która na podstawie odrębnych przepisów uprawniona jest do udzielenia świadczeń zdrowotnych oraz osoba legitymująca się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny.
3. Ambulatoryjna opieka zdrowotna – udzielanie świadczeń zdrowotnych pacjentom niewymagającym hospitalizacji.
4. Ambulatoryjne, specjalistyczne świadczenie zdrowotne – świadczenie zdrowotne określone w ustawie z dn. 27.08.2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, a w szczególności:
 - a) badanie i porada lekarska,
 - b) badanie diagnostyczne,
 - c) leczenie ambulatoryjne,
 - d) świadczenie pielęgniarskie,
 - e) rehabilitacja lecznicza,
 - f) orzekanie o stanie zdrowia.
5. Świadczenia szpitalne - wykonywane całą dobę kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych; świadczeniami szpitalnymi są także świadczenia udzielane z zamiarem zakończenia ich udzielania w okresie nieprzekraczającym 24 godzin.
6. Porada specjalistyczna – świadczenie specjalistyczne lub zespół takich świadczeń, udzielone w ramach poradni specjalistycznych przez lekarza specjalistę lub zespół osób uprawnionych do udzielania ambulatoryjnych specjalistycznych świadczeń.
7. Pacjent – osoba fizyczna, korzystająca z określonych rodzajowo świadczeń zdrowotnych SP ZOZ.

§ 4

1. Zakładem kieruje i reprezentuje go na zewnątrz Dyrektor, a w razie jego nieobecności Z-ca Dyrektora ds. Ekonomicznych. Obowiązki Dyrektora w zakresie spraw medycznych pełni osoba pisemnie upoważniona przez Dyrektora. O udzieleniu upoważnienia Dyrektor każdorazowo informuje podmiot tworzący na piśmie.
2. Poza godzinami pracy Dyrektora w dni powszednie oraz przez całą dobę, w niedziele i święta, kompetencje w zakresie kontroli udzielania świadczeń i koordynacji pracy personelu przejmuje wyznaczony I Lekarz Dyżurny Szpitala wg comiesięcznego harmonogramu sporządzonego do dnia 20 każdego miesiąca przez kierowników/koordynatorów oddziałów i zatwierdzanego przez Dyrektora. W sprawach pilnych wymagających podjęcia natychmiastowej decyzji I Lekarz Dyżurny Szpitala może skontaktować się z Dyrektorem lub z jego zastępcą.
3. Nadzór nad działalnością SP ZOZ sprawuje wg Ustawy podmiot tworzący.

§ 5

Strukturę organizacyjną SP ZOZ tworzą następujące zakłady lecznicze, jednostki organizacyjne, komórki organizacyjne, samodzielne stanowiska pracy, zespoły funkcjonalne:

1. Dyrekcja Szpitala:
 - 1.1 Dyrektor,
 - 1.2 Z-ca Dyrektora ds. Ekonomicznych,
2. Działy:
 - 2.1 Dział Księgowy,
 - 2.2 Dział Kadrowy,
 - 2.3 Dział Metodyczno – Organizacyjny,

- 2.4 Dział Zaopatrzenia i Transportu,
- 2.5 Dział Techniczny.
- 3. Samodzielne Stanowiska Pracy:
 - 3.1 Pełnomocnik ds. Systemu Zarządzania Jakością,
 - 3.2 Koordynator ds. Pielęgniarek i Położnych,
 - 3.3 Koordynator ds. Rozliczeń Usług,
 - 3.4 Informatyk,
 - 3.5 Pełnomocnik ds. Informacji Niejawnych,
 - 3.6 Pełnomocnik ds. Praw Pacjenta,
 - 3.7 Specjalista ds. BHP,
 - 3.8 Radca prawny,
 - 3.9 Kapelan szpitalny,
 - 3.10 Pielęgniarka Specjalistka w Zakresie Higieny i Epidemiologii,
 - 3.11 Dietetyk.
- 4. Zespoły Funkcjonalne:
 - 4.1 Komitet ds. Jakości Usług Medycznych,
 - 4.2 Komitet Kontroli Zakażeń Szpitalnych,
 - 4.3 Szpitalny Komitet Terapeutyczny,
 - 4.4 Komitet Transfuzjologiczny,
 - 4.5 Żywniowy Komitet Doradczy,
 - 4.6 Komisja Przetargowa,
 - 4.7 Komisja Inwentaryzacyjna,
 - 4.8 Komisja Kasacyjna,
 - 4.9 Komisja ds. Przyjmowania Darów,
 - 4.10 Zespół Oceny Przyjęć.
- 5. Świadczenia wykonuje się w następujących zakładach leczniczych:
 - 5.1 w zakładzie leczniczym: Szpital w skład którego wchodzi następujące jednostki i komórki organizacyjne Zakładu:
 - 5.1.1 Jednostka: Szpital Powiatowy, w skład której wchodzi:
 - 5.1.1.1 oddziały szpitalne:
 - 5.1.1.1.1 Oddział Internistyczno – Kardiologiczny,
 - 5.1.1.1.2 Oddział Chirurgiczny z Pododdziałem Gastroenterologicznym,
 - 5.1.1.1.3 Oddział Położniczo - Ginekologiczny,
 - 5.1.1.1.4 Oddział Noworodkowy,
 - 5.1.1.1.5 Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii,
 - 5.1.1.1.6 Blok Operacyjny.
 - 5.1.1.2 Izba Przyjęć
 - 5.1.1.2.1 Ambulatorium Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej
 - 5.1.1.3 Centralna Sterylizatornia,
 - 5.1.1.4 Apteka Szpitalna.
 - 5.2 w zakładzie leczniczym: Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna, w skład którego wchodzi następujące jednostki i komórki organizacyjne oddziału:
 - 5.2.1 Jednostka: Pogotowie Ratunkowe, w skład której wchodzi:
 - 5.2.1.1 Zespół Ratownictwa Medycznego Podstawowy – P (miejsce stacjonowania Wielichowo),
 - 5.2.1.2 Zespół Ratownictwa Medycznego Specjalistyczny - S,
 - 5.2.1.3 Transport Sanitarny.
 - 5.2.2 Jednostka Pracownie Diagnostyczne, w skład której wchodzi:
 - 5.2.2.1 Laboratorium,
 - 5.2.2.1.1 Pracownia Bakteriologii,

- 5.2.2.1.2 Pracownia Immunologii Transfuzjologicznej,
- 5.2.2.1.3 Bank Krwi,
- 5.2.2.2 Pracownia Gastroenterologiczna,
- 5.2.2.3 Pracownia Tomografii Komputerowej,
- 5.2.2.4 Pracownia RTG.
- 5.2.3 Jednostka: Poradnie Specjalistyczne, w skład której wchodzi:
 - 5.2.3.1 Poradnia Chirurgiczna,
 - 5.2.3.1.1 Gabinet Zabiegowy Chirurgiczny,
 - 5.2.3.2 Poradnia Ginekologiczno – Położnicza,
 - 5.2.2.2.1 Gabinet Diagnostyczno – Zabiegowy Ginekologiczno – Położniczy,
 - 5.2.3.3 Poradnia Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej,
 - 5.2.3.3.1 Gabinet Zabiegowy Ortopedyczny,
 - 5.2.3.4 Poradnia Kardiologiczna,
 - 5.2.3.5 Poradnia Gastroenterologiczna,
 - 5.2.2.5.1 Gabinet Diagnostyczno – Zabiegowy Poradni Gastroenterologicznej

§ 6

Oddziałami kierują kierownicy/koordynatorzy, a pozostałymi komórkami organizacyjnymi kierownicy lub koordynatorzy tych komórek, a w razie ich nieobecności zastępcy lub inne wyznaczone osoby.

Pracę pielęgniarek, położnych oddziału organizuje i nadzoruje pielęgniarka /położna koordynująca w uzgodnieniu z kierownikiem/koordynatorem.

Nadzór i koordynację pracy pielęgniarek i położnych, salowych itp. szpitala sprawuje Koordynator ds. Pielęgniarek i Położnych.

Czas pracy pracowników medycznych w SP ZOZ jest zgodny z Ustawą o działalności leczniczej.

§ 7

SP ZOZ pełni funkcje ośrodka diagnostyczno – leczniczego, do którego kierowani są pacjenci w zakresie leczenia stacjonarnego i ambulatoryjnego i profilaktyki. SP ZOZ zapewnia poczucie bezpieczeństwa zdrowia psychicznego i fizycznego wszystkim zgłaszającym się osobom wykorzystując najnowocześniejsze dostępne metody promocji zdrowia oraz leczenia.

ROZDZIAŁ II

ZADANIA DYREKCJI ORAZ KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH SP ZOZ

§ 8

Do zadań Dyrektora należy w szczególności:

1. wytyczanie kierunków i realizacja strategii rozwoju Szpitala,
2. operacyjne zarządzanie Szpitalem, w tym zwłaszcza w zakresie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej (działalność medyczna - podstawowa) oraz działalności gospodarczej (pomocniczej), zarządzanie finansami, zarządzanie personelem oraz zarządzanie infrastrukturą,
3. wykonywanie uprawnień zwierzchnika służbowego wobec pracowników Szpitala,
4. realizacja polityki zarządzania jakością poprzez koordynowanie i podejmowanie działań mających na celu podnoszenie jakości usług świadczonych przez Szpital,

5. powierzanie przygotowania i przeprowadzania postępowania o udzielenie zamówienia publicznego Przewodniczącemu Komisji Przetargowej lub innym wskazanym pracownikom,
6. nadzór nad wykonywaniem zadań związanych z kontrolą wewnętrzną Szpitala,
7. negocjowanie, zawieranie oraz nadzór nad prawidłową realizacją zawartych przez Szpital umów na świadczenia zdrowotne,
8. gospodarowanie środkami finansowymi i rzeczowymi pozostającymi w dyspozycji Szpitala,
9. nadzór nad organizacją pracy ratowników medycznych w tym planowaniem harmonogramów pracy zapewniających efektywne zarządzanie czasem pracy, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa,
10. wdrożenie i monitorowanie mechanizmów kontroli zarządczej w podległych komórkach, aby jednostka osiągała swoje cele w sposób zgodny z prawem, efektywny, oszczędny i terminowy,
11. reprezentowanie Szpitala na zewnątrz.

§ 9

1. Do zadań Z-cy Dyrektora ds. Ekonomicznych należy w szczególności:
 - 1) kształtowanie polityki finansowej Szpitala w sposób optymalizujący płynność finansową i rentowność,
 - 2) opracowywanie projektów planów finansowych oraz nadzór nad ich realizacją,
 - 3) przygotowywanie analiz i prognoz dotyczących sytuacji finansowej Szpitala,
 - 4) pozyskiwanie innych niż pochodzące z powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego źródeł finansowania świadczeń zdrowotnych,
 - 5) wydawanie opinii dotyczących projektów umów ubezpieczeniowych w oparciu o dane księgowe dotyczące ubezpieczeń majątkowych oraz ubezpieczeń od odpowiedzialności cywilnej,
 - 6) planowanie zatrudnienia oraz udział w procesie rekrutacji personelu w powierzonym obszarze zadań,
 - 7) nadzór nad sporządzaniem corocznych sprawozdań finansowych oraz innej obowiązkowej sprawozdawczości finansowej;
 - 8) realizacja polityki zarządzania jakością poprzez koordynowanie i podejmowanie działań mających na celu podnoszenie jakości usług świadczonych przez Szpital,
 - 9) nadzór nad finansami i gospodarką materiałową Szpitala, ze szczególnym uwzględnieniem rachunku kosztów;
 - 10) wdrożenie i monitorowanie mechanizmów kontroli zarządczej w podległych komórkach, aby jednostka osiągała swoje cele w sposób zgodny z prawem, efektywny, oszczędny i terminowy,
 - 11) nadzór nad prawidłowym rozdziałem kosztów pośrednich na komórki zadaniowe zgodnie z przyjętymi kluczami podziału kosztów pośrednich,
 - 12) nadzór nad prawidłową oceną rentowności poszczególnych komórek organizacyjnych Szpitala,
 - 13) nadzór nad realizacją zakupów i dostaw,
 - 14) nadzór nad gospodarką magazynową w Szpitalu,
 - 15) kontrola przebiegu realizacji zaopatrzenia w sprzęt medyczny, wyposażenie biurowe, środki czystości, oraz inne materiały i urządzenia, zgodnie z potrzebami komórek organizacyjnych Zakładu,
 - 16) koordynowanie i nadzorowanie pracy kierowców oraz kierowców – ratowników,

- 17) nadzór nad utrzymaniem w należytych stanie technicznym i zapewnienie utrzymania w ruchu ciągłym obiektów Szpitala, instalacji, maszyn, urządzeń oraz sprzętu i aparatury medycznej,
- 18) dostosowanie stanu infrastruktury technicznej Zakładu do jego celów, programów i planów działalności,
- 19) utrzymywanie infrastruktury technicznej zgodnie z wymaganiami bezpieczeństwa i higieny pracy,
- 20) sprawowanie nadzoru nad eksploatacją obiektów Szpitala oraz jego bezpośredniego otoczenia w zakresie zapewnienia warunków niezbędnych do prawidłowego funkcjonowania.

2. Z-cy Dyrektora ds. Ekonomicznych podlegają bezpośrednio:

- 1) Dział Księgowy
- 2) Dział Zaopatrzenia i Transportu,
- 3) Koordynator ds. Rozliczeń Usług,
- 4) Komisja Przetargowa,
- 5) Komisja Inwentaryzacyjna,
- 6) Komisja Kasacyjna,
- 7) Komisja ds. Przyjmowania Darów.

§ 10

1. Do zadań Pełnomocnika ds. Systemu Zarządzania Jakością należy w szczególności:
 - 1) nadzór nad obsługą kancelaryjną i prawidłowością obiegu dokumentów w Szpitalu,
 - 2) nadzór nad przygotowywaniem dokumentów stanowiących podstawy funkcjonowania Szpitala, w tym statutu, regulaminów i zarządzeń Dyrektora,
 - 3) nadzór nad aktualnością zapisów w rejestrach, do których Szpital i jego komórki organizacyjne podlegają wpisowi,
 - 4) nadzór nad zmianami organizacyjnymi i przekształceniami Szpitala,
 - 5) nadzór nad realizacją decyzji, nakazów i zaleceń wydawanych przez organy uprawnione do przeprowadzania kontroli,
 - 6) Wdrożenie standardów akredytacyjnych opracowanych przez Centrum Monitorowania Jakością w Krakowie.

§ 11

Do zadań Koordynatora ds. Pielęgniarek i Położnych należy w szczególności:

1. nadzór nad procesem organizowania i funkcjonowaniem opieki pielęgniarskiej i położniczej w Szpitalu,
2. nadzór, kontrola i koordynowanie pracy pielęgniarek i położnych oddziałowych oraz pielęgniarek i położnych koordynujących, sprawujących samodzielny nadzór nad komórką organizacyjną,
3. organizowanie szkoleń aktualizujących wiedzę i podnoszących poziom umiejętności zawodowych podległego personelu oraz znajomość przepisów z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy,
4. dokonywanie oceny jakości realizowanych świadczeń przez podległy personel,
5. dokonywanie oceny wyposażenia stanowisk pracy podległego personelu,
6. współpraca z placówkami szkolnictwa zawodowego oraz organizacja praktyk dla personelu pielęgniarskiego, położniczego,

7. opracowywanie i wprowadzanie standardów i procedur w zakresie opieki pielęgniarskiej i położniczej,
8. udział w rozpatrywaniu skarg na działalność podległego personelu we współpracy z Rzecznikiem Praw Pacjenta oraz przedstawianie wniosków Dyrektorowi,
9. nadzór nad zapobieganiem i zwalczaniem zakażeń wewnątrzszpitalnych w zakresie przydzielonych zadań,
10. nadzór nad stanem sanitarno – epidemiologicznym Szpitala w zakresie przydzielonych zadań we współpracy z Przewodniczącym Komitetu Kontroli Zakażeń Szpitalnych, w tym koordynowanie współpracy z Powiatową i Wojewódzką Stacją Sanitarno-Epidemiologiczną,
11. nadzór nad organizacją pracy w tym planowaniem harmonogramów pracy zapewniających efektywne zarządzanie czasem pracy, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa,
12. planowanie zatrudnienia oraz udział w procesie rekrutacji personelu w powierzonym obszarze zadań,
13. nadzór nad prawidłowym prowadzeniem dokumentacji pielęgniarskiej oraz nad sprawozdawczością dotyczącą usług pielęgniarskich,
14. realizacja polityki zarządzania jakością poprzez koordynowanie i podejmowanie działań mających na celu podnoszenie jakości usług świadczonych przez Szpital,
15. nadzór nad realizacją zadań związanych z żywieniem pacjentów szpitala.

§ 12

Do zadań Głównego Księgowego należy w szczególności:

1. prowadzenie rachunkowości Szpitala zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa,
2. wykonywanie dyspozycji środkami pieniężnymi,
3. nadzór nad realizacją planu finansowego Szpitala, w tym wstępna kontrola zgodności operacji gospodarczych i finansowych z planem finansowym,
4. dokonywanie wstępnej kontroli kompletności i rzetelności dokumentów dotyczących operacji gospodarczych i finansowych,
5. przygotowywanie analiz dotyczących sytuacji finansowej Szpitala,
6. nadzór nad sporządzaniem dorocznych sprawozdań finansowych oraz innej obowiązkowej sprawozdawczości finansowej,
7. nadzór nad Działem Księgowym,
8. nadzór nad wykonywaniem zadań związanych z kontrolą finansową w Szpitalu,
9. realizacja polityki zarządzania jakością poprzez koordynowanie i podejmowanie działań mających na celu podnoszenie jakości usług świadczonych przez Szpital,
10. wykonywanie innych zadań zleconych przez Dyrektora.

§ 13

Do zadań Działu Księgowego należy w szczególności:

1. w zakresie ewidencji środków trwałych i inwentaryzacji:
 - a) współdziałanie w opracowywaniu planu inwentaryzacji i kontroli jego wykonania,
 - b) współpraca z komisją inwentaryzacyjną w zakresie ustalania wyników inwentaryzacji,
 - c) rozliczanie wyników inwentaryzacji,
 - d) prowadzenie ewidencji ilościowo-wartościowej środków trwałych oraz wartości niematerialnych i prawnych,
 - e) kontrola przebiegu rozliczeń z osobami materialnie odpowiedzialnymi,

- f) przeszacowanie wartości środków trwałych zgodnie z obowiązującymi przepisami,
 - g) prowadzenie ewidencji środków trwałych i wartości niematerialnych i prawnych na kartach obiektów inwentarzowych,
 - h) prowadzenie ewidencji środków trwałych obcych,
 - i) przygotowywanie materiałów do analiz i sporządzanie sprawozdawczości statystycznej GUS,
2. w zakresie księgowości finansowej:
- a) wprowadzanie danych księgowych do systemu FK Impuls finanse - księgowość,
 - b) sprawdzanie dowodów księgowych pod względem formalnym i rachunkowym,
 - c) kontrolowanie, konfrontowanie i dekretowanie dokumentów księgowych w ewidencji syntetycznej i analitycznej,
 - d) sporządzanie dokumentów bankowych na podejmowanie i przekazywanie środków pieniężnych,
 - e) prowadzenie na bieżąco obowiązujących rejestrów, ewidencji kontroli i kartotek dotyczących zagadnień finansowo-księgowych,
 - f) uzgadnianie sald z dłużnikami i wierzycielami,
 - g) dokonywanie zmian stanu i wartości środków trwałych oraz wartości niematerialnych i prawnych w wyniku przyjęcia do użytkowania z zakupu, inwestycji, nieodpłatnego przekazania-przejęcia, likwidacji, przeszacowania, ujawnienia i przekwalifikowania pozostałych środków trwałych na skutek zmiany wartości granicznej środka trwałego,
 - h) prowadzenie ewidencji gruntów,
 - i) zapewnienie skutecznej kontroli dokumentów oraz ich prawidłowej dekretacji,
 - j) ścisła kontrola faktycznego obiegu dokumentów finansowych w zakładzie i usuwanie nieprawidłowości w tym zakresie,
 - k) przygotowywanie okresowych i rocznych sprawozdań finansowych,
 - l) opracowywanie materiałów do analiz,
 - m) sporządzanie sprawozdań statystycznych,
 - n) ewidencja i rozliczanie środków finansowych otrzymywanych z funduszy europejskich i innych, a także dotacji z budżetu Powiatu i pozostałych uprawnionych podmiotów,
 - o) przygotowywanie wniosków o przekazanie dotacji i pożyczek dotyczących finansowania remontów i inwestycji,
3. w zakresie księgowości materiałowej:
- a) prowadzenie indeksów materiałów w poszczególnych magazynach,
 - b) prowadzenie dokumentacji ruchu materiałów wg zatwierdzonych wzorów w instrukcji obiegu dokumentów,
 - c) ewidencja otrzymanych dokumentów,
 - d) comiesięczne uzgadnianie stanów księgowych z magazynem,
 - e) wartościowe uzgadnianie magazynów z kartoteką syntetyczną i uzgadnianie konta „Rozliczenie zakupu”,
 - f) przygotowywanie materiałów do analiz,
4. udział w realizacji postępowań o udzielenie zamówienia publicznego w zakresie merytorycznym komórki organizacyjnej.
5. Do zadań Kasy należy:
- a) przyjmowanie wpłat gotówkowych zgodnie instrukcją,
 - b) wypłaty gotówkowe na rzecz wierzycieli Szpitala zgodnie z instrukcją.
6. sporządzanie list płac, stanowiących podstawę wypłaty pracownikom wynagrodzenia za pracę i zasiłków z ubezpieczenia społecznego,

7. obsługa programu komputerowego „kadrowo-płacowego” w zakresie płac, bieżące wprowadzenie danych płacowych do systemu,
8. wyliczanie wysokości wynagrodzeń, odpraw emerytalnych, rentowych, ekwiwalentu za niewykorzystany urlop wypoczynkowy oraz innych świadczeń pracowniczych wynikających ze stosunku pracy,
9. obliczanie zmiennych składników wynagrodzenia - należności za dyżury, dopłaty za pracę w porze nocnej, w niedzielę, święta, dopłaty za urlop wypoczynkowy, staż specjalistyczny,
10. prowadzenie dokumentacji związanej z wypłatą należności z tytułu umów zleceń, umów o dzieło, oraz pozostałych umów dotyczących wykonywania świadczeń na rzecz pacjentów,
11. przygotowanie do wypłaty innych dokumentów stanowiących podstawę wypłaty należności za pracę na rzecz Szpitala,
12. nadzór nad terminowym dokonywaniem przelewów wynagrodzeń pracowniczych na konta bankowe,
13. prowadzenie rejestrów potrąceń dokonywanych z wynagrodzenia za pracę i uzgadnianie ich ze zbiorówkami list płac,
14. ustalanie prawa i wyliczanie podstawy wymiaru zasiłków chorobowych, opiekuńczych, macierzyńskich, świadczeń rehabilitacyjnych,
15. prowadzenie kart zasiłkowych i ewidencja zasiłków chorobowych, opiekuńczych, macierzyńskich, wychowawczych,
16. ustalanie podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne oraz obliczanie wysokości tych składek,
17. przygotowywanie wydruków RMUA o przekazanych składkach i wypłaconych świadczeniach dla pracowników,
18. ustalanie podstawy wymiaru świadczeń emerytalno - rentowych na druku Rp-7,
19. ustalanie wymiaru zaliczki na podatek dochodowy i prowadzenie dokumentacji z tym związanej:
 - a) kompletowanie oświadczeń pracowników,
 - b) sporządzanie rocznych rozliczeń i informacji o uzyskanych dochodach,
20. prowadzenie korespondencji w zakresie zagadnień płacowych i ubezpieczeniowych,
21. wprowadzanie danych do programu „Płatnik” oraz generowanie dokumentów niezbędnych dla rozliczeń z ZUS i pracownikiem,
22. rozliczanie umów zawartych w związku z realizacją staży podyplomowych oraz odbyciem specjalizacji w ramach szkoleniowego etatu rezydenckiego,
23. analiza i bieżący nadzór nad wzrostem wynagrodzeń w celu zapewnienia realizacji ustawowych i umownych obowiązków pracodawcy,
24. określanie wysokości rezerw na świadczenia emerytalne i nagrody jubileuszowe,
25. rozliczanie kosztów osobowych w poszczególnych komórkach organizacyjnych (etatyżacja),
26. przygotowywanie informacji dotyczących wynagrodzeń i ich składników dla potrzeb analiz ekonomicznych i strategicznych.
27. realizacja polityki zarządzania jakością poprzez koordynowanie i podejmowanie działań mających na celu podnoszenie jakości usług świadczonych przez Szpital

§ 14

Do zadań Działu Kadrowego należy w szczególności:

1. realizacja zadań z zakresu zarządzania zasobami ludzkimi Szpitala w oparciu o przepisy prawa,

2. prowadzenie dokumentacji pracowniczej: akt osobowych, umów o pracę, świadectw pracy, dokumentów dotyczących wysługi lat, ewidencji czasu pracy oraz wszelkich innych dokumentów związanych ze stosunkiem pracy i jego rozwiązaniem – a także z innymi formami zatrudnienia, np. umowy cywilnoprawne – zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa,
3. kontrola przestrzegania przez pracowników obowiązujących w Szpitalu regulaminów, w szczególności zasad dyscypliny i czasu pracy,
4. zarządzanie wszelkiego rodzaju danymi personalnymi pracowników i kandydatów do pracy,
5. wystawianie i podpisywanie zaświadczeń związanych z zatrudnieniem,
6. monitorowanie poziomu i struktury zatrudnienia z Szpitalu:
 - a) comiesięczne zestawienie liczby zatrudnionych w osobach i etatach w poszczególnych grupach pracowniczych,
 - b) sprawozdania dla instytucji zewnętrznych i dla potrzeb Szpitala.
7. zaangażowanie w proces realizacji jakościowych celów Szpitala w zakresie zarządzania zasobami ludzkimi – aktualizacja dokumentacji związanej z utrzymaniem standardów wynikających z posiadanych przez Szpital certyfikatów,
8. koordynacja działań w zakresie szkoleń pracowników, zmierzająca do podniesienia wartości zasobów ludzkich oraz efektywności pracy, ze szczególnym uwzględnieniem szkoleń dostosowawczych, polegających na rozszerzeniu posiadanych elementów wiedzy i umiejętności w celu dostosowania ich do zmieniających się wymogów na zajmowanym stanowisku pracy:
 - a) identyfikacja potrzeb szkoleniowych na podstawie wniosków składanych w tym zakresie przez kierowników jednostek organizacyjnych,
 - b) opracowanie struktury i planu szkoleń,
 - c) gromadzenie i analiza ofert szkoleniowych, współpraca z jednostkami szkolącymi,
 - d) nadzorowanie realizacji planu szkoleń,
 - e) ewidencjonowanie szkoleń,
 - f) ocena skuteczności szkolenia,
 - g) sporządzanie zestawień rocznych z wykonywania planu szkoleń,
9. współpraca z instytucjami zewnętrznymi,
10. realizacja wydawanych decyzji i zaleceń organu Państwowej Inspekcji Pracy w zakresie zadań Działu Kadrowego,
11. koordynacja realizacji wydawanych decyzji i zaleceń organu Państwowej Inspekcji Pracy przez komórki, których ww. decyzje i zalecenia dotyczą,
12. organizowanie konkursów na niektóre stanowiska kierownicze w Szpitalu,
13. udział w realizacji postępowań o udzielenie zamówienia publicznego w zakresie merytorycznym komórki organizacyjnej,
14. realizacja polityki zarządzania jakością poprzez koordynowanie i podejmowanie działań mających na celu podnoszenie jakości usług świadczonych przez Szpital.

§ 15

Do zadań Działu Metodyczno – Organizacyjnego należy nadzór nad organizacją udzielania wszystkich świadczeń zdrowotnych realizowanych przez przedsiębiorstwa SP ZOZ, w tym prowadzenie spraw związanych z zawieraniem umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych, w szczególności zaś:

1. przygotowywanie i dystrybucja materiałów ofertowych do konkursów ofert na zawieranie umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych,
2. prowadzenie Księgi Głównej Szpitala,
3. prowadzenie rejestru urodzeń i zgonów,

4. prowadzenie nadzoru nad formularzami funkcjonującymi w SP ZOZ,
5. sporządzanie sprawozdań statystycznych dla GUS, Ministerstwa Zdrowia, NFZ, Departamentu Zdrowia UM i innych uprawnionych podmiotów, zgodnie z obowiązującymi przepisami,
6. przygotowywanie danych statystycznych na potrzeby Dyrekcji SP ZOZ,
7. Zapewnienie bieżącej dostępności do druków, recept na potrzeby uprawnionych lekarzy SP ZOZ,
8. bieżąca aktualizacja danych w Portalu Świadczeniodawcy NFZ,
9. koordynacja realizacji wydawanych decyzji i zaleceń Narodowego Funduszu Zdrowia przez komórki organizacyjne, których ww. decyzje i zalecenia dotyczą,
10. rozliczenia i monitorowanie wykonania umów w NFZ w tym wystawianie faktur za zrealizowane świadczenia zdrowotne,
11. wystawianie obciążeń na rzecz podmiotów zlecających badania diagnostyczne oraz pacjentom nie uprawnionym do korzystania ze świadczeń finansowanych ze środków publicznych,
12. przygotowywanie dokumentacji medycznej pacjentów celem jej udostępnienia osobom lub podmiotom uprawnionym,
13. przekazywanie do właściwych organów zgłoszeń dotyczących przyjętych do Szpitala chorych na choroby zakaźne, nowotworowe, itp. zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami,
14. udział w realizacji postępowań o udzielenie zamówienia publicznego w zakresie merytorycznym komórki organizacyjnej,
15. nadzór nad treścią merytoryczną strony internetowej,
16. koordynowanie i nadzorowanie pracy sekretarek medycznych, statystyków medycznych i rejestratorek,
17. prowadzenie korespondencji w zakresie zadań Działu,
18. współdziałanie z komórkami Zakładu w aktualizacji cennika SP ZOZ,
19. realizacja polityki zarządzania jakością poprzez koordynowanie i podejmowanie działań mających na celu podnoszenie jakości usług świadczonych przez Szpital.

§ 16

Do zadań Działu Zaopatrzenia i Transportu należą w szczególności:

1. planowanie dostaw dla potrzeb komórek organizacyjnych Szpitala,
2. realizowanie zakupu i dostaw towarów, z wyłączeniem produktów leczniczych,
3. prowadzenie analizy realizacji zamówień,
4. terminowe rozliczanie rachunków i zakupów gotówkowych,
5. sporządzanie i kompletowanie dokumentacji dotyczącej zakupionych dóbr, umożliwiające prawidłowe ujęcie ich w księgach rachunkowych Szpitala,
6. współpraca w przygotowaniach specyfikacji istotnych warunków zamówienia pod względem merytorycznym,
7. udział w komisjach przetargowych,
8. bieżąca kontrola stanów magazynowych w celu zapewnienia dostaw i zabezpieczenia pracy Szpitala,
9. udział w realizacji postępowań o udzielenie zamówienia publicznego w zakresie merytorycznym komórki organizacyjnej,
10. do zadań Magazynu należy:
 - a) prowadzenie gospodarki magazynowej,
 - b) należyte magazynowanie materiałów,
11. prowadzenie nadzoru nad stanem technicznym ambulansów i samochodów będących w posiadaniu Szpitala,

12. realizacja polityki zarządzania jakością poprzez koordynowanie i podejmowanie działań mających na celu podnoszenie jakości usług świadczonych przez Szpital.

§ 17

Do zadań Działu Technicznego należy w szczególności:

1. kompletowanie i przechowywanie dokumentacji dotyczącej nieruchomości,
2. prowadzenie Książek Obiektów Budowlanych,
3. nadzór nad terminowym dokonywaniem kontroli obiektów, wymaganych przez prawo budowlane,
4. wydawanie opinii w sprawach planowania remontów i modernizacji na terenie Szpitala,
5. w przypadku konieczności zlecenia robót dotyczących nieruchomości obcym wykonawcom, opiniowanie istotnych warunków zamówienia,
6. udział w odbiorach technicznych robót związanych z nieruchomością,
7. współpraca z Urzędem Nadzoru Budowlanego, Urzędem Dozoru Technicznego oraz Terenową Stacją Sanitarno-Epidemiologiczną w zakresie administrowania budynkami,
8. typowanie wolnych powierzchni szpitala i przedkładanie Dyrektorowi propozycji ich zagospodarowania w ramach organizacji działalności Szpitala oraz najmu i dzierżawy podmiotom zewnętrznym,
9. prowadzenie rejestru wynajmowanych / wdzierżawianych powierzchni, przechowywanie kserokopii umów z podmiotami gospodarczymi,
10. kontrola realizacji i aktualizacja umów zawartych z podmiotami zewnętrznymi wynajmującymi lub dzierżawiącymi pomieszczenia, budynki i inne obiekty oraz tereny Szpitala, w tym kontrola realizacji płatności,
11. okresowe analizowanie kosztów dotyczących nieruchomości,
12. organizacja konkursów dotyczących udostępniania pomieszczeń, budynków i innych obiektów oraz terenów podmiotom zewnętrznym,
13. administrowanie nieruchomościami użytkowymi przez Szpital,
14. gospodarowanie składnikami majątkowymi Szpitala wycofanymi z eksploatacji, prowadzenie ich depozytu,
15. nadzór nad racjonalnym i oszczędnym zużyciem paliw, energii elektrycznej oraz innych mediów doprowadzonych do Szpitala,
16. nadzór nad prawidłową realizacją umowy w zakresie usług pralniczych,
17. prowadzenie gospodarki odpadami medycznymi i komunalnymi oraz sporządzanie sprawozdania dotyczącego odpadów do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Wielkopolskiego,
18. realizacja wydawanych decyzji i zaleceń organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej, Państwowej Inspekcji Pracy i innych w zakresie zadań Działu Technicznego,
19. organizowanie napraw aparatury medycznej, sprzętu biurowego i gospodarczego,
20. utrzymywanie czystości i porządku na terenie przylegającym do szpitala,
21. zlecenie transportu sanitarnego podmiotowi zewnętrznemu w trybie konkursu ofert na świadczenia zdrowotne,
22. realizacja zamówień w zakresie oznakowania pomieszczeń,
23. wybór trybu postępowania, przygotowywanie stosownej dokumentacji oraz organizowanie przetargów i innych trybów dokonywania zamówień zgodnie z Prawem zamówień publicznych poprzez:
 - a) opracowywanie specyfikacji istotnych warunków zamówienia we współpracy z odpowiednimi komórkami merytorycznymi,

- b) przygotowywanie ogłoszeń w sprawie postępowania o zamówienie publiczne, stosownie do ustalonego trybu,
 - c) przygotowywanie druków zgodnie z obowiązującym prawem w sprawie postępowania o zamówienie publiczne, stosownie do ustalonego trybu,
 - d) przygotowywanie i prowadzenie dokumentacji postępowań o udzielenie zamówienia publicznego,
 - e) sprawdzanie ofert pod względem formalno-prawnym oraz pod względem zgodności z przepisami prawa,
 - f) przesyłanie zainteresowanym wykonawcom SIWZ,
 - g) przygotowywanie i przesyłanie wyjaśnień do specyfikacji wszystkim uczestnikom postępowania,
 - h) powiadamianie uczestników postępowania o wniesionych środkach ochrony prawnej,
 - i) sporządzanie odpowiedzi na wniesione środki ochrony prawnej we współpracy z Radcą Prawnym,
 - j) przyjmowanie i przechowywanie ofert, zgodnie z przepisami prawa,
 - k) sporządzanie protokołów z posiedzeń Komisji Przetargowej wraz z wymaganymi załącznikami zgodnie z ustawą Prawo zamówień publicznych,
 - l) ewidencjonowanie wpłaconych wadium, gwarancji wadium, nadzór nad ich wrotami i zatrzymaniami, (współpraca z Działem Księgowym) - przygotowanie polecenia zwrotu wadium,
 - m) przygotowywanie i przesyłanie ogłoszeń wyników postępowań o zamówienie publiczne, zgodnie z przepisami prawa,
 - n) ogłaszanie wyników przetargów,
 - o) proponowanie składów komisji przetargowych oraz uczestniczenie w ich pracach,
24. sporządzanie projektów umów z zakresu zamówień publicznych, konsultowanie zapisów zawartych w tych umowach z merytorycznie zainteresowaną jednostką organizacyjną Szpitala, przekazywanie ich do weryfikacji pod względem prawnym Radcy Prawnemu, a pod względem finansowym – Głównemu Księgowemu,
25. współpraca z Urzędem Oficjalnych Publikacji Wspólnot Europejskich i Urzędem Zamówień Publicznych poprzez:
- a) tworzenie i wysyłanie ogłoszeń o wszczęciu postępowań oraz o udzieleniu zamówień publicznych,
 - b) przygotowywanie i wysyłanie rocznych sprawozdań o udzielonych zamówieniach,
 - c) opisywanie zapotrzebowań pod względem zastosowania odpowiedniego trybu postępowania zgodnie z ustawą Prawo zamówień publicznych,
 - d) prowadzenie rejestru postępowań o udzielenie zamówień publicznych
26. przekazywanie informacji o nowych aktach prawnych komórkom organizacyjnym Szpitala związanych z zakresem ich działalności,
27. prowadzenie Centralnego Rejestru Umów, na co składa się:
- a) prowadzenie rejestru umów oraz ich dystrybucja do komórek organizacyjnych odpowiedzialnych za ich realizację,
 - b) przygotowywanie dokumentacji do konkursu ofert o udzielanie zamówienia na świadczenia zdrowotne,
 - c) przygotowywanie projektów umów na świadczenia zdrowotne poza umowami z Narodowym Funduszem Zdrowia,
 - d) przygotowywanie projektów umów na wnioski Dyrektora i właściwych zastępców oraz innych umów bez skutku finansowego,
 - e) okresowa kontrola prawidłowości realizacji umów pod względem prawnym

- f) współpraca w zakresie przygotowywania projektów umów zawieranych między Szpitalem a innymi podmiotami.
- g) realizacja polityki zarządzania jakością poprzez koordynowanie i podejmowanie działań mających na celu podnoszenie jakości usług świadczonych przez Szpital

§ 18

Do zadań Informatyka należy w szczególności:

1. opracowywanie planów i projektów w zakresie informatyzacji Szpitala oraz wdrażanie i koordynowanie prac w wymienionym zakresie,
2. wprowadzanie nowych rozwiązań informatycznych,
3. opiniowanie umów na usługi informatyczne,
4. opiniowanie zakupów i przyjmowania darowizn sprzętu informatycznego i oprogramowania,
5. bieżące doradztwo w zakresie obsługi systemów informatycznych,
6. administrowanie serwerami oraz siecią komputerową, w tym zapewnienie bezpieczeństwa sieci informatycznych oraz należytej ochrony przed nieuprawnionym dostępem do danych znajdujących się w zbiorach informatycznych Szpitala,
7. akceptowanie zakupów i dystrybucja w Szpitalu sprzętu komputerowego i oprogramowania,
8. nadzorowanie prawidłowej eksploatacji sprzętu komputerowego,
9. serwis sprzętu informatycznego i oprogramowania,
10. dyslokacja sprzętu informatycznego i oprogramowania,
11. utrzymywanie i bieżąca aktualizacja serwisów internetowych dla Szpitala: poczty elektronicznej, strony internetowej,
12. udział w realizacji postępowań o udzielenie zamówienia publicznego w zakresie merytorycznym,
13. realizacja polityki zarządzania jakością poprzez koordynowanie i podejmowanie działań mających na celu podnoszenie jakości usług świadczonych przez Szpital.

§ 19

Do zadań Pełnomocnika ds. Informacji Niejawnych należy w szczególności:

1. działalność planistyczna i organizacyjna w zakresie spraw obronnych i obrony cywilnej,
2. działalność szkoleniowa i upowszechniająca w zakresie problematyki obronnej i obrony cywilnej,
3. przygotowanie pracowników Szpitala do uczestnictwa w powszechnej samoobronie,
4. współpraca z jednostkami nadrzędnymi i zakładami pracy w celu stworzenia warunków do koordynacji działań w okolicznościach noszących znamiona kryzysu,
5. gromadzenie i przechowywanie indywidualnych środków ochrony oraz sprzętu dla formacji obrony cywilnej i pozostałych pracowników,
6. sprawowanie nadzoru i stwarzanie warunków do wczesnego ostrzegania i alarmowania w rejonie Szpitala,
7. współdziałanie w zwalczaniu klęsk żywiołowych i zagrożeń środowiska oraz usuwanie ich skutków,
8. udział w realizacji postępowań o udzielenie zamówienia publicznego w zakresie merytorycznym komórki organizacyjnej, a również:
 - a) kreowanie polityki ochrony danych,
 - b) nadzorowanie przestrzegania zasad ochrony danych osobowych,

- c) nadzorowanie przestrzegania zasad bezpieczeństwa informacji,
9. realizacja polityki zarządzania jakością poprzez koordynowanie i podejmowanie działań mających na celu podnoszenie jakości usług świadczonych przez Szpital.

§ 20

Do zadań Pełnomocnika ds. Praw Pacjenta należy w szczególności:

1. prowadzenie działań mających na celu upowszechnienie Karty Praw Pacjenta,
2. czuwanie nad przestrzeganiem praw Pacjenta w Zakładzie oraz podejmowanie działań interwencyjnych w sytuacji naruszania praw pacjenta,
3. bieżące rozpatrywanie wniosków i skarg zgłaszanych przez pacjentów i ich rodziny lub przedstawicieli prawnych,
4. przedkładanie Dyrektorowi Zakładu wniosków i propozycji rozwiązań dotyczących przestrzegania praw pacjenta,
5. sporządzanie sprawozdania dla Rady Społecznej z analizy skarg i wniosków,
6. realizacja polityki zarządzania jakością poprzez koordynowanie i podejmowanie działań mających na celu podnoszenie jakości usług świadczonych przez Szpital.

§ 21

Do zadań Specjalisty ds. BHP należy w szczególności:

1. prowadzenie wstępnych szkoleń pracowników w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy przed dopuszczeniem ich do pracy oraz prowadzenie okresowych szkoleń w tym zakresie,
2. kontrolowanie przestrzegania w Szpitalu przepisów oraz zasad bezpieczeństwa i higieny pracy, wydawanie poleceń usunięcia stwierdzonych uchybień w tym zakresie oraz kontrolowanie wykonania tych poleceń,
3. udzielanie kierownikom komórek organizacyjnych pomocy w rozwiązywaniu problemów z zakresu ochrony przeciwpożarowej oraz w ustalaniu metod poprawy warunków pracy na poszczególnych stanowiskach,
4. kontrolowanie wykonania nakazów, wystąpień, decyzji i zarządzeń wydawanych przez organy nadzoru nad warunkami pracy,
5. informowanie pracowników o ryzyku zawodowym związanym z wykonywaną pracą oraz o zasadach ochrony przed zagrożeniami, w tym:
 - a) prowadzenie wykazu prac, przy których istnieje możliwość szczególnego zagrożenia dla zdrowia lub życia ludzkiego, które powinny być wykonywane przez dwie osoby w celu zapewnienia asekuracji oraz wykazu rodzajów prac wymagających szczególnej sprawności psychofizycznej,
 - b) rejestrowanie wszystkich rodzajów prac w kontakcie z substancjami, preparatami, czynnikami lub procesami technologicznymi o działaniu rakotwórczym lub mutagennym oraz prac narażających pracowników na działania szkodliwych czynników biologicznych, a także prowadzenie rejestru pracowników zatrudnionych przy tych pracach, na podstawie obowiązujących przepisów,
6. prowadzenie spraw proceduralnych związanych z wypadkami przy pracy i chorobami zawodowymi; prowadzenie w tym zakresie ewidencji oraz przygotowywanie dokumentacji zgodnie z obowiązującymi przepisami,
7. kontrolowanie zapewnienia pracownikom Szpitala pomieszczeń odpowiednich do rodzaju wykonywanej pracy i liczby zatrudnionych pracowników,
8. kontrolowanie wyposażenia stanowisk pracy w odzież ochronną i roboczą, zgodnie z obowiązującymi przepisami,

9. kontrolowanie utrzymywania obiektów budowlanych i znajdujących się w nich pomieszczeń pracy, a także terenów i urządzeń z nimi związanych, w stanie zapewniającym bezpieczne i higieniczne warunki pracy,
10. kontrolowanie wyposażenia stanowisk pracy w sprzęt, aparaturę, urządzenia techniczne oraz narzędzia pracy, które uzyskały wymagany obowiązującymi przepisami certyfikat na znak bezpieczeństwa i zostały oznaczone tym znakiem albo mają deklarację zgodności z normami wprowadzonymi do obowiązkowego stosowania oraz wymaganiami określonymi właściwymi przepisami,
11. kontrolowanie sprawności urządzeń i organizowanie pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia,
12. kontrolowanie wyposażenia sprzętu, aparatury i innych urządzeń oraz narzędzi pracy w odpowiednie zabezpieczenia,
13. kontrolowanie zapewnienia pracownikom odpowiednich urządzeń higieniczno-sanitarnych oraz dostarczenie pracownikom niezbędnych środków do udzielania pierwszej pomocy,
14. opracowanie wymaganych instrukcji BHP i wyposażenie w nie stanowisk pracy,
15. wykonywanie innych czynności wynikających z przepisów prawa w sprawie służby bezpieczeństwa i higieny pracy,
16. nadzorowanie przestrzegania przez pracowników przepisów przeciwpożarowych,
17. nadzorowanie gotowości użytkowej podręcznego sprzętu i środków gaśniczych oraz urządzeń przeciwpożarowych,
18. opracowywanie instrukcji przeciwpożarowych i wyposażanie w nie stanowisk pracy,
19. kierowanie akcją ewakuacyjną i gaśniczą w czasie pożaru do chwili przybycia straży pożarnej,
20. kontrola nad utrzymaniem wolnych przejść i dróg dojazdowych i ewakuacyjnych oraz stanowisk pracy pod kątem ochrony przeciwpożarowej,
21. współdziałanie z jednostkami ochrony przeciwpożarowej,
22. nadzorowanie prawidłowości postępowania z odpadami wytwarzanymi w Szpitalu,
23. udział w realizacji postępowań o udzielenie zamówienia publicznego w zakresie merytorycznym komórki organizacyjnej,
24. realizacja polityki zarządzania jakością poprzez koordynowanie i podejmowanie działań mających na celu podnoszenie jakości usług świadczonych przez Szpital.

§ 22

Do zadań Rady Prawnego należy w szczególności:

1. opracowywanie opinii prawnych w sprawach związanych z zakresem działalności Szpitala,
2. opiniowanie zgodności z prawem przepisów wewnętrznych,
3. opiniowanie i parafowanie pod względem formalno-prawnym umów,
4. udzielanie porad prawnych i wyjaśnień w zakresie stosowania prawa,
5. rozpatrywanie skarg i wniosków pacjentów i innych osób, związanych z roszczeniem zadośćuczynienia finansowego od Szpitala,
6. nadzorowanie windykacji należności,
7. reprezentowanie Szpitala w sprawach sądowych, a także przed organami administracji rządowej i samorządowej w granicach udzielonego pełnomocnictwa,
8. wykonywanie innych czynności przewidzianych ustawą z dnia 6 lipca 1982 roku o radcach prawnych,
9. prowadzenie rejestru spraw sądowych,
10. prowadzenie rejestru aktów prawnych obowiązujących w Szpitalu,

11. udział w realizacji postępowań o udzielenie zamówienia publicznego w zakresie merytorycznym komórki organizacyjnej,
12. realizacja polityki zarządzania jakością poprzez koordynowanie i podejmowanie działań mających na celu podnoszenie jakości usług świadczonych przez Szpital.

§ 23

Obsługę duszpasterską w szpitalu zapewnia Kapelan Szpitalny, którego zakres obowiązków określa Kuria Biskupia.

§ 24

Koordinator ds. Rozliczeń Usług prowadzi i nadzoruje proces rozliczeń umów zawartych z WOW NFZ w Poznaniu oraz kieruje Działem Metodyczno-Organizacyjnym.

§ 24.1

Do zadań Pielęgniarki Specjalistki w Zakresie Higieny i Epidemiologii należy w szczególności:

1. opracowanie strategii oraz programów w zakresie profilaktyki i zwalczania zakażeń szpitalnych i pozaszpitalnych w Szpitalu,
2. monitorowanie i rejestrowanie zakażeń szpitalnych i pozaszpitalnych,
3. określenie czynników ryzyka zakażeń szpitalnych i pozaszpitalnych wśród pacjentów i personelu,
4. podejmowanie działań oraz nadzorowanie ich w przypadku wystąpienia zakażenia szpitalnego lub pozaszpitalnego,
5. w przypadku podejrzenia lub wystąpienia ogniska epidemicznego podjęcie działań i uruchomienie dostępnych środków do wygaszenia ogniska, analiza źródła, opracowanie raportu wstępnego i końcowego,
6. prowadzenie sprawozdawczości i statystyki dotyczącej rejestracji i monitorowania zakażeń szpitalnych i pozaszpitalnych oraz przekazywanie danych w raportach okresowych Dyrekcji SPZOZ, kierownikom oddziałów i WSSE ,
7. sprawowanie nadzoru nad systemem izolacji pacjentów, którzy stwarzają potencjalne ryzyko zakażeń dla pacjentów i personelu,
8. opracowanie, wprowadzanie i nadzór nad przestrzeganiem standardów, procedur oraz instrukcji w zakresie profilaktyki i zabezpieczenia p/epidemicznego szpitala,
9. okresowe, komisyjne prowadzenie kontroli wewnętrznych pomieszczeń szpitala w zakresie stanu sanitarno-higienicznego wraz ze sporządzeniem Protokołu z Kontroli Wewnętrznej,
10. prowadzenie sprawozdawczości i kontrola nad dystrybucją szczepionek ochronnych i poziomu zaszczepienia w zakresie obowiązującym w szpitalu,
11. bieżące monitorowanie środowiska szpitalnego oraz personelu poprzez prowadzenie badań i ocenę bakteriologiczną,
12. opracowanie Planów Pracy , uczestniczenie w pracach i posiedzeniach Komitetu Kontroli Zakażeń Szpitalnych,
13. prowadzenie systematycznej edukacji personelu medycznego w zakresie profilaktyki zakażeń szpitalnych i pozaszpitalnych oraz edukacji wstępnej i bezpośredniej na stanowisku pracy w w/w zakresie,
14. w przypadku wystąpienia ekspozycji zawodowej wstępne zebranie wywiadu, wnioskowanie o konsultację lekarza chorób zakaźnych,

15. udział w realizacji postępowań o udzielenie zamówienia publicznego w zakresie merytorycznym zajmowanego stanowiska,
16. realizacja polityki zarządzania jakością poprzez koordynowanie i podejmowanie działań mających na celu podnoszenie jakości usług świadczonych przez Szpital.
17. współpraca z organami Powiatowej i Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej
18. nadzorowanie prawidłowości postępowania z odpadami wytwarzanymi w Szpitalu.

§ 24.2

Do zadań Dietetyka należy w szczególności:

1. opracowanie zestawów posiłków na poszczególne diety zgodnie z obowiązującymi zasadami żywienia i zaleceniami lekarskimi: rodzaje diet stosowanych w różnych chorobach, kaloryczność posiłków:
 - a) opracowywanie diet indywidualnych,
 - b) dokonywanie oceny planowanych jadłospisów i ich realizacji (zawartość białka zwierzęcego, owoców i warzyw, estetyka potraw, ocena dekadowa),
 - c) sprawdzanie jakości i estetyki wydawanych gotowych potraw (warunki transportu, dystrybucja posiłków dla pacjenta na oddziale, temperatura posiłków, ocena organoleptyczna),
 - d) przestrzeganie prawidłowości zalecanych norm żywieniowych,
 - e) okresowa ocena warunków higieniczno-sanitarnych w kuchenkach oddziałowych.
2. opracowanie procedur z zakresu higieny żywienia obowiązujących w kuchenkach oddziałowych zgodnie z systemem HACCP,
3. prowadzenie działalności edukacyjnej w zakresie żywienia zapobiegającego chorobom powstającym na tle wadliwego żywienia,
4. nadzorowanie i kontrolowanie jakości stosowanych surowców, półproduktów, produktów gotowych i warunków ich przechowywania, prawidłowości przebiegu procesów technologicznych i poszczególnych etapów przygotowywania potraw,
5. ocena stanowisk pracy,
6. udział w realizacji postępowań o udzielenie zamówienia publicznego w zakresie merytorycznym zajmowanego stanowiska,
7. realizacja polityki zarządzania jakością poprzez koordynowanie i podejmowanie działań mających na celu podnoszenie jakości usług świadczonych przez Szpital.

§ 25

Do zadań Pogotowia Ratunkowego należy w szczególności:

1. udzielanie świadczeń w zakresie ratownictwa medycznego,
2. udzielanie zgłaszającym się chorym doraźnych porad lekarskich i doraźnych środków leczniczych w ambulatorium,
3. prowadzenie rejestracji zgłoszeń i dokumentacji medycznej osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych stacji pogotowia,
4. udział oraz pomoc w akcjach ratunkowych w razie klęsk żywiołowych, katastrof, oraz innych masowych akcji na terenie swojego rejonu działania,
5. organizowanie szkolenia dla personelu pogotowia ratunkowego i współdziałanie w tym zakresie z innymi jednostkami organizacyjnymi,

6. systematyczna obserwacja i analiza nieszczęśliwych wypadków i nagłych zachorowań oraz niezwłoczne powiadamianie właściwych organów administracji o wykryciu czynników mogących być ich przyczyną,
7. prowadzenie racjonalnej eksploatacji i konserwacji środków trwałych i przedmiotów.
8. prowadzenie i koordynowanie spraw łączności bezprzewodowej na obszarze swego działania,
9. realizacja polityki zarządzania jakością poprzez koordynowanie i podejmowanie działań mających na celu podnoszenie jakości usług świadczonych przez Szpital,
10. Pogotowie Ratunkowe może realizować inne zadania w zakresie świadczeń usług medycznych lub transportu sanitarnego,
11. udział w realizacji postępowań o udzielenie zamówienia publicznego w zakresie merytorycznym komórki organizacyjnej.

§ 26

Do zadań Izby Przyjęć należy w szczególności:

1. przyjmowanie Pacjentów przywiezionych przez jednostki systemu ratownictwa medycznego,
2. przyjmowanie Pacjentów zgłaszających się osobiście z nagłym pogorszeniem stanu zdrowia,
3. przeprowadzanie wywiadu i badań lekarskich zgłaszającym się chorym,
4. przekazywanie Pacjentów do leczenia ambulatoryjnego oraz kwalifikowanie do leczenia szpitalnego,
5. sporządzanie zapisów w obowiązującej w Izbie Przyjęć dokumentacji medycznej: rozpoznanie, stan zdrowia i podjęte czynności medyczne,
6. przekazywanie do depozytu odzieży osobistej przyjmowanych Pacjentów,
7. zabezpieczenie przedmiotów wartościowych i pieniędzy Pacjentów poprzez oddanie do depozytu szpitalnego,
8. w przypadku śmierci Chorego sporządzenie w obecności dwóch świadków protokołarnego spisu pieniędzy i przedmiotów wartościowych pozostałych po zmarłym oraz przekazanie ich rodzinie za pokwitowaniem lub do depozytu szpitalnego i dalsze postępowanie ze zwłokami zgodnie z zapisami Regulaminu Organizacyjnego,
9. udział w realizacji postępowań o udzielenie zamówienia publicznego w zakresie merytorycznym komórki organizacyjnej,
10. niezwłoczne zawiadomienie:
 - a) rodziny (w przypadku przyjęcia chorego, który uległ wypadkowi),
 - b) policji (przy przyjęciu pacjenta, który uległ wypadkowi lub, gdy niemożliwe jest ustalenie jego tożsamości),
11. dbałość o mienie Izb Przyjęć, w tym nadzór nad powierzonym sprzętem i aparaturą medyczną oraz utrzymanie jej w stanie należyтым,
12. właściwe przechowywanie, oznakowanie i kontrola terminów ważności leków, odczynników, środków dezynfekcyjnych, itp.
13. Jeżeli lekarz Izby Przyjęć stwierdzi potrzebę niezwłocznej hospitalizacji Pacjenta, a jest to niemożliwe w Szpitalu z uwagi na brak miejsc, zakres udzielanych świadczeń lub względy epidemiologiczne, Szpital po udzieleniu pierwszej pomocy zapewnia w razie potrzeby bezpłatne przewiezienie pacjenta do innego szpitala, po uprzednim uzgodnieniu z tym Szpitalem.
14. W przypadku stwierdzenia braku podstaw do przyjęcia do Szpitala, lekarz Izby Przyjęć informuje Pacjenta o dalszym postępowaniu. Lekarz sporządza odpowiednią

adnotację w Księżce Przyjęć Ambulatoryjnych i Odmów, a Pacjent otrzymuje odpowiedni dokument na piśmie,

15. realizacja polityki zarządzania jakością poprzez koordynowanie i podejmowanie działań mających na celu podnoszenie jakości usług świadczonych przez Szpital,
16. udział w realizacji postępowań o udzielenie zamówienia publicznego w zakresie merytorycznym komórki organizacyjnej,
17. realizacja świadczeń w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

§ 27

Do zadań oddziałów szpitalnych należy w szczególności:

1. zapewnienie Pacjentom całodobowej opieki medycznej, w tym opieki pielęgniarskiej,
2. zapewnienie Pacjentom łóżka szpitalnego i wyżywienia,
3. zapewnienie udzielania świadczeń zdrowotnych o właściwej jakości odpowiadającej aktualnemu poziomowi wiedzy medycznej, wykonywanych przez odpowiednie osoby o odpowiednich uprawnieniach i kwalifikacjach zawodowych,
4. zapewnienie Pacjentom niezbędnej farmakoterapii w oparciu o ustalony receptariusz szpitalny oraz materiały i pomoce medyczne,
5. racjonalne gospodarowanie krwią i preparatami krwiopochodnymi, zgodnie z ustalonymi procedurami,
6. orzekanie i opiniowanie o stanie zdrowia,
7. postępowanie ze zwłokami, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami,
8. przestrzeganie zasad realizacji umów z NFZ i innymi podmiotami,
9. realizacja zadań z zakresu statystyki medycznej i sprawozdawczości zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami,
10. realizacja zapisów z prowadzonych działań, w tym prowadzenie i zabezpieczenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującym prawem,
11. właściwe przechowywanie i kontrola terminów ważności produktów leczniczych i wyrobów medycznych, środków dezynfekcyjnych, itp.,
12. ewidencjonowanie kosztów w poszczególnych komórkach organizacyjnych Szpitala oraz badań zewnętrznych,
13. dbałość o mienie oddziału, w tym nadzór nad powierzonym sprzętem i aparaturą medyczną oraz utrzymanie jej w stanie należyтым,
14. udział w realizacji postępowań o udzielenie zamówienia publicznego w zakresie merytorycznym komórki organizacyjnej,
15. realizacja polityki zarządzania jakością poprzez koordynowanie i podejmowanie działań mających na celu podnoszenie jakości usług świadczonych przez Szpital.

§ 28

Do zadań Bloku Operacyjnego należy w szczególności:

1. prowadzenie nowych technik leczenia operacyjnego oraz upowszechnianie tych technik i szkolenie pracowników w tej dziedzinie,
2. utrzymywanie stanu gotowości operacyjnej,
3. zapewnianie czasu operacyjnego dla wszystkich oddziałów zabiegowych,
4. przeprowadzanie zabiegów operacyjnych, znieczuleń Pacjentów i innych procedur, do których wykonania niezbędne są warunki bloku operacyjnego,
5. wypełnianie dokumentacji obowiązującej na bloku operacyjnym,
6. właściwe przechowywanie i kontrola terminów ważności produktów leczniczych i wyrobów medycznych, środków dezynfekcyjnych, itp.,

7. dbałość o mienie bloku operacyjnego, w tym nadzór nad powierzonym sprzętem i aparaturą medyczną oraz utrzymanie jej w stanie należyтым.
8. udział w realizacji postępowań o udzielenie zamówienia publicznego w zakresie merytorycznym komórki organizacyjnej,
9. realizacja polityki zarządzania jakością poprzez koordynowanie i podejmowanie działań mających na celu podnoszenie jakości usług świadczonych przez Szpital.

§ 29

Do zadań poradni specjalistycznych należy w szczególności:

1. udzielanie porad specjalistycznych oraz konsultacji na rzecz osób kierowanych przez lekarzy Szpitala oraz lekarzy innych zakładów,
2. objęcie stałym leczeniem pacjentów z chorobami przewlekłymi,
3. udzielanie świadczeń zdrowotnych chorym skierowanym do poradni specjalistycznych oraz kwalifikacje chorych do leczenia szpitalnego,
4. udzielanie świadczeń zdrowotnych chorym po leczeniu szpitalnym,
5. badania lekarskie oraz kierowanie pacjentów na niezbędne badania diagnostyczne i zabiegi specjalistyczne,
6. udzielanie świadczeń zdrowotnych dla osób kierowanych z podmiotów gospodarczych na podstawie umów,
7. dbałość o mienie poradni, w tym nadzór nad powierzonym sprzętem i aparaturą medyczną oraz utrzymanie jej w stanie należyтым,
8. stała współpraca z Pacjentami i ich opiekunami ustawowymi bądź faktycznymi w zakresie terapii,
9. właściwe przechowywanie i kontrola terminów ważności produktów leczniczych i wyrobów medycznych, środków dezynfekcyjnych, itp.,
10. prowadzenie niezbędnej dokumentacji
11. udział w realizacji postępowań o udzielenie zamówienia publicznego w zakresie merytorycznym komórki organizacyjnej,
12. realizacja polityki zarządzania jakością poprzez koordynowanie i podejmowanie działań mających na celu podnoszenie jakości usług świadczonych przez Szpital.

§ 30

Do zadań pracowni diagnostycznych należy w szczególności:

1. wykonywanie badań zleconych na rzecz pacjentów szpitala oraz na zlecenie innych podmiotów na podstawie umów o wykonywanie usług zawartych ze Szpitalem oraz wykonywanie badań na życzenie Pacjenta za odpłatnością,
2. dbałość o mienie pracowni, w tym nadzór nad powierzonym sprzętem i aparaturą medyczną oraz utrzymanie jej w stanie należyтым,
3. właściwe przechowywanie i kontrola terminów ważności leków, odczynników, środków dezynfekcyjnych, itp.,
4. prowadzenie niezbędnej dokumentacji,
5. udział w realizacji postępowań o udzielenie zamówienia publicznego w zakresie merytorycznym komórki organizacyjnej,
6. realizacja polityki zarządzania jakością poprzez koordynowanie i podejmowanie działań mających na celu podnoszenie jakości usług świadczonych przez Szpital.

§ 31

Do zadań Apteki Szpitalnej należy w szczególności:

1. zakup produktów leczniczych i wyrobów medycznych wyłącznie od podmiotów posiadających zezwolenie na prowadzenie hurtowni farmaceutycznej,
2. zaopatrywanie komórek Szpitala w produkty lecznicze i wyroby medyczne,
3. utrzymywanie w należytym stanie i przy zachowaniu wszystkich wymagań określonych przepisami prawa sprzętu użytkowanego w aptece,
4. prowadzenie gospodarki alkoholem etylowym,
5. właściwe przechowywanie, oznakowanie i kontrola terminów ważności produktów leczniczych i wyrobów medycznych,
6. sporządzanie leków recepturowych,
7. prowadzenie przychodów i rozchodów środków narkotycznych i psychotropowych oraz innych substancji medycznych wymagających nadzoru i kontroli,
8. okresowe kontrole stanu środków narkotycznych i psychotropowych na oddziałach,
9. okresowe kontrole apteczek oddziałowych,
10. uaktualnianie wspólnie z Komitetem Terapeutycznym Receptariusza Szpitalnego,
11. udzielanie informacji o produktach leczniczych i wyrobach medycznych,
12. zapewnienie dostępu do obowiązującego wykazu produktów leczniczych dopuszczonych do obrotu,
13. koordynowanie spraw dotyczących sprowadzania z zagranicy środków farmaceutycznych i materiałów medycznych dla użytkowników indywidualnych,
14. ewidencjonowanie darów w postaci leków i materiałów opatrunkowych,
15. koordynacja realizacji wydawanych decyzji i zaleceń organu Państwowej Inspekcji Farmaceutycznej przez komórki, których ww. decyzje i zalecenia dotyczą,
16. dbałość o mienie apteki i utrzymywanie go w należytym stanie,
17. udział w realizacji postępowań o udzielenie zamówienia publicznego w zakresie merytorycznym komórki organizacyjnej,
18. realizacja polityki zarządzania jakością poprzez koordynowanie i podejmowanie działań mających na celu podnoszenie jakości usług świadczonych przez Szpital.

§ 32

Do zadań Centralnej Sterylizatorni należy w szczególności:

1. mycie i dezynfekcja sprzętu medycznego oraz narzędzi operacyjnych,
2. sterylizacja bielizny operacyjnej i noworodkowej, materiałów opatrunkowych, narzędzi i sprzętu medycznego oraz artykułów z tworzyw sztucznych,
3. przygotowanie bielizny operacyjnej oraz sprzętu i innych artykułów do sterylizacji,
4. magazynowanie narzędzi i sprzętu wchodzącego w zestawy do sterylizacji,
5. wykonywanie sterylizacji parą oraz tlenkiem etylenu,
6. degazacja sprzętu i materiałów po sterylizacji tlenkiem etylenu zgodnie z procedurą,
7. monitorowanie procesu sterylizacji i dezynfekcji oraz kontrola jej skuteczności, prowadzenie wymaganej dokumentacji, w tym kontroli jakości sprzętu,
8. dbałość o mienie Centralnej Sterylizacji, w tym nadzór nad powierzonym sprzętem i aparaturą medyczną oraz utrzymanie jej w stanie należytym,
9. udział w realizacji postępowań o udzielenie zamówienia publicznego w zakresie merytorycznym komórki organizacyjnej,
10. realizacja polityki zarządzania jakością poprzez koordynowanie i podejmowanie działań mających na celu podnoszenie jakości usług świadczonych przez Szpital.

§ 33

Zadania i obowiązki Zespołów funkcjonalnych określają regulaminy wewnętrzne ustanawiane przez Przewodniczącego Zespołu, a zatwierdzane przez Dyrektora Szpitala.

ROZDZIAŁ III

ORGANIZACJA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

§ 34

1. Szpital udziela świadczeń zdrowotnych osobom ubezpieczonym, w ramach środków finansowych posiadanych przez instytucje ubezpieczenia zdrowotnego oraz innym osobom, uprawnionym do tych świadczeń, a w stanach zagrożenia życia i zdrowia wszystkim potrzebującym pomocy medycznej.
2. W przypadku gdy Pacjent nie posiada ubezpieczenia świadczeniodawca udziela świadczenia na koszt Pacjenta.
3. Świadczenia zdrowotne udzielane są wyłącznie przez osoby wykonujące zawody medyczne oraz spełniające wymagania zdrowotne określone w odrębnych przepisach.
4. Żadne okoliczności nie mogą stanowić podstawy do odmowy udzielania świadczenia zdrowotnego, jeżeli osoba zgłaszająca się do Szpitala potrzebuje natychmiastowego udzielenia pomocy medycznej ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia.
5. Szpital prowadzi dokumentację medyczną dotyczącą osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych z zapewnieniem ochrony danych osobowych zawartych w dokumentacji.
6. Szpital udostępnia dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta; po śmierci Pacjenta prawo wglądu w dokumentację medyczną ma osoba upoważniona przez pacjenta za życia.
7. Szpital udostępnia dokumentację medyczną także:
 - 1) podmiotom udzielającym świadczeń zdrowotnych, jeżeli dokumentacja ta jest niezbędna do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych;
 - 2) organom władzy publicznej, Narodowemu Funduszowi Zdrowia, organom samorządu zawodów medycznych oraz konsultantom krajowym i wojewódzkim, w zakresie niezbędnym do wykonywania przez te podmioty ich zadań, w szczególności kontroli i nadzoru;
 - 3) ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, sądom, w tym sądom dyscyplinarnym, prokuratorom, lekarzom sądowym i rzecznikom odpowiedzialności zawodowej, w związku z prowadzonym postępowaniem;
 - 4) uprawnionym na mocy odrębnych ustaw organom i instytucjom, jeżeli badanie zostało przeprowadzone na ich wniosek;
 - 5) organom rentowym oraz zespołom do spraw orzekania o niepełnosprawności, w związku z prowadzonym przez nie postępowaniem;
 - 6) podmiotom prowadzącym rejestry usług medycznych, w zakresie niezbędnym do prowadzenia rejestrów;
 - 7) zakładom ubezpieczeń, za zgodą Pacjenta;
 - 8) lekarzowi, pielęgniarce lub położnej, w związku z prowadzeniem procedury oceniającej podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o akredytacji w ochronie zdrowia, w zakresie niezbędnym do jej przeprowadzenia;
 - 9) szkole wyższej lub jednostce badawczo-rozwojowej do wykorzystania w celach naukowych, bez ujawniania nazwiska i innych danych umożliwiających identyfikację osoby, której dokumentacja dotyczy.
8. Szpital udostępnia dokumentację medyczną w następujących formach:
 - 1) do wglądu w siedzibie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych;
 - 2) poprzez sporządzenie jej wyciągów, odpisów lub kopii;
 - 3) poprzez wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, jeżeli uprawniony organ lub podmiot żąda udostępnienia oryginałów tej dokumentacji.

- 4) Za udostępnienie dokumentacji medycznej w formie wyciągów, odpisów lub kopii Szpital pobiera opłatę, przy czym maksymalną jej wysokość reguluje ustawa o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, zaś szczegółową określa cennik Szpitala, stanowiący załącznik nr 2 do niniejszego Regulaminu.
10. Osoby przyjmowane do Szpitala zaopatrywane są w bransoletki identyfikacyjne, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami.
11. Szpital udziela świadczeń zdrowotnych bezpłatnie lub odpłatnie, na zasadach określonych w ustawie o działalności leczniczej, w przepisach odrębnych lub umowie cywilnoprawnej.
12. Wysokość opłat za udzielane świadczenia zdrowotne inne niż finansowane ze środków publicznych ustalona jest w cenniku stanowiącym załącznik nr 2 do Regulaminu.
13. W odniesieniu do operowanego pacjenta prowadzona jest Okołooperacyjna Karta Kontrolna, której koordynatorem jest lekarz anestezjolog wchodzący w skład zespołu operacyjnego.

ZASADY ORGANIZACJI ŚWIADCZEŃ STACJONARNYCH

§ 35

1. W oddziałach szpitalnych Pacjenci objęci są specjalistycznymi, całodobowymi świadczeniami zdrowotnymi.
2. Przyjęcie na Oddział może nastąpić w każdym dniu i o każdej porze – w przypadkach uzasadnionych medycznie.
3. Przyjęcie do SP ZOZ odbywa się na zasadach określonych w ustawie o działalności leczniczej, co oznacza, że:
 - 1) o przyjęciu do szpitala osoby zgłaszającej się lub skierowanej przez lekarza albo uprawnioną instytucję orzeka lekarz udzielający świadczenia, po zapoznaniu się ze stanem zdrowia i uzyskaniu zgody tej osoby, jej opiekuna faktycznego lub przedstawiciela ustawowego, chyba że na mocy odrębnych przepisów możliwe jest przyjęcie do szpitala bez wyrażenia zgody,
 - 2) jeżeli wskutek braku miejsc, zakresu udzielanych przez szpital świadczeń lub względów epidemiologicznych pacjent skierowany do leczenia szpitalnego nie może zostać przyjęty, szpital po udzieleniu niezbędnej pomocy medycznej zapewnia w razie potrzeby przewiezienie pacjenta do innego szpitala, po uprzednim porozumieniu się z tym szpitalem. Po wstępnym rozpoznaniu i podjętych czynnościach, lekarz dokonuje odpowiedniego wpisu do dokumentacji medycznej,
 - 3) jeżeli przyjęcie do szpitala nie musi nastąpić natychmiast, jak w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia, a oddział szpitalny nie ma w danej chwili możliwości przyjęcia pacjenta,
 - 4) przyjęcia Pacjentów odbywają się całodobowo w Izbie Przyjęć,
 - 5) z chwilą przyjęcia Pacjenta do Szpitala jego odzież za pokwitowaniem przekazywana jest do „Szatni pacjentów”, a rzeczy wartościowe do depozytu Szpitala,
 - 6) w dniu wypisu ze Szpitala odzież z „Szatni pacjentów” i depozytu odbiera Pacjent lub rodzina chorego na podstawie pokwitowania.
4. Wypisanie Pacjenta ze Szpitala następuje gdy:
 - 1) Pacjent jest wyleczony lub stan zdrowia Pacjenta nie wymaga dalszego leczenia w Szpitalu,
 - 2) Pacjent, jego opiekun faktyczny lub przedstawiciel ustawowy żąda wypisania z SP ZOZ na własne ryzyko, po uprzednim pouczeniu Pacjenta, jego opiekuna faktycznego lub przedstawiciela ustawowego o skutkach medycznych zgodnie z obowiązującymi procedurami,

- 3) gdy osoba przebywająca w SP ZOZ w sposób rażący narusza regulamin organizacyjny, a nie zachodzi obawa, że odmowa lub zaprzestanie udzielania świadczeń zdrowotnych może spowodować bezpośrednio niebezpieczeństwo dla jej życia lub zdrowia albo życia lub zdrowia innych osób,
- 4) przedstawiciel ustawowy lub opiekun faktyczny żąda wypisania dziecka z SP ZOZ, a Dyrektor Szpitala lub lekarz przez niego upoważniony wyrazi na to zgodę. (Dyrektor Szpitala lub lekarz przez niego upoważniony może odmówić wypisania ze Szpitala w sytuacjach budzących uzasadnioną wątpliwość, do czasu wydania w tej sprawie orzeczenia przez właściwy, ze względu na siedzibę zakładu, sąd opiekuńczy). Osobę występującą o wypisanie własne, albo dziecka ze Szpitala, lekarz prowadzący informuje o możliwych następstwach zaprzestania leczenia w Szpitalu, po czym osoba ta składa pisemne oświadczenie o wypisaniu na własne żądanie.
- 5) w przypadku, gdy opiekun faktyczny lub przedstawiciel ustawowy nie odbiera dziecka ze Szpitala w wyznaczonym terminie, wówczas Szpital zawiadamia o tym Sąd Rodzinny oraz organ gminy właściwej na miejsce zamieszkania lub pobytu dziecka i organizuje na koszt gminy przewiezienie do miejsca zamieszkania.
5. Warunki techniczno lokalowe wszystkich oddziałów winny spełniać wymagania w zakresie sanitarno – epidemiologicznym.
6. Wewnętrzną kontrolę stanu sanitarnego pomieszczeń przeprowadza Koordynator ds. Pielęgniarek i Położnych, Pielęgniarka Specjalistka w Zakresie Higieny i Epidemiologii, Specjalista ds. BHP i pielęgniarki funkcyjne poszczególnych pionów, a w zakresie wymagań technicznych Kierownik Działu Technicznego

ZASADY ORGANIZACJI UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ AMBULATORYJNYCH

§ 36

1. Zakres kompetencji lekarza udzielającego porady powinien być zgodny z rodzajem udzielanej porady. Uprawnienia wynikają z wyuczonej specjalności oraz zakresu obowiązków.
2. Świadczenia ambulatoryjne z zakresu specjalistycznej opieki zdrowotnej udzielane są ubezpieczonym na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.
3. Skierowanie, o którym mowa w ust 2 nie jest wymagane do Poradni Ginekologiczno - Położniczej
4. Jeżeli stan zdrowia osoby ubezpieczonej wymaga kontynuacji leczenia specjalistycznego, to związane z tym kolejne wizyty w gabinecie lekarza specjalisty odbywają się bez ponownego skierowania lekarza.
5. Do obowiązków lekarza specjalisty należy w szczególności:
 - 1) przyjęcie, diagnozowanie i leczenie Pacjenta w przypadkach chorobowych wykraczających poza zakres kompetencji lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub innej specjalności,
 - 2) udzielanie konsultacji dającej wyczerpującą odpowiedź na problem, który był przedmiotem skierowania lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, przygotowanie pacjenta do realizacji zalecanej przez niego diagnostyki lub przewidzianej formy leczenia,
 - 3) informowanie pacjenta o przeciwwskazaniach i istniejącym ryzyku związanym z ewentualnym procesem diagnostyczno – terapeutycznym,
 - 4) wskazanie pacjentowi, jego opiekunowi faktycznemu lub przedstawicielowi ustawowemu miejsca, w którym może być wykonana zlecona przez niego diagnostyka lub przewidziane przez niego formy leczenia lub konsultacji specjalistycznych,

- 5) zalecanie lekarzom podstawowej opieki zdrowotnej efektywnych form diagnozowania i leczenia konkretnych przypadków chorobowych m.in. poprzez ustalenie warunków wstępnych, niezbędnych do realizacji konsultacji specjalistycznych, np. badań diagnostycznych, będących w kompetencjach diagnostycznych lekarzy,
- 6) uzasadnienie ewentualnej przyczyny odmowy leczenia także w formie pisemnej – na prośbę lub żądanie pacjenta, prowadzenie dokumentacji medycznej oraz wypisywanie recept zgodnie z obowiązującymi przepisami.
6. Poradnie specjalistyczne przyjmują pacjentów w dni powszednie wg harmonogramu.
7. Szczegółowe informacje o godzinach pracy poradni Pacjent może uzyskać telefonicznie, osobiście lub przez osoby trzecie w rejestracji poradni lub Dziale Metodyczno – Organizacyjnym. Szczegółowy rozkład czasu pracy w poradniach z wykazem lekarzy przyjmujących znajduje się na drzwiach wejściowych do każdej poradni oraz na stronie internetowej SP ZOZ: www.spzoz-grodzisk.pl
8. Pacjent przyjmowany do poradni w ramach umowy z NFZ musi posiadać:
 - 1) skierowanie od lekarza, zawierające oznaczenie kodu jednostki chorobowej,
 - 2) wyniki badań będących w posiadaniu Pacjenta, związane z chorobą Pacjenta,
 - 3) kartę informacyjną leczenia szpitalnego, jeśli Pacjent był wcześniej hospitalizowany.
9. Przed wejściem do poradni Pacjent zostaje zarejestrowany. Rejestracja odbywa się osobiście, telefonicznie, ewentualnie przez osoby trzecie w godzinach pracy poradni.
10. Udzielanie świadczeń odbywa się zgodnie z kolejnością zgodną z listą oczekujących i terminarzem świadczeń.
11. Ustalenie kolejności przyjęć w dniu zgłoszenia ma charakter wyłącznie porządkowy.
12. W sytuacji jeśli pacjent spóźni się na zaplanowaną wizytę w poradni specjalistycznej, jeśli będzie taka możliwość to zostanie przyjęty na końcu kolejki w danym dniu lub w przerwie pomiędzy innymi pacjentami. Każdorazowo w sytuacji spornej o kolejności przyjęcia lub zapisaniu na inny termin wizyty decyduje lekarz.
13. Gdy cel leczenia nie może być osiągnięty w warunkach ambulatoryjnych, lekarz specjalista kieruje pacjenta do leczenia szpitalnego ustalając w miarę możliwości od razu termin przyjęcia do szpitala.
14. Rejestracja pacjentów do Poradni Specjalistycznych odbywa się w godzinach pracy Poradni. Godziny przyjęć w poszczególnych gabinetach medycznych wynikają corocznie z treści umów z oddziałem NFZ, a informacje o godzinach przyjęć są wywieszane na drzwiach wejściowych gabinetów medycznych.
15. Świadczeń zdrowotnych w Izbie Przyjęć, dotyczących udzielania porad ambulatoryjnych i odmów, udziela lekarz Izby Przyjęć lub lekarz pełniący dyżur w oddziale lub lekarz udzielający świadczeń w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

§ 37

1. Warunki techniczno lokalowe wszystkich poradni winny spełniać wymagania w zakresie sanitarno – epidemiologicznym.
2. Wewnętrzną kontrolę stanu sanitarnego pomieszczeń przeprowadza Koordynator ds. Pielęgniarek i Położnych, Pielęgniarka Specjalistka w Zakresie Higieny i Epidemiologii, Specjalista ds. BHP a w zakresie wymagań technicznych Kierownik Działu Technicznego.

LISTY OCZEKUJĄCYCH

§ 38

1. Liczbę Pacjentów przyjmowanych do leczenia szpitalnego określają limity wynikające z zawartych umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych, finansowanych ze środków publicznych (nie dotyczy Pacjentów w stanach zagrożenia życia).
2. Pacjenci, którym nie mogą być udzielone świadczenia hospitalizacji lub ambulatoryjne – a ich stan zdrowia pozwala na udzielanie tegoż świadczenia w terminie późniejszym – wpisywani są na listę oczekujących na udzielenie świadczenia prowadzoną zgodnie z obowiązującymi przepisami.
3. Lista oczekujących na udzielenie świadczenia stanowi integralną część dokumentacji medycznej prowadzonej przez świadczeniodawcę.
4. Listę oczekujących prowadzi się w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, nie dyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz zgodnie z kryteriami medycznymi.
5. Listy oczekujących na udzielenie świadczenia podlegają okresowej, co najmniej raz w miesiącu ocenie Zespołu Oceny Przyjęć, powołanego przez świadczeniodawcę.

ORGANIZACJA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W INNYCH, POZA ODDZIAŁAMI SZPITALA I PORADNIAMI SPECJALISTYCZNYMI, KOMÓRKACH ZAKŁADU O CHARAKTERZE MEDYCZNYM

§ 39

1. W zakładach i pracowniach wykonywane są badania diagnostyczne i lecznicze na podstawie skierowania od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.
2. Pacjenci, którzy posiadają skierowania od lekarzy z Poradni Specjalistycznych zobowiązani są wykonać badania w pracowniach i zakładach Szpitala lub w pracowniach i zakładach posiadających umowy ze Szpitalem na podwykonawstwo określonych elementów kompleksowej usługi medycznej.
3. W pracowniach i zakładach wykonywane są także badania diagnostyczne i lecznicze na podstawie podpisanych umów z innymi podmiotami leczniczymi (zakładami opieki zdrowotnej).
4. W pracowniach i zakładach wykonywane są również badania odpłatne zgodnie z obowiązującym w szpitalu cennikiem.
5. Badania pilne wykonywane są na bieżąco, całodobowo, łącznie z badaniami ambulatoryjnymi z zakresu diagnostyki laboratoryjnej.

§ 40

SP ZOZ współdziała z innymi podmiotami leczniczymi (zakładami opieki zdrowotnej) w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia pacjentów i ciągłości postępowania w procesie diagnostyczno – terapeutycznym (placówki kliniczne akademii medycznych, instytuty naukowo – badawcze i inne). Warunki współdziałania z innymi podmiotami leczniczymi (zakładami opieki zdrowotnej) określają zawarte umowy o współpracy.

ROZDZIAŁ IV

PRAWA I OBOWIĄZKI PACJENTA

§ 41

1. Prawa Pacjenta:

- 1) Prawo Pacjenta do świadczeń zdrowotnych,
- 2) Prawo Pacjenta do informacji,
- 3) Prawo Pacjenta do zgłaszania działań niepożądanych produktów leczniczych,
- 4) Prawo Pacjenta do tajemnicy informacji,
- 5) Prawo Pacjenta do wyrażania zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych,
- 6) Prawo do poszanowania intymności i godności pacjenta,
- 7) Prawo Pacjenta do dokumentacji medycznej,
- 8) Prawo Pacjenta do zgłaszania sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza,
- 9) Prawo Pacjenta do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego,
- 10) Prawo Pacjenta do opieki duszpasterskiej,
- 11) Prawo Pacjenta do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie

Szczegółowo prawa i obowiązki Pacjenta określa „Karta Praw i Obowiązków Pacjenta” stanowiąca załącznik nr 1 do niniejszego Regulaminu

ROZDZIAŁ V

ZASADY ODWIEDZIN PACJENTÓW W ODDZIAŁACH SZPITALNYCH I UDZIELANIA INFORMACJI O STANIE ZDROWIA CHORYCH

§ 42

1. W SPZOZ w Grodzisku Wielkopolskim obowiązują godziny odwiedzin Pacjentów i są one następujące:
 - w Oddziałach Internistyczno – Kardiologicznym, w Oddziale Chirurgicznym z Pododdziałem Gastroenterologicznym, w Oddziale Ginekologicznym odwiedziny odbywają się w godzinach od 13:30 do 19:00,
 - w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii odwiedziny są możliwe jedynie za zgodą lekarza dyżurnego,
 - w Oddziale Położniczo – Ginekologicznym w zakresie sal położnictwa obowiązuje zakaz odwiedzin ze względu na noworodki przebywające w nim. Pacjentki mają prawo do odwiedzin, ale tylko w części ginekologicznej Oddziału.
2. Informacje o godzinach odwiedzin umieszczone są przy wejściu do każdego oddziału w widocznym miejscu.
3. Osoby odwiedzające zobowiązane są przestrzegać obowiązującego w Zakładzie Regulaminu Odwiedzin.
4. Każda decyzja ograniczająca czas i zakres odwiedzin zostaje wydana w formie pisemnej i zawierać powinna uzasadnienie.

§ 43

1. Informacje o stanie zdrowia Pacjentów udzielają wyłącznie lekarze w godzinach ustalonych przez Kierowników/Koordinatorów i podanych do wiadomości ogólnej w oddziałach szpitalnych. Informacje udzielane są osobom wskazanym przez Pacjentów stosowanym wpisem w historii choroby.

2. O stanie zdrowia ciężko chorych pacjentów, bądź w przypadkach szczególnie uzasadnionych lekarze udzielają informacji w każdym czasie.
3. Informacji o stanie zdrowia pacjentów nie udziela się przez telefon.

ROZDZIAŁ VI

OBOWIĄZKI SZPITALA W RAZIE ŚMIERCI PACJENTA

§ 44

1. W razie śmierci chorego w oddziale pielęgniarka bezzwłocznie powiadamia o tym lekarza leczącego lub lekarza dyżurnego.
2. Lekarz, o którym mowa w punkcie 1, po przeprowadzeniu oględzin, stwierdza zgon i jego przyczynę oraz wystawia kartę zgonu.
3. Wszystkie czynności przy zmarłym, oraz przewożenie zwłok do kostnicy, powinny odbywać się z zachowaniem powagi i poszanowania godności osobistej zmarłego i jego rodziny.
4. Za przygotowanie zwłok w celu przewiezienia do Prosektorium odpowiedzialne są pielęgniarki dyżurne.
5. Zwłoki osoby, która zmarła w szpitalu, mogą być poddane sekcji, chyba, że osoba ta za życia wyraziła sprzeciw lub uczynił to jej przedstawiciel ustawowy, z wyjątkiem gdy sprzeciwiają się temu przepisy art. 31 ust. 4 ustawy o działalności leczniczej.
6. Dokonanie lub zaniechanie sekcji zwłok następuje na podstawie decyzji Dyrektora, a w przypadku jego nieobecności lekarza, który został przez niego upoważniony.
7. W dokumentacji medycznej sporządza się adnotację o dokonaniu lub zaniechaniu sekcji zwłok z odpowiednim uzasadnieniem.

ROZDZIAŁ VII

PRZECHOWYWANIE RZECZY WARTOŚCIOWYCH W DEPOZYCIE SZPITALA

§ 45

1. Pacjent ma prawo przechowywać wartościowe rzeczy w depozycie Szpitala.
2. Rzeczami wartościowymi w rozumieniu Regulaminu są przedmioty wartościowe oraz wartościowe dokumenty.
3. Do przedmiotów wartościowych zalicza się:
 - 1) krajowe i zagraniczne pieniądze;
 - 2) kruszce szlachetne i wyroby z tych kruszców oraz drogie kamienie (biżuteria);
 - 3) krajowe i zagraniczne papiery wartościowe;
 - 4) inne przedmioty uznane za wartościowe przez pacjenta lub pracownika Szpitala.
4. Do wartościowych dokumentów zalicza się w szczególności weksle, listy gwarancyjne, czek, karty bankowe oraz inne dokumenty zabezpieczające prawo własności pacjenta.

§ 46

1. Rzeczy wartościowe przechowuje się w szafie panczernej, zabezpieczonej przed pożarem, uszkodzeniem, zniszczeniem i kradzieżą, znajdującej się w Kasie Szpitala.
2. Za rzeczy wartościowe nie złożone przez pacjenta do depozytu Szpital nie ponosi odpowiedzialności.

§ 47

1. Pacjent przyjęty do Szpitala w godzinach pracy administracji lub osoba towarzysząca pacjentowi powinna złożyć rzeczy wartościowe do depozytu Szpitala.
2. Rzeczy wartościowe przyjęte do depozytu powinny być zabezpieczone w sposób wykluczający wyjęcie lub zmianę przedmiotów bez naruszania opakowania.
3. Pracownik Szpitala bezpośrednio przy przyjęciu depozytu powinien sporządzić w trzech egzemplarzach Kartę depozytową.
4. Karta depozytowa powinna zawierać następujące dane:
 - 1) kolejny numer karty odpowiadający numerowi kolejnego zapisu w księdze depozytowej,
 - 2) oznaczenie Szpitala,
 - 3) dane osobowe niezbędne do zidentyfikowania pacjenta (nazwisko i imię, datę urodzenia adres miejsca zamieszkania Pacjenta),
 - 4) datę przyjęcia depozytu,
 - 5) nazwisko, imię i stanowisko osoby przyjmującej depozyt,
 - 6) nazwisko, imię i stanowisko osób obecnych przy sporządzaniu karty depozytowej, jej opakowaniu i opieczątowaniu,
 - 7) szczegółowe opisanie przedmiotów (rodzaj, jakość, cechy szczególne, znaki uszkodzenia, ilość, waga),
 - 8) podpisy pacjenta, osoby przyjmującej depozyt oraz innych osób obecnych przy przyjmowaniu depozytu.
5. Jeden egzemplarz karty depozytowej składa się wewnątrz opieczątowanego depozytu, drugi egzemplarz dołącza się do księgi depozytów, natomiast trzeci egzemplarz spisu wydaje się pacjentowi Szpitala.
6. Na opakowaniu depozytów zamieszcza się napisy określające:
 - 1) nazwisko i imię, datę urodzenia oraz adres miejsca zamieszkania Pacjenta,
 - 2) rodzaj depozytu,
 - 3) numer Księgi Depozytów.

§ 48

1. Jeżeli Pacjent został przyjęty do Szpitala po godzinach pracy administracji rzeczy wartościowe składa się w depozycie w Izbie Przyjęć.
2. Pracownik Izby Przyjęć wyszczególnia depozyt w kwitariuszu depozytowym, wydając pacjentowi jeden egzemplarz, jako tymczasowe pokwitowanie depozytowe.
3. Tymczasowe pokwitowanie depozytu podpisuje pracownik Izby Przyjęć oraz pacjent.
4. Pracownik Izby Przyjęć przechowuje otrzymany depozyt w odpowiednim schowku do czasu przekazania go za pokwitowaniem do depozytu Szpitala.
5. W godzinach funkcjonowania depozytu Szpitala pracownik Izby Przyjęć wręcza pracownikowi depozytu Szpitala depozyt wraz z drugim egzemplarzem tymczasowego pokwitowania kwitariusza depozytowego.
6. Pracownik depozytu Szpitala zabezpiecza depozyty zgodnie z postanowieniami przepisów poprzedzających oraz kwituje pracownikowi Izby Przyjęć odbiór depozytu na trzecim egzemplarzu, który pozostaje w kwitariuszu.

§ 49

1. Jeżeli Pacjent został przyjęty do Szpitala w stanie wyłączającym świadome postępowanie, sporządza się protokół ze znalezionych przy nim rzeczy wartościowych.
2. Treść protokołu zawiera dane wskazane w §47 ust. 4 Regulaminu. W razie obecności przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego, powinien on wziąć udział w czynnościach sporządzania protokołu.

3. Protokół ze strony Szpitala podpisuje pielęgniarka Izby Przyjęć, a także lekarz dyżurny. Protokół ten stanowi podstawę do złożenia rzeczy wartościowych do depozytu Szpitala.

§ 50

1. Szpital prowadzi Księgę Depozytów.
2. Księga Depozytów zawiera ponumerowane strony, przesnurowane karty oraz przytwierdzone końce sznura do ostatniej strony pieczęcią lakową lub naklejką z pieczęcią urzędową Szpitala.
3. Obok pieczęci Dyrektor Szpitala i Główny Księgowy stwierdzają cyfrowo i słownie ilość stron (kart) podpisami.
4. Księga Depozytów powinna zawierać następujące dane:
 - 1) numer kolejny,
 - 2) nazwisko i imię pacjenta,
 - 3) datę urodzenia i imiona rodziców,
 - 4) datę przyjęcia depozytu,
 - 5) kwotę depozytu pieniężnego,
 - 6) rodzaj przedmiotu wartościowego, w tym jakość, cechy, znak,
 - 7) datę wydania depozytu,
 - 8) podpis osoby odbierającej depozyt.
5. Księgę depozytów wraz z dowodami stwierdzającymi zapisy przechowuje się pod zamknięciem.

§ 51

1. Depozyt wydaje się pacjentowi lub osobie uprawnionej do dysponowania jego mieniem za zwrotem kwitu depozytowego lub tymczasowego pokwitowania depozytowego.
2. Przy otwieraniu depozytu należy zwrócić uwagę, aby znaki pieczęci i opakowanie nie były naruszone.
3. W razie stwierdzenia braku lub niezgodności między zawartością depozytu i spisem przedmiotów należy sporządzić komisyjnie protokół, ustalający rodzaj braków, wysokość szkód oraz stan opakowania. Do protokołu powinien być dołączony spis przedmiotów i opakowanie.

§ 52

1. W razie zgonu pacjenta depozyt wartościowy wydaje się jego prawnym spadkobiercom.
2. Osoba odbierająca depozyt kwituje odbiór podpisem i datą, a ponadto pracownik odpowiedzialny za depozyty wpisuje czytelnie do Księgi Depozytów nazwisko i imię, numer dowodu osobistego danej osoby lub oznaczenie organu, który przedłożył dowód.

§ 53

W przypadku, gdy w Szpitalu znajdują się nie podjęte z depozytu rzeczy wartościowe, pracownik odpowiedzialny za depozyty obowiązany jest wezwać osoby uprawnione do ich odbioru, wyznaczając w tym celu 7 dniowy termin odbioru. Nie podjęty w tym terminie depozyt podlega likwidacji.

§ 54

1. Na żądania pacjenta lub osoby przez niego upoważnionej, depozyt może być wydany częściowo w czasie pobytu pacjenta w Szpitalu.
2. Jeżeli podejmowana jest tylko część depozytu, należy wydać cały depozyt, następnie zapisać w Księdze Depozytów pod nową pozycją i numerem te przedmioty oraz sumę pieniężną, którą pacjent pozostawia w depozycie.

ROZDZIAŁ VIII

SKARGI I WNIOSKI

§ 55

1. Skargi i wnioski pacjentów przyjmowane są w Sekretariacie Szpitala i za każdym razem wpisuje się je do rejestru skarg i wniosków.
2. Skargi i wnioski rozpatrywane są przez Dyrektora, Pełnomocnika ds. Praw Pacjentów lub osobę wyznaczoną przez Dyrektora.
3. Pisemnej odpowiedzi po rozpatrzeniu skargi udziela Pełnomocnik ds. Praw Pacjentów.
4. Przedmiotem skargi i wniosku mogą być:
 - 1) Zaniedbania lub nienależyte wykonanie świadczeń zdrowotnych przez Szpital.
 - 2) Ulepszenie organizacji i usprawnienie pracy Szpitala.
 - 3) Sprawy związane z działalnością Szpitala.

ROZDZIAŁ IX

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 56

1. Zakresy czynności pracowników SP ZOZ są załączone do ich akt osobowych.
2. Pacjentowi na każde jego żądanie udostępnia się Regulamin Organizacyjny.
3. Regulamin Organizacyjny zostaje podany do wiadomości publicznej poprzez umieszczenie go na stronie internetowej Szpitala. Wersja Papierowa Regulaminu Organizacyjnego znajduje się w Sekretariacie SP ZOZ oraz w biurze Pełnomocnika ds. Systemu Zarządzania Jakością.
4. Załączniki do regulaminu stanowią jego integralną część.
5. Projekt Regulaminu Organizacyjnego został pozytywnie zaopiniowany przez Radę Społeczną Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Grodzisku Wielkopolskim – Uchwała nr 9/2019 Rady Społecznej Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Grodzisku Wielkopolskim, z dnia 25 kwietnia 2019 roku.
6. Regulamin Organizacyjny powołany został Zarządzeniem Dyrektora Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Grodzisku Wielkopolskim nr 13/19, z dnia 20 maja 2019 roku.
7. Promowanie świadczeń zdrowotnych realizowanych przez SP ZOZ.

DYREKTOR

Załączniki:

1. Karta Praw i Obowiązków Pacjenta
2. Cennik Świadczeń Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Grodzisku Wielkopolskim