REGULAMIN ORGANIZACYJNY SZPITALA ŚREDZKIEGO SERCA JEZUSOWEGO Sp. z o.o. w Środzie Wielkopolskiej

Środa Wielkopolska, listopad 2026 roku

Rozdział I

Postanowienia ogólne

§ 1.

1. Regulamin Organizacyjny Szpitala Średzkiego Serca Jezusowego Sp. z o.o. określa firmę spółki, cele i zadania, strukturę organizacyjną szpitala, ramowy zakres działania poszczególnych jednostek i komórek organizacyjnych, zakres i organizację udzielania świadczeń zdrowotnych.
2. Siedziba Szpitala Średzkiego Serca Jezusowego Sp. z o.o. mieści się w Środzie Wielkopolskiej.
3. Obszar działania szpitala obejmuje terytorium Rzeczpospolitej Polskiej.
4. Niniejszy Regulamin nie określa zasad działania, odpowiedzialności osób oraz ochrony danych osobowych przez osoby prowadzące prywatne gabinety lekarskie znajdujące się na terenie Szpitala.
5. Ochronę danych osobowych w szpitalu określa Polityka ochrony danych osobowych. Polityka ochrony danych nie dotyczy działań podejmowanych w ramach prywatnych gabinetów lekarskich.

§ 2.

1. Szpital Średzki Serca Jezusowego Sp. z o.o. jest podmiotem leczniczym prowadzonym w formie spółki z ograniczoną odpowiedzialnością.
2. Użyte w Regulaminie określenia oznaczają:
   1) Spółka – Szpital Średzki Serca Jezusowego Sp. z o.o. w Środzie Wielkopolskiej,
   2) Regulamin – Regulamin organizacyjny Szpitala Średzkiego Serca Jezusowego Sp. z o.o. w Środzie Wielkopolskiej,
   3) Ustawa - ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jednolity: Dz. U. z 2018 roku, poz. 160),
   4) prywatny gabinet lekarski – pomieszczenia szpitala, w których prowadzona jest indywidualna praktyka lekarska/pielęgniarska.
3. Podstawą działania Spółki są postanowienia:
   1) aktu założycielskiego spółki,
   2) kodeksu spółek handlowych,
   3) innych właściwych przepisów prawa,
   4) niniejszego Regulaminu.

4. Funkcjonowanie Szpitala określają następujące przepisy prawne i dokumenty:
   1) wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, który prowadzony jest przez Wojewodę Wielkopolskiego pod numerem 000000016139,
   2) wpis do Krajowego Rejestru Sądowego,
   3) ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jednolity: Dz. U. z 2018 roku, poz. 160),
   4) ustawa z dnia 6 marca 2018 roku Prawo przedsiębiorców (tj. Dz. U. z 2019 roku poz. 1292 ze zm.),
   5) ustawa z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (tekst jednolity: Dz. U. z 2018 roku, poz. 395),
   6) ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity: Dz. U. z 2017 roku, poz. 1938),
   7) akt założycielski spółki Szpital Średzki Serca Jezusowego Sp. z o.o. w Środzie Wielkopolskiej z dnia 17.12.2013 ze zmianami,
   8) inne właściwe przepisy prawa,
   9) niniejszy regulamin.

Rozdział II

Cele i zadania Spółki

§ 3.

1. Głównym celem Spółki jest prowadzenie działalności leczniczej polegającej na udzielaniu świadczeń zdrowotnych oraz promocja zdrowia.
2. Spółka wykonuje świadczenia zdrowotne w zakresie:
   1) hospitalizacji osób potrzebujących całodobowych świadczeń medycznych w zakresie: anestezjologii i intensywnej terapii, chirurgii, chorób wewnętrznych, ginekologii, położnictwa, neonatologii, pediatrii oraz ortopedii,
   2) ambulatoryjnej opieki specjalistycznej,
   3) ratownictwa medycznego,
   4) szpitalnego oddziału ratunkowego,
   5) rehabilitacji ambulatoryjnej,
   6) prowadzenia badań profilaktycznych

7) całodobowych świadczeń medycznych innych niż szpitalne – świadczenia w oddziale medycyny Paliatywnej

§ 4.

1. Zakres i rodzaj udzielanych świadczeń medycznych może być zmieniany w zależności od potrzeb wynikających z przyjmowanych zleceń i zawieranych umów oraz w miarę posiadanych przez Spółkę możliwości ich wykonywania.
2. Spółka może prowadzić dodatkową działalność nie polegającą na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, tj. działalność gospodarczą, handlową i produkcyjną nie pozostającą w sprzeczności z głównym celem działania.
3. Prowadzenie działalności, o której mowa w ust. 2 nie może ograniczać dostępności i poziomu udzielanych świadczeń zdrowotnych.

Rozdział III

System zarządzania spółką

§ 5.

1. Organami Spółki są:
   1) Zgromadzenie Wspólników,
   2) Rada Nadzorcza,
   3) Zarząd.
2. Kompetencje władz Spółki określają przepisy Kodeksu Spółek Handlowych oraz Akt Założycielski Spółki.

§ 6.

Szczegółowy tryb działania Zarządu oraz Rady Nadzorczej określają właściwe Regulaminy oraz Akt Założycielski Spółki i Kodeks spółek handlowych.

Rozdział IV

System zarządzania i struktura organizacyjna Szpitala

§ 7.

1. Wewnętrznymi aktami normatywnymi obowiązującymi w Szpitalu są wydawane przez Zarząd Szpitala:
   1) uchwały,

2) instrukcje,

3) procedury,

2. Projekty aktów, o których mowa w ust. 1 przygotowuje merytorycznie właściwa komórka organizacyjna Szpitala i samodzielne stanowiska pracy. Zbiór aktów normatywnych, o których mowa w ust. 1, ewidencjonuje i przechowuje sekretariat.

§ 8.

1. Korespondencję wychodzącą na zewnątrz Szpitala, zawierającą oświadczenia woli, podpisuje Zarząd. Zarząd Szpitala może to uprawnienie delegować na wyznaczoną przez siebie osobę. Delegacja musi mieć formę pisemną.
2. Korespondencję wychodzącą na zewnątrz Szpitala, nie zwierającą oświadczeń woli, podpisują: Dyrektor ds. Medycznych, Naczelna Pielęgniarek i Położnych, każdy według swoich właściwości.
3. Korespondencję wewnętrzną podpisują kierownicy komórek organizacyjnych oraz pracownicy zatrudnieni na samodzielnych stanowiskach.
4. Obieg dokumentów wynika z odrębnych regulacji.

§ 9.

1. Oddziałami szpitalnymi kierują koordynatorzy.
2. Laboratorium Analitycznym, Działem Diagnostyki Obrazowej i Elektrodiagnostyki, Ośrodkiem Usprawniania Leczniczego, Centralną Rejestracją, Blokiem Operacyjnym, Apteką Szpitalną, Centralną Sterylizatornią, Pracownią Endoskopii, oraz działami administracyjnymi kierują kierownicy. W ramach Laboratorium Analitycznego oraz Działu Diagnostyki Obrazowej i Elektrodiagnostyki mogą funkcjonować pracownie, zarządzane przez kierowników tych pracowni.
3. Koordynatorzy/kierownicy wymienieni w ust. 1 i 2 odpowiedzialni są za sprawne, należyte i zgodne z powierzonymi zadaniami działanie komórek organizacyjnych Szpitala.
4. W razie nieobecności koordynatora/kierownika, komórki organizacyjnej jego obowiązki przejmuje zastępca lub inna wyznaczona osoba.
5. Wyznaczenie zastępstwa wymaga akceptacji Zarządu.

§ 10.

1. W celu skutecznego wykonywania działalności komórki organizacyjne Szpitala współpracują między sobą.
2. Komórki organizacyjne działalności podstawowej prowadzą i gromadzą dokumentację wewnętrzną wg obowiązujących przepisów prawa i zasad ustalonych w Szpitalu.
3. Pracownicy działalności podstawowej ponoszą odpowiedzialność dyscyplinarną i karną wg odrębnych przepisów, mogą ponosić odpowiedzialność cywilną za błąd w sztuce lub inne spowodowane szkody oraz mogą ponosić odpowiedzialność porządkową.

§ 11.

1. Celem współdziałania komórek organizacyjnych Szpitala dla zapewnienia sprawnego i efektywnego jego funkcjonowania pod względem diagnostyczno – leczniczym, pielęgnacyjnym, rehabilitacyjnym i administracyjno – gospodarczym jest sprawność procesów informacyjno – decyzyjnych, prawidłowa realizacja zadań Szpitala oraz integracja działań komórek organizacyjnych.
2. Podstawowym elementem współdziałania są okresowe spotkania Zarządu z kadrą kierowniczą szpitala, o której mowa w § 9.
3. Spotkania, o których mowa w ust. 2 mają na celu w szczególności:
   1) wzajemną wymianę informacji w celu dalszego doskonalenia wspólnego działania;
   2) przekazywanie informacji o podejmowanych kierunkach działania,
   3) omówienie realizacji zadań oraz wymianę poglądów dotyczących problemów w realizacji zadań;
   4) ocenę sytuacji finansowej Szpitala i poszczególnych komórek organizacyjnych;
   5) problemy w bieżącym funkcjonowaniu Szpitala.
4. Osoby uczestniczące w spotkaniach, o których mowa ust. 1 i 2 zobowiązane są do zapoznania podległego personelu z informacjami uzyskanymi na spotkaniach.

§ 12.

Zakresy czynności wszystkich pracowników Szpitala określa indywidualny zakres obowiązków i czynności opracowany przez bezpośrednich przełożonych.

Rozdział IV

Uprawnienia, obowiązki i odpowiedzialność osób pełniących funkcje kierownicze

§ 13.

1. Zakres uprawnień i obowiązków Zarządu obejmuje w szczególności:
   1) ustalanie kierunków rozwoju i planów działalności Szpitala,
   2) realizację celów i strategii Szpitala,
   3) ustalanie wewnętrznych aktów prawnych,
   4) kontrolę i ocenę pracy komórek organizacyjnych,
   5) wykonywanie czynności związanych z zatrudnianiem, zwalnianiem i nagradzaniem pracowników Szpitala,
   6) zatwierdzanie i nadzór nad realizacją planów i programów w zakresie finansowym, kadrowym, remontów, inwestycji i zakupów inwestycyjnych,
   7) monitorowanie realizacji umów zewnętrznych zawartych ze Szpitalem,
   8) koordynację funkcjonowania i współpracy wszystkich struktur organizacyjnych Szpitala,
   9) realizowanie funkcji Szpitala poprzez pracowników zatrudnionych na stanowiskach samodzielnych,
   10) zarządzanie mieniem i odpowiadanie za wyniki działalności Szpitala,
   11) organizowanie i inicjowanie współpracy z innymi podmiotami udzielającymi świadczenia zdrowotne oraz innymi właściwymi podmiotami,
   12) tworzenie warunków należytej realizacji zadań Szpitala związanych z dostępnością i poziomem udzielanych świadczeń zdrowotnych.
2. Zarząd jest odpowiedzialny za całokształt funkcjonowania Szpitala, a w szczególności za:
   1) tworzenie warunków organizacyjnych zapewniających uzyskiwanie optymalnych efektów wykonywanej działalności,
   2) dobór i właściwe wykorzystywanie potencjału kadrowego,
   3) zapewnienie pracownikom właściwych warunków pracy i warunków socjalno – bytowych,
   4) właściwą gospodarkę mieniem i środkami finansowymi,
   5) zabezpieczenie praw objętych tajemnicą państwową i służbową.

§ 14.

1. Dyrektor ds. Medycznych podlega bezpośrednio Zarządowi Szpitala.
2. Dyrektor ds. Medycznych bezpośrednio nadzoruje działalność medyczną Szpitala i jest odpowiedzialny za jej całokształt, zwłaszcza za poziom udzielanych świadczeń, ich organizację oraz należyte wykonanie.
3. Zakres uprawnień i obowiązków Dyrektora ds. Medycznych obejmuje w szczególności:
   1) zapewnienie zgodności zakresu i rodzaju udzielanych świadczeń zdrowotnych z zakresem i rodzajem usług oraz z przyjętymi standardami i procedurami medycznymi,
   2) planowanie, wdrażanie i monitorowanie realizacji udzielanych świadczeń zdrowotnych w oparciu o zawarte umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia i innymi podmiotami,
   3) koordynację pracy i nadzór nad podległymi oddziałami, pododdziałami i innymi komórkami organizacyjnymi pionu medycznego oraz współpracę z ich kierownikami,
   4) nadzór nad pracą branżowych komisji tworzonych przez personel medyczny,
   5) zarządzanie i analiza stosowanych technologii medycznych,
   6) tworzenie zespołów działalności statutowej z uwzględnieniem minimalnej liczby pracowników udzielających poszczególnych świadczeń zdrowotnych oraz ich kwalifikacji,
   7) organizowanie właściwej opieki lekarskiej, w szczególności w aspekcie zapewnienia obsady lekarskiej zgodnej z przepisami i zawartymi umowami w porozumieniu z Zarządem szpitala,
   8) nadzór nad prawidłowością gospodarowania sprzętem i aparaturą medyczną,
   9) stały monitoring, analiza dokumentacji medycznej i sprawozdań do Narodowego Funduszu Zdrowia i innych odpowiednich instytucji,
   10) rozpatrywanie skarg i wniosków dotyczących udzielanych świadczeń medycznych.

§ 15.

1. Naczelna Pielęgniarek i Położnych podlega bezpośrednio Zarządowi Szpitala.
2. Naczelna Pielęgniarek i Położnych jest odpowiedzialna za jakość udzielanych świadczeń pielęgniarskich, położniczych, ratowniczych, personelu pomocniczego ich organizację, należyte wykonanie, sprawne i skuteczne działanie we właściwym zakresie.
3. Naczelna Pielęgniarek i Położnych kieruje i nadzoruje bezpośrednio działalność Szpitala związaną z organizowaniem, koordynowaniem i kontrolą pracy pielęgniarek/pielęgniarzy,

położnych, ratowników medycznych i personelu pomocniczego oraz podejmuje decyzje w tym zakresie według właściwości.

4. Zakres uprawnień i obowiązków Naczelnej Pielęgniarek i Położnych obejmuje w szczególności:

   1) wnioskowanie i opiniowanie Zarządowi w sprawach dotyczących zatrudnienia i zwalniania, awansowania, nagradzania i karania, a także w innych kwestiach dotyczących podległego jej personelu,

   2) udział w planowaniu i nadzór nad podnoszeniem kwalifikacji personelu pielęgniarskiego/położniczego oraz organizacja systemu szkoleń we właściwym obszarze,

   3) nadzór nad szkoleniem pielęgniarek/pielęgniarzy i położnych odbywających przeszkolenie po 5-letniej przerwie w wykonywaniu zawodu oraz praktykami zawodowymi studentów skierowanych na odbycie praktyk studenckich w zakresie właściwego obszaru,

   4) nadzór merytoryczny i kontrolowanie pracy podległych pracowników,

   5) zapewnienie sprawności w procesie organizowania i funkcjonowania opieki pielęgniarskiej, położniczej, ratowniczej,

   6) współpraca z kierownikami komórek organizacyjnych Szpitala oraz członkami komisji i zespołów w zakresie sprawnego funkcjonowania Szpitala we właściwym obszarze,

   7) planowanie etatów pielęgniarskich i położniczych zgodnie z obowiązującymi normami,

   8) wdrażanie standardów i procedur pielęgniarskich i położniczych,

   9) wdrażanie dokumentacji pielęgniarskiej i położniczej oraz nadzór nad jej prawidłowym prowadzeniem,

   10) nadzór merytoryczny nad realizacją umów zawartych przez Szpital we właściwym obszarze.

§ 16.

1. Koordynator oddziału szpitalnego podlega bezpośrednio Dyrektorowi ds. Medycznych.
2. Koordynator oddziału organizuje i zarządza oddziałem szpitalnym. Odpowiada za właściwą organizację i sprawne funkcjonowanie oddziału pod względem medycznym, administracyjnym, ekonomicznym oraz za właściwe postępowanie diagnostyczno – terapeutyczne w procesie leczenia chorych w oddziale zgodnie z aktualną wiedzą medyczną.

3. Do zadań Koordynatora oddziału należy w szczególności:

1) przestrzeganie, aby każdy pacjent przyjęty do oddziału był niezwłocznie zbadany i była udzielona mu właściwa pomoc lekarska oraz założona właściwa dokumentacja medyczna, stosowanie dostępnych metod diagnostycznych, aby ustalić rozpoznanie w możliwie najkrótszym czasie i ustalić dalsze postępowanie medyczne,

2) zwoływanie w razie potrzeby konsyliów lekarskich,

3) powiadamianie Dyrektora ds. Medycznych i Zarząd o potrzebie przydzielenia specjalnej obsługi ciężko chorym w sytuacji kryzysowej,

4) zapewnienie opieki nad wszystkimi ciężko chorymi pacjentami,

5) znajomość stanu zdrowia każdego pacjenta w oddziale,

6) zgłaszanie Dyrektorowi ds. Medycznych wniosków o wyciągnięcie konsekwencji wobec pacjentów nieprzestrzegających regulaminu szpitalnego,

7) uprzedzanie pacjentów oraz ich opiekunów zgłaszających chęć wypisania się wbrew opinii lekarskiej o następstwach przedwczesnego wypisania się oraz wypisanie pacjenta dopiero po otrzymaniu od niego, bądź od jego opiekunów pisemnego oświadczenia, że wypisuje się na własne żądanie i odpowiedzialność oraz że został uprzedzony o następstwach wcześniejszego wypisania,

8) omawianie z lekarzami udzielającymi świadczenia zdrowotne w oddziale wszystkie przypadki chorobowe, sposób ustalenia rozpoznania i metodę ich leczenia,

9) przestrzeganie, by środki odurzające i silnie działające były przechowywane w oddziale osobno pod zamknięciem i wydawane wyłącznie przez lekarza,

10) ustalanie zapotrzebowania na diety i kontrolowanie pożywienia dostarczonego do oddziału,

11) dokonywanie obchodu chorych w oddziale codziennie w ustalonych godzinach przy udziale lekarzy udzielających świadczeń zdrowotnych w oddziale, pielęgniarki/położnej oddziałowej oraz pielęgniarzy i położnych odcinkowych.

12) dbanie o prawidłowe prowadzenie dokumentacji medycznej, tak by wiernie oddawała obraz przebiegu choroby i zaleceń koordynatora/ordynatora oddziału, zarówno w zakresie diagnostyki, jak i leczenia pacjenta, w tym zakresie nadzorowanie prowadzenia dokumentacji medycznej przez innych lekarzy,

13) w przypadku zagrożenia życia pacjenta poinformowanie go o możliwości udzielenia posługi kapłańskiej,

14) w szczególnych przypadkach zgonu pacjenta udzielanie stosownej informacji Dyrektorowi ds. Medycznych oraz Zarządowi o okolicznościach zgonu,

15) w oznaczone w regulaminie dni i godziny informowanie osobiście lub osobę wyznaczoną do tego celu, rodziny o stanie zdrowia pacjentów, a w razie stwierdzenia stanu zagrożenia życia lub w razie pogorszenia się stanu pacjenta dopilnowanie, aby możliwie najszybciej została o tym zawiadomiona rodzina pacjenta lub jego opiekunowie,

16) potwierdzanie uprawnień pielęgniarek do wykonywania podań leków dożylnych,

17) dbanie o racjonalne wykorzystywanie łóżek, zapewnienie koniecznych miejsc dla pacjentów przyjmowanych w czasie dyżurów oraz przeciwdziałanie nieuzasadnionej i zbyt długiej hospitalizacji pacjentów,

18) nadzór nad obrotem lekami odurzającymi lub silnie działającymi na pacjenta,

19) udzielanie świadczeń zdrowotnych w taki sposób, by nie obniżając jakości świadczeń, prowadzić racjonalną i ekonomiczną gospodarkę środkami farmakologicznymi, materiałami i sprzętem jednorazowego użytku, krwią i preparatami krwiopochodnymi oraz w zakresie zlecania badań dodatkowych, konsultacji transportów sanitarnych i innych,

20) prowadzenie efektywnej działalności leczniczej w ramach posiadanych środków finansowych i zgodnie z określonymi planami,

21) przestrzeganie standardów, procedur i instrukcji obowiązujących w szpitalu.

§ 17.

1. Kierownik komórki organizacyjnej Szpitala podlega bezpośrednio Zarządowi lub Dyrektorowi ds. Medycznych, gdy niniejszy Regulamin tak stanowi. Szczegółowe podległości przedstawione są w Schemacie organizacyjnym, stanowiącym załącznik nr 1 do niniejszego Regulaminu.
2. Kierownik komórki organizacyjnej Szpitala organizuje i zarządza komórką organizacyjną by realizować cele Szpitala.
3. Do zakresu zadań Kierownika komórki organizacyjnej należy w szczególności:

   1) nadzór nad organizacją pracy podległego personelu zatrudnionego w komórce,

   2) ustalanie i zatwierdzanie zakresów obowiązków, odpowiedzialności i uprawnień podległego personelu,

   3) proponowanie struktury organizacyjnej kierowanej komórki organizacyjnej,

   4) podział zadań i środków do ich wykonania z uwzględnieniem ich rangi, priorytetu, kwalifikacji zatrudnionych i obciążenia pracą bieżącą wykonawców,

5) zwiększanie efektywności działania podległej komórki organizacyjnej,

6) nadzór nad zgodnym z przepisami i terminowym wykonaniem przez pracowników powierzonych im zadań i obowiązków,

7) nadzór dyscypliny pracy pracowników,

8) nadzór warunków pracy podwładnych,

9) nadzór przestrzegania prawa, wewnętrznych aktów normatywnych oraz obowiązujących norm etycznych,

10) ocenianie wyników pracy podwładnych,

11) wspieranie rozwoju zawodowego podwładnych,

12) wprowadzanie nowo przyjętych pracowników w przydzielone im zadania oraz zapoznawanie ich z obowiązkami, uprawnieniami oraz zakresem ich odpowiedzialności,

13) występowanie z wnioskami w sprawach personalnych pracowników, tj. w sprawach zatrudnienia, awansowania, przeszeregowania, nagradzania, zmiany warunków pracy, udzielania kar regulaminowych i zwalniania,

14) przygotowanie sprawozdań i informacji dotyczących pracy komórki organizacyjnej w zakresie i terminach określonych przez Zarząd,

15) nadzór nad korespondencją kierowaną do komórki organizacyjnej,

16) współpraca z kierownikami poszczególnych komórek organizacyjnych Szpitala,

17) prowadzenie efektywnej działalności w ramach posiadanych środków,

18) przestrzeganie standardów, procedur i instrukcji obowiązujących w szpitalu.

§ 18.

1. W Szpitalu funkcjonują samodzielne stanowiska pracy:

1) Inspektor ds. obronnych,

2) Pełnomocnik ds. informacji niejawnych,

3) Kapelan szpitala,

4) Inspektor ochrony danych,

5) Pełnomocnicy ds. zintegrowanego systemu zarządzania,

6) Asystent socjalny,

7) Specjalista ds. epidemiologii,

8) Pełnomocnik ds. inwestycji.

2. Pracownicy zatrudnieni na samodzielnych stanowiskach pracy odpowiedzialni są za właściwe organizowanie pracy oraz zapewnienie prawidłowego i terminowego wykonywania powierzonych zadań i obowiązków.
3. Do obowiązków pracowników zajmujących samodzielne stanowiska pracy w szczególności należy realizowanie jednorodnych lub tematycznie wyspecjalizowanych czynności w oparciu o obowiązujące przepisy prawne oraz wewnętrzne akty normatywne, oraz współdziałanie z kierownikami poszczególnych komórek organizacyjnych Szpitala w zakresie prawidłowego jego funkcjonowania.
4. Pracownicy zatrudnieni na samodzielnych stanowiskach pracy podlegają bezpośrednio Zarządowi lub Dyrektorowi ds. Medycznych.

Rozdział V

Zasady udzielania świadczeń zdrowotnych

§ 19.

1. Szpital organizuje świadczenia zdrowotne udzielane w zakresie określonym w niniejszym regulaminie z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości tych świadczeń w komórkach organizacyjnych, w sposób gwarantujący pacjentom najbardziej dogodną formę korzystania ze świadczeń.
2. Świadczenia zdrowotne udzielane są przez osoby wykonujące zawody medyczne oraz spełniające wymagania kwalifikacyjne określone w odrębnych przepisach prawa.
3. Świadczenia zdrowotne udzielane są z zachowaniem praw pacjenta.

§ 20.

Przyjęcia pacjentów do Szpitala odbywają się w trybie: planowym, nagłym. Wprowadza się następujące zasady dotyczące przyjęć:

1. o przyjęciu do Szpitala osoby zgłaszającej się lub kierowanej przez lekarza albo uprawnioną instytucję decyduje koordynator/lekarz wyznaczony do tych czynności, po zapoznaniu się ze stanem zdrowia i uzyskaniu zgody osoby kierowanej lub przedstawiciela ustawowego, chyba, że na mocy odrębnych przepisów możliwe jest przyjęcie do Szpitala bez wyrażenia zgody,
2. jeżeli na skutek braku miejsc, zakresu udzielanych przez Szpital świadczeń lub ze względów epidemiologicznych pacjent skierowany do leczenia nie może zostać przez

Szpital przyjęty, lekarz po udzieleniu niezbędnej pomocy medycznej organizuje w razie potrzeby przewiezienie pacjenta do innego Szpitala, po uprzednim porozumieniu się z tym Szpitalem,

3. jeżeli przyjęcie do Szpitala nie musi nastąpić natychmiast, nie występuje sytuacja bezpośredniego zagrożenia zdrowia lub życia, a Szpital nie ma w danej chwili możliwości przyjęcia, koordynator/wyznaczony lekarz ustala termin, w którym nastąpi przyjęcie do Szpitala,
4. pacjentów nie zakwalifikowanych do leczenia szpitalnego a wymagających leczenia ambulatoryjnego kieruje się z odpowiednimi zapisami dotyczącymi dalszego sposobu postępowania do odpowiednich placówek,
5. Odmowa przyjęcia do Szpitala może nastąpić w sytuacji, gdy brak udzielenia pomocy lekarskiej nie stanowi dla osoby pacjenta niebezpieczeństwa w szczególności: utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia w następujących przypadkach:
   1) braku wskazań lekarskich do hospitalizacji,
   2) braku zgody pacjenta na hospitalizację,
   3) braku wolnych miejsc w Szpitalu,
   4) braku możliwości udzielenia pomocy specjalistycznej ze względu na zakres udzielanych przez Szpital świadczeń,
   5) jeżeli względy epidemiologiczne nie pozwalają na umieszczenie pacjenta w Szpitalu.
   6) Lekarz dyżurujący przed podjęciem ostatecznej decyzji w sprawie ewentualnej odmowy przyjęcia dziecka do szpitala, powinien zasięgnąć opinii koordynatora oddziału. Ostateczną decyzję podejmuje lekarz dyżurujący odnotowując wynik konsultacji w dokumentacji medycznej.

§ 21.

Świadczenia zdrowotne w szpitalu i świadczenia specjalistyczne w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej są udzielane według kolejności zgłoszenia.

1. Oddziały i poradnie specjalistyczne szpitala w szczególności:
   1) ustalają kolejność udzielenia świadczenia na podstawie zgłoszeń pacjentów wpisanych na listę oczekujących,
   2) informują pacjenta o terminie udzielenia świadczenia oraz uzasadniają przyczyny wyboru tego terminu,
   3) wpisują datę i przyczynę skreślenia pacjenta z listy oczekujących,

4) każda zmiana terminu planowego świadczenia medycznego może nastąpić po uzgodnieniu pomiędzy dwoma stronami osobiście lub telefonicznie i odnotowaniu we właściwej dokumentacji, w następujących okolicznościach:

- rezygnacji pacjenta,
- zdarzeń losowych i chorobowych,
- przypadku awarii aparatury niezbędnej do wykonania świadczenia,
- Lista oczekujących stanowi integralną część dokumentacji medycznej,
- Listę oczekujących prowadzi się w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń.

2. Planowe przyjęcia.

Pacjent przyjmowany w trybie planowym zgłasza się w wyznaczonym terminie – zgodnie z procedurą SOR/P/01, z kompletem wymaganej dokumentacji: skierowaniem do szpitala, wymaganymi badaniami dodatkowymi, konsultacjami specjalistycznymi i wpisami stwierdzającymi odbycie szczepień (jeśli są wymagane), dokumentacją medyczną z przebytych chorób i leczenia, dokumentem tożsamości oraz dowodem stwierdzającym ubezpieczenie zdrowotne. Wskazane jest posiadanie własnych przyborów toaletowych (ręcznik, szczoteczka do zębów, maszynka do golenia, kosmetyki, piżama, szlafrok i obuwie domowe).

3. Zasady postępowania w przypadku przyjęć w trybie nagłym:

Szpital przyjmuje chorych w trybie pilnym całodobowo, jeżeli z rozpoznania wstępnego wynikają bezwzględne wskazania do natychmiastowego leczenia szpitalnego.

§ 22.

1. Tożsamość pacjentów przyjmowanych do Szpitala jest ustalana na podstawie dowodu osobistego lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość.
2. Obowiązek ustalenia tożsamości pacjenta przyjętego do szpitala dotyczy wszystkich pacjentów nieprzytomnych, z zaburzeniami świadomości, poddawanych zabiegom operacyjnym, noworodków, dzieci do lat 7.
3. Pacjenci przyjęci do Szpitala zaopatrywani są w znaki identyfikacyjne w trybie i na zasadach określonych w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej i wydanych na jej podstawie aktach wykonawczych.

4. 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 oddziału postępuje zgodnie z procedurą ZARZ/P/06.

§ 23.

1. Badanie w celu ustalenia rozpoznania, ustalenia planu leczenia oraz leczenie rozpoczyna się niezwłocznie po przyjęciu pacjenta do oddziału.
2. Konsultacje specjalistyczne w oddziale odbywają się w trybie pilnym, planowym lub nagłym. Lekarz postępuje zgodnie z obowiązującą procedurą ZARZ/P/13 Zasady Konsultowania Pacjentów.
3. Lekarze przekazując pacjentów kolejnej zmianie przedstawiają istotne informacje o stanie zdrowia pacjentów, nowych przyjęciach do oddziału, interwencjach lekarskich oraz innych istotnych zdarzeniach i podjętych działaniach podczas wykonywania obowiązków służbowych.
4. Lekarze dyżurni zobowiązani są prowadzić raporty lekarskie w księdze raportów lekarskich.
5. Pielęgniarki oraz położne przekazują raport o stanie zdrowia pacjentów oraz istotnych zaleceniach w formie ustnej i pisemnej na koniec każdej zmiany. Raport pielęgniarki/położnej sporządzany jest w księdze raportów pielęgniarskich.

§ 24.

Dla sprawnego funkcjonowania oddziałów ustala się następujące zasady postępowania w przypadku przekazania pacjenta między oddziałami szpitala:

1) pacjent może być przekazany do innego oddziału po wstępnym uzgodnieniu z koordynatorem lub lekarzem oddziału,

2) wypis z oddziału i przyjęcie do innego oddziału winno zawierać ten sam numer Księgi Głównej. Historia choroby jest przekazana do oddziału jako indywidualna dokumentacja prowadzona w danym oddziale, dopisuje się natomiast numer Księgi Oddziałowej,

3) wraz z przekazaniem pacjenta powinna zostać przekazana zakończona karta informacyjna dotycząca hospitalizacji na danym oddziale,

4) zakończoną – zamkniętą historię choroby sekretarka oddziału przekazuje do Działu Świadczeń Zdrowotnych i Statystki Medycznej.

§ 25.

1. W Szpitalu obowiązują następujące zasady uzyskiwania świadomej zgody pacjenta na zabieg operacyjny lub zastosowanie metody leczenia lub diagnostyki stwarzającej podwyższone ryzyko dla pacjenta:

1) lekarz może wykonać zabieg operacyjny albo zastosować metodę leczenia lub diagnostyki stwarzającą podwyższone ryzyko dla pacjenta po uzyskaniu jego pisemnej zgody,

2) przed wyrażeniem zgody przez pacjenta lekarz ma obowiązek udzielenia mu przystępnej informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu,

3) lekarz może wykonać zabieg lub zastosować metodę stwarzającą podwyższone ryzyko u pacjenta małoletniego, ubezwłasnowolnionego bądź niezdolnego do świadomego wyrażenia pisemnej zgody po uzyskaniu zgody jego przedstawiciela ustawowego, a gdy pacjent nie ma przedstawiciela lub gdy porozumienie się z nim jest niemożliwe – po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego. Jeżeli pacjent ukończył 16 lat, wymagana jest także jego pisemna zgoda,

4) jeżeli przedstawiciel ustawowy pacjenta małoletniego, ubezwłasnowolnionego bądź niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody nie zgadza się na wykonanie przez lekarza czynności wymienionych w pkt 1, a niezbędnych dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia, lekarz może wykonać takie czynności po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego,

5) lekarz może wykonać czynności, o których mowa w pkt 1, bez zgody przedstawiciela ustawowego pacjenta bądź zgody właściwego sądu opiekuńczego, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia. W takim przypadku lekarz ma obowiązek, o ile jest to możliwe, zasięgnąć opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności. O wykonywanych czynnościach lekarz niezwłocznie zawiadamia przedstawiciela ustawowego, opiekuna faktycznego lub sąd opiekuńczy,

6) o okolicznościach, o których mowa w pkt 3-5, lekarz dokonuje odpowiedniej adnotacji w dokumentacji medycznej pacjenta,

7) jeżeli w trakcie wykonywania zabiegu operacyjnego, metody leczniczej lub diagnostycznej wystąpią okoliczności, których nieuwzględnienie groziłoby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkim uszkodzeniem ciała lub ciężkim rozstrojem zdrowia, a nie ma możliwości niezwłocznie uzyskać zgody pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego, lekarz ma prawo, bez uzyskania tej zgody, zmienić zakres zabiegu bądź metody leczenia lub diagnostyki w sposób umożliwiający uwzględnienie tych okoliczności. W takim przypadku lekarz ma obowiązek, o ile jest to możliwe, zasięgnąć opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności,

8) o okolicznościach, o których mowa w pkt 7, lekarz dokonuje odpowiedniej adnotacji w dokumentacji medycznej oraz informuje pacjenta, przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego albo sąd opiekuńczy,

9) w przypadku osób niedowidzących lub niewidomych zgodę pacjenta uzyskuje się po głośnym odczytaniu treści podpisywanego przez pacjenta formularza „Świadomej zgody na zabieg".

2. Wypisanie ze Szpitala następuje:
   1) stan zdrowia pacjenta nie wymaga dalszego leczenia w Szpitalu,
   2) na żądanie osoby przebywającej w szpitalu lub jej przedstawiciela ustawowego,
   3) gdy osoba przebywająca w Szpitalu w sposób rażący narusza Regulamin Oddziału, a nie zachodzi obawa, że odmowa lub zaprzestanie udzielania świadczeń może spowodować bezpośrednie niebezpieczeństwo dla jej życia lub zdrowia i innych osób.
3. Jeżeli przedstawiciel ustawowy żąda wypisania ze Szpitala osoby, której stan zdrowia wymaga leczenia w Szpitalu, Zarząd Szpitala lub Dyrektor ds. Medycznych może odmówić wypisania do czasu wydania w tej sprawie orzeczenia przez właściwy ze względu na siedzibę Szpitala Sąd opiekuńczy, chyba że przepisy szczególne stanowią inaczej. Sąd opiekuńczy zawiadamiany jest niezwłocznie o odmowie wypisania ze Szpitala i przyczynach odmowy.
4. Osoba występująca o wypisanie ze Szpitala na własne żądanie jest informowana przez lekarza o możliwych następstwach zaprzestania leczenia w Szpitalu, po czym osoba ta składa pisemne oświadczenie o wypisaniu ze Szpitala na własne żądanie. W przypadku braku takiego oświadczenia lekarz sporządza adnotację w dokumentacji medycznej.
5. Pacjent wypisany ze szpitala otrzymuje kartę informacyjną wraz z dalszymi zaleceniami.
6. Kartę informacyjną z leczenia szpitalnego podpisuje lekarz wypisujący i Koordynator lub lekarz przez niego uprawniony.

7. Wypisany ze Szpitala pacjent ma prawo do otrzymania:
   1) karty informacyjnej z leczenia szpitalnego,
   2) recepty na leki i materiały medyczne,
   3) skierowania na leczenia uzdrowiskowe, jeżeli lekarz widzi taka potrzebę,
   4) skierowanie na świadczenia zlecone w karcie informacyjnej,
   5) zaświadczenie o orzeczonej okresowej niezdolności do pracy,
   6) zlecenie na transport zgodnie z odrębnymi przepisami,
8. Jeżeli przedstawiciel ustawowy lub opiekun faktyczny nie odbiera małoletniego lub osoby niezdolnej do samodzielnej egzystencji ze Szpitala w wyznaczonym terminie, Szpital zawiadamia o tym niezwłocznie organ gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania lub pobytu tej osoby oraz organizuje na koszt gminy przewiezienie do miejsca zamieszkania.
9. Pacjent, którego stan zdrowia nie wymaga dalszego leczenia szpitalnego, a który nie wyraża zgody na wypisanie ze Szpitala ponosi koszty pobytu w Szpitalu począwszy od tego momentu, niezależnie od uprawnień do bezpłatnych świadczeń określonych w przepisach odrębnych. Decyzję w tej sprawie podejmuje Zarząd Szpitala na wniosek Koordynatora Oddziału.

§ 26.

1. Lekarz zlecający badanie diagnostyczne informuje pacjenta o przewidywanym terminie odbioru wyniku.
2. Lekarz w zależności od wyniku badania podejmuje decyzję o pilnym wezwaniu pacjenta lub przekazaniu wyniku do dokumentacji medycznej pacjenta.
3. W przypadku nieprawidłowego wyniku, lekarz wyznacza termin i miejsce wizyty kontrolnej.
4. Sekretarka medyczna powiadamia pacjenta o możliwości odbioru wyniku lub terminie i miejscu wizyty kontrolnej.
5. Pacjent otrzymuje kopię wyniku. Oryginał z datą i podpisem pacjenta potwierdzającym odbiór wyniku oraz wpisem lekarza wydającego o udzielonych dalszych zaleceniach zostaje w dokumentacji szpitalnej.
6. W przypadku gdy wynik badania diagnostycznego istotnego dla ustalenia rozpoznania onkologicznego nie był znany w dniu wypisu pacjenta ze szpitala, historię choroby

niezwłocznie uzupełnia się o rozpoznanie ustalone na jego podstawie i przedstawia się do oceny i podpisu lekarzowi kierującemu oddziałem.

Rozdział VI

Zakres działania komórek organizacyjnych Szpitala

§ 27.

1. Świadczenia zdrowotne udzielane są przez następujące komórki organizacyjne spółki:

1) Szpital (ul. Żwirki i Wigury 10, 63-000 Środa Wielkopolska):

a) Szpitalny Oddział Ratunkowy z Zespołami Ratownictwa Medycznego: Podstawowym (dodatkowo ul. Sportowa 5, 63-005 Kleszczewo, Lubrze 8, 63-024 Lubrze) oraz Zespołem Transportowym, a także Centralną Rejestracją, rozumianą jako Izba Przyjęć,

b) Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii,

c) Oddział Chirurgiczny z Pododdziałem Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu,

d) Oddział Wewnętrzny,

e) Oddział Ginekologiczno-Położniczy,

f) Oddział Noworodkowy,

g) Oddział Dziecięcy,

h) Oddział Onkologii Klinicznej,

i) Oddział Medycyny Paliatywnej (ul. Lotnicza 58, 63-000 Środa Wielkopolska)

j) Blok Operacyjny,

k) Apteka Szpitalna,

l) Centralna Sterylizatornia,

m) Nocna i Świąteczna Opieka Zdrowotna,

2) Poradnie specjalistyczne

a) Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna finansowana ze środków publicznych (ul. Szarytek 2, 63-000 Środa Wielkopolska: Poradnia Chirurgii Ogólnej, Poradnia Ginekologiczno-Położnicza, Poradnia Lekarza POZ, Gabinet Pielęgniarki POZ, Gabinety Diagnostyczno-Zabiegowe, Punkt Szczepień, Poradnia Onkologiczna, Poradnia Laryngologiczna, Poradnia Diabetologiczna, Poradnia Neonatologiczna, Poradnia Neurologiczna.

b) Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna finansowana ze środków publicznych (ul. Żwirki i Wigury 10, 63-000 Środa Wielkopolska): Poradnia Chorób Wewnętrznych,

Poradnia Pediatryczna, Poradnia Okulistyczna, Poradnia Anestezjologiczna, Gabinety Diagnostyczno-Zabiegowe.

c) Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna finansowana ze środków komercyjnych: Poradnia Laktacyjna, Poradnia Preluksacyjna.

3) Laboratorium Analityczne (ul. Żwirki i Wigury 10, 63-000 Środa Wielkopolska):

a) Pracownia hematologii,

b) Pracownia biochemii,

c) Pracowania analityki ogólnej,

d) Pracownia serologii,

e) Punkty pobrań poza siedzibą (ul. Szkolna 1, 63-040 Nowe Miasto nad Wartą, ul. Parkowa 1, 63-041 Chocicza, ul. Sienkiewicza 2, 63-020 Zaniemyśl).

4) Dział Diagnostyki Obrazowej i Elektrodiagnostyki (ul. Żwirki i Wigury 10, 63-000 Środa Wielkopolska):

a) Pracownia EKG,

b) Pracownia RTG (dodatkowo ul. Szarytek 2, 63-000 Środa Wielkopolska)

c) Pracownia USG,

d) Pracownia Tomografii Komputerowej,

e) Pracowania EEG,

5) Ośrodek Usprawniania Leczniczego (ul. Sportowa 9a, 63-000 Środa Wielkopolska):

a) Zakład fizjoterapii,

b) Zespół rehabilitacji domowej,

6) Pracownię Endoskopii (ul. Żwirki i Wigury 10, 63-000 Środa Wielkopolska),

7) Poradnię Lekarza Rodzinnego (ul. Szarytek 2, 63-000 Środa Wielkopolska),

8) Przyszpitalną Szkołę Rodzenia (ul. Żwirki i Wigury 10, 63-000 Środa Wielkopolska),

9) Poradnia Medycyny Pracy (ul. Żwirki i Wigury 10, 63-000 Środa Wielkopolska).

2. Świadczenia zdrowotne udzielane przez oddziały szpitalne, o których mowa w ust. 1 pkt. 1 lit. a – i udzielane są w systemie finansowania opieki zdrowotnej ze środków publicznych oraz systemie komercyjnym.

3. Liczba łóżek szpitalnych w poszczególnych oddziałach określona została w załączniku nr 4 do niniejszego Regulaminu.

§ 28.

1. Do zadań Centralnej Rejestracji rozumianej jako Izba Przyjęć należy w szczególności:
   1) umawianie i rejestracja pacjentów do poradni specjalistycznych w tym komercyjnych,
   2) przyjmowanie pacjentów zakwalifikowanych do leczenia szpitalnego,
   3) bieżąca obsługa pacjentów i petentów,
   4) rejestracja pacjentów w ramach Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej,
   5) przestrzeganie standardów, procedur i instrukcji obowiązujących w szpitalu.

§ 29.

1. Do zadań Szpitalnego Oddziału Ratunkowego z Zespołami Ratownictwa Medycznego Specjalistycznym i Podstawowym oraz Zespołem Transportowym należy w szczególności:
   1) udzielanie całodobowo świadczeń zdrowotnych w zakresie ratownictwa przedszpitalnego w razie katastrofy, wypadku i innych stanów wyjątkowych, urazu, zatrucia, nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia z istniejącym potencjalnym zagrożeniem życia oraz transportu medycznego „do siebie" lub bezpośrednio do ośrodka referencyjnego przez zespoły ratownictwa medycznego, będące integralną częścią oddziału,
   2) udzielanie świadczeń zdrowotnych stacjonarnych, polegających na wstępnej diagnostyce, obserwacji i podjęciu leczenia w zakresie niezbędnym do stabilizacji funkcji życiowych, krótkotrwałej intensywnej terapii u osób znajdujących się w stanie nagłego zagrożenia życia lub zdrowia do czasu przekazania na właściwy dla stanu pacjenta oddział szpitalny, transportu do innego szpitala w razie konieczności leczenia specjalistycznego lub zakwalifikowanie do dalszego leczenia w podstawowej opiece zdrowotnej,
   3) udzielanie świadczeń zdrowotnych w trybie ambulatoryjnym osobom zgłaszającym się do oddziału w przypadkach nagłego zachorowania lub pogorszenia stanu zdrowia w chorobach przewlekłych, poszkodowanym w wyniku urazów, wypadków, katastrof i innych stanach wymagających doraźnej interwencji medycznej,
   4) udzielanie świadczeń transportowych dla osób wymagających natychmiastowego leczenia w oddziale szpitalnym, przewozów wynikających z zachowania ciągłości leczenia w przypadkach zagrażających zdrowiu i życiu,
   5) przyjmowanie wezwań zgłaszanych Dyspozytorowi SOR-u,
   6) prowadzenie dokumentacji w sposób staranny i zgodny z obowiązującymi przepisami,

7) orzekanie o stanie zdrowia pacjentów,

8) udzielanie informacji o stanie zdrowia chorego osobom upoważnionym przez pacjenta,

9) stałe podnoszenie kwalifikacji personelu medycznego pracującego w oddziale,

10) zapewnienie chorym bezpieczeństwa,

11) prowadzenie szkoleń i dokształcania pracowników medycznych,

12) realizacja programów zdrowotnych i promocji zdrowia,

13) utrzymywanie oddziału w należytym stanie sanitarno –higienicznym i porządkowym,

14) utrzymywanie w należytym stanie aparatury medycznej oraz sprzętu medycznego i gospodarczego znajdującego się w oddziale,

15) składanie bieżących zapotrzebowań oddziału na środki i aparaturę niezbędną do prawidłowego funkcjonowania oddziału,

16) przestrzeganie standardów, procedur i instrukcji obowiązujących w szpitalu,

17) wszyscy pacjenci zgłaszający się do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego obsługiwani są zgodnie z przyjętą zasadą TOPSOR. Każdy pacjent, który dociera samodzielnie do szpitala pobiera z biletomatu numer z TOPSOR (następuje rozpoczęcie pomiaru czasu), przechodzi do poczekalni i oczekuje na wezwanie do rejestracji. Rejestrator wzywa i rejestruje pacjenta w systemie HIS szpitala i wprowadza numer TOPSOR do HIS (dane pacjenta zostają przesłane z HIS do TOPSOR), a następnie pacjent przechodzi do stanowiska triażu. Triażysta przeprowadzi wstępne badanie (triaż), w wyniku, którego pacjent zakwalifikowany zostanie do jednej z pięciu kategorii oznaczonych kolorem. Poszczególne kolory oznaczać będą stopień pilności oczekiwania na wizytę lekarską. Każdy przypisany kolor determinuje również maksymalny czas przyjęcia pacjenta.

- kolor czerwony – oznacza natychmiastowy kontakt z lekarzem
- kolor pomarańczowy – oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 10 minut
- kolor żółty – oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 60 minut
- kolor zielony – oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 120 minut
- kolor niebieski – oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 240 minut

Po zakwalifikowaniu pacjenta do jednej z pięciu kategorii określających priorytetowość udzielenia pomocy lekarskiej, pacjent lub jego opiekun lub osoba towarzysząca zostaje poinformowana do której kategorii została przydzielona i jaki jest maksymalny czas

oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem. Pacjent przechodzi do poczekalni i oczekuje na wezwanie przez lekarza lub jest transportowany do wybranego obszaru SOR.

18) Pacjent przetransportowany przez ZRM

- W przypadku pacjenta, który jest przywieziony do szpitala przez ZRM, kierownik ZRM pobiera numerek TOPSOR (następuje rozpoczęcie pomiaru czasu), który z kartą przekazania ZRM idzie do triażysty i przekazuje mu dokumentację a następnie przekazuje pacjenta na Oddział SOR.
- Rejestrator rejestruje pacjenta w systemie HIS szpitala i wprowadza numer TOPSOR do HIS (dane pacjenta zostają przesłane z HIS do TOPSOR), a następnie triażysta przeprowadza wywiad i wyznacza priorytet przyjęcia pacjenta. Pacjent przechodzi do poczekalni lub jest transportowany do wybranego obszaru SOR, gdzie oczekuje na kontakt z lekarzem i poddanie czynnościom diagnostyczno-terapeutycznym.
- ZRM wraca do systemu.
- W przypadku pacjentów w stanie ciężkim segregacja odbywa się jednoczasowo z triażem.
- W przypadku pacjentów o niskim priorytecie przyjęcia, po triażu pacjent przechodzi do poczekalni i oczekuje na wezwanie do gabinetu wraz z pacjentami, którzy dotarli samodzielnie na SOR.
- W przypadku pacjentów o wysokim priorytecie przyjęcia, pacjenci są transportowani przez personel SOR do określonego obszaru Oddziału SOR.

Osoby, które zostały przydzielone do kategorii pilności oznaczonej kolorem zielonym lub niebieskim, mogą być kierowane z oddziału do miejsc udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej lub NiŚOZ.

W przypadku pacjentów zgłaszających się do SOR, co do których została podjęta decyzja o przekierowaniu do leczenia w POZ lub NiŚOZ podstawowe dane dotyczące wywiadu oraz stanu pacjenta zostają umieszczone w „księdze odmów przyjęcia", którą podpisuje ratownik medyczny lub pielęgniarka systemu.

Każdy pacjent oczekujący na kontakt z lekarzem pozostaje pod opieką ratownika medycznego wykonującego triaż lub personelu medycznego Oddziału SOR lub pielęgniarki NiŚOZ.

19) Lekarz dyżurny oddziału:

- udziela świadczeń zdrowotnych w oddziale,

- kieruje pacjenta na leczenie do oddziałów szpitala, w którym działa oddział;/ maksymalny czas decyzji lekarza dyżurnego SOR o przekazaniu pacjenta do oddziału szpitalnego to 6 godzin/,

- maksymalny czas lekarza dyżurnego oddziału do przyjęcia pacjenta na oddział to 1 godzina/,

- odmawia przyjęcia do oddziału osoby niebędącej w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego,

- potwierdza lub wystawia skierowanie z oddziału na leczenie w innym szpitalu,

- wystawia zlecenie na lotniczy transport sanitarny.

20) Organizacja pracy Szpitalnego Oddziału Ratunkowego odbywa się przy współpracy lekarza prowadzącego SOR oraz lekarza pełniącego funkcję koordynatora SOR, funkcję koordynatora SOR pełni lekarz wyznaczony w miesięcznym harmonogramie pracy zgodnie z zasadami określonymi w procedurze SOR/P/11.

§ 30.

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

1) zbadanie każdego nowo przyjętego chorego oraz ustalenie rozpoznania i kierunku leczenia,

2) leczenie chorych zgodnie z postępem wiedzy lekarskiej,

3) zapewnienie chorym przebywającym w oddziale całodobowej opieki lekarskiej, pielęgniarskiej i należytej obsługi,

4) prowadzenie dokumentacji w sposób staranny i zgodny z obowiązującymi przepisami,

5) orzekanie o stanie zdrowia pacjentów,

6) udzielanie informacji o stanie zdrowia chorego osobom upoważnionym przez pacjenta,

7) stałe podnoszenie kwalifikacji personelu medycznego pracującego w oddziale,

8) dbałość o racjonalne wykorzystanie łóżek,

9) zapewnienie chorym bezpieczeństwa,

10) prowadzenie szkoleń i dokształcania pracowników medycznych,

11) przestrzeganie standardów, procedur i instrukcji obowiązujących w szpitalu,

12) utrzymywanie oddziału w należytym stanie sanitarno – higienicznym i porządkowym,

13) utrzymywanie w należytym stanie aparatury medycznej oraz sprzętu medycznego i gospodarczego znajdującego się w oddziale,

14) składanie bieżących zapotrzebowań oddziału na środki i aparaturę niezbędną do prawidłowego funkcjonowania oddziału,

15) sukcesywne wprowadzanie nowych procedur medycznych według przyjętych standardów w tej specjalności,

16) udzielania konsultacji dla pacjentów innych oddziałów Szpitala,

17) stała gotowość i wykonywanie zabiegów resuscytacyjnych u pacjentów Szpitalnego Oddziału Ratunkowego oraz innych komórek Szpitala,

18) konsultacje (diagnostyka i terapia) u pacjentów wymagających leczenia żywieniowego poza lub dojelitowego.

19) funkcję koordynatora Okołooperacyjnej Karty Kontrolnej powierza się lekarzowi anestezjologowi, znieczulającemu pacjenta podczas zabiegu na bloku operacyjnym.

§ 31.

1. Do zadań Oddziału Chirurgicznego z Pododdziałem Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu należy w szczególności:

1) zbadanie każdego nowo przyjętego chorego oraz ustalenie rozpoznania i kierunku leczenia,

2) leczenie chorych zgodnie z postępem wiedzy lekarskiej,

3) zapewnienie chorym przebywającym w oddziale całodobowej opieki lekarskiej; pielęgniarskiej i należytej obsługi,

4) prowadzenie dokumentacji w sposób staranny i zgodny z obowiązującymi przepisami,

5) kierowanie chorych na leczenie uzdrowiskowe,

6) orzekanie o stanie zdrowia pacjentów,

7) udzielanie informacji o stanie zdrowia chorego osobom upoważnionym przez pacjenta,

8) stałe podnoszenie kwalifikacji personelu medycznego pracującego w oddziale,

9) dbałość o racjonalne wykorzystanie łóżek,

10) zapewnienie chorym bezpieczeństwa,

11) prowadzenie szkoleń i dokształcania pracowników medycznych,

12) przestrzeganie standardów, procedur i instrukcji obowiązujących w szpitalu,

13) realizacja programów zdrowotnych i promocji zdrowia,

14) utrzymywanie oddziału w należytym stanie sanitarno –higienicznym i porządkowym,

15) utrzymywanie w należytym stanie aparatury medycznej oraz sprzętu medycznego i gospodarczego znajdującego się w oddziale,

16) składanie bieżących zapotrzebowań oddziału na środki i aparaturę niezbędną do prawidłowego funkcjonowania oddziału,

17) udzielanie konsultacji z zakresu chirurgii i ortopedii dla pacjentów innych oddziałów Szpitala.

2. W swojej działalności Oddział Chirurgiczny z Pododdziałem Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu współpracuje z Blokiem Operacyjnym.

§ 32.

1. Do zadań Oddziału Wewnętrznego należy w szczególności:

1) zbadanie każdego nowo przyjętego chorego oraz ustalenie rozpoznania i kierunku leczenia,

2) leczenie chorych zgodnie z postępem wiedzy lekarskiej,

3) zapewnienie chorym przebywającym w oddziale całodobowej opieki lekarskiej; pielęgniarskiej i należytej obsługi,

4) prowadzenie dokumentacji w sposób staranny i zgodny z obowiązującymi przepisami,

5) kierowanie chorych na leczenie uzdrowiskowe,

6) orzekanie o stanie zdrowia pacjentów,

7) udzielanie informacji o stanie zdrowia choremu lub osobom upoważnionym,

8) stałe podnoszenie kwalifikacji personelu medycznego pracującego w oddziale,

9) dbałość o racjonalne wykorzystanie łóżek,

10) prowadzenie szkoleń i dokształcania pracowników medycznych,

11) przestrzeganie standardów, procedur i instrukcji obowiązujących w szpitalu,

12) realizacja programów zdrowotnych i promocja zdrowia,

13) utrzymywanie oddziału w należytym stanie sanitarno – higienicznym i porządkowym,

14) utrzymywanie w należytym stanie aparatury medycznej oraz sprzętu medycznego i gospodarczego znajdującego się w oddziale,

15) składanie bieżących zapotrzebowań oddziału na środki i aparaturę niezbędną do prawidłowego funkcjonowania oddziału,

16) udzielanie konsultacji w zakresie chorób wewnętrznych dla pacjentów innych oddziałów Szpitala.

§ 33.

1. Do zadań Oddziału Ginekologiczno – Położniczego należy w szczególności:
   1) zbadanie każdej nowo przyjętej chorej oraz ustalenie rozpoznania i kierunku leczenia,
   2) leczenie chorych zgodnie z postępem wiedzy lekarskiej,
   3) zapewnienie chorym przebywającym w oddziale całodobowej opieki lekarskiej; pielęgniarskiej i należytej obsługi,
   4) prowadzenie dokumentacji w sposób staranny i zgodny z obowiązującymi przepisami,
   5) kierowanie chorych na leczenie uzdrowiskowe,
   6) orzekanie o stanie zdrowia,
   7) udzielanie informacji o stanie zdrowia chorych osobom upoważnionym przez pacjentkę,
   8) stałe podnoszenie kwalifikacji personelu medycznego pracującego w oddziale,
   9) dbałość o racjonalne wykorzystanie łóżek,
   10) zapewnienie chorym bezpieczeństwa,
   11) prowadzenie szkoleń i dokształcania pracowników medycznych,
   12) przestrzeganie standardów, procedur i instrukcji obowiązujących w szpitalu,
   13) realizacja programów zdrowotnych i promocja zdrowia,
   14) utrzymywanie oddziału w należytym stanie sanitarno – higienicznym i porządkowym,
   15) utrzymywanie w należytym stanie aparatury medycznej oraz sprzętu medycznego i gospodarczego znajdującego się w oddziale,
   16) składanie bieżących zapotrzebowań oddziału na środki i aparaturę niezbędną do prawidłowego funkcjonowania oddziału,
   17) udzielanie konsultacji z zakresu ginekologii dla pacjentek innych oddziałów Szpitala.
2. W swojej działalności Oddział Ginekologiczno – Położniczy współdziała z Blokiem Operacyjnym.
3. Na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 czerwca 2023 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz. U. z 2023 r., poz. 1324) ustala się wskaźniki w zakresie opieki okołoporodowej oraz sposób ich monitorowania w Szpitalu Średzkim Serca Jezusowego Sp. z o.o.

I. Wskaźniki opieki okołoporodowej dla szpitala:
   - liczba porodów,
   - odsetek cięć cesarskich,

- odsetek porodów operacyjnych drogą pochwową,
- odsetek stymulacji i indukcji porodów,
- odsetek nacięć krocza,
- wskaźnik umieralności okołoporodowej noworodków,
- odsetek noworodków karmionych naturalnie lub mlekiem odciągniętym w dniu wypisu,
- odsetek noworodków nieszczepionych z powodu braku zgody rodziców na szczepienie,
- odsetek noworodków zbadanych w ramach przesiewowego badania słuchu i skierowanych do dalszej diagnostyki,
- liczba noworodków dokarmianych sztucznym pokarmem względem liczby żywo urodzonych noworodków rocznie,

II. Wskaźniki opieki okołoporodowej dla poradni:

- odsetek pacjentek z przygotowanym planem porodu,
- odsetek ciężarnych, które wybrały położną POZ.

Ocena wskaźników dokonywana jest raz w roku po zakończeniu okresu rozliczeniowego. Dział Świadczeń Zdrowotnych i Statystyki Medycznej we współpracy z Koordynatorem Oddziału Ginekologiczno-Położniczego i Noworodkowego oraz Pielęgniarkami Oddziałowymi sporządza analizę wskaźników do końca lutego za rok poprzedni. Analiza przekazywana jest Dyrektorowi ds. Medycznych i Zarządowi Szpitala.

§ 34.

1. Do zadań Oddziału Noworodkowego należy w szczególności:
   1) opieka medyczna nad noworodkiem chorym i zdrowym,
   2) rooming–in z zapewnieniem bezpieczeństwa fizycznego i epidemiologicznego,
   3) szybka i pełna diagnostyka oraz terapia schorzeń okresu noworodkowego, w tym resuscytacja krążeniowo – oddechowa,
   4) zapewnienie rodzicom wyczerpującej informacji o stanie zdrowia dziecka oraz możliwości odwiedzin i karmienia piersią,
   5) prowadzenie dokumentacji w sposób staranny i zgodny z obowiązującymi przepisami,
   6) stałe podnoszenie kwalifikacji personelu medycznego pracującego w oddziale,

7) prowadzenie szkoleń i dokształcania pracowników medycznych,

8) przestrzeganie standardów, procedur i instrukcji obowiązujących w szpitalu,

9) realizacja programów zdrowotnych i promocja zdrowia,

10) utrzymywanie oddziału w należytym stanie sanitarno – higienicznym i porządkowym,

11) utrzymywanie w należytym stanie aparatury medycznej oraz sprzętu medycznego i gospodarczego znajdującego się w oddziale,

12) składanie bieżących zapotrzebowań oddziału na środki i aparaturę niezbędną do prawidłowego funkcjonowania oddziału.

§ 35.

1. Do zadań Oddziału Dziecięcego należy w szczególności:

1) zbadanie każdego nowo przyjętego chorego oraz ustalenie rozpoznania i kierunku leczenia,

2) leczenie chorych zgodnie z postępem wiedzy lekarskiej,

3) zapewnienie chorym przebywającym w oddziale całodobowej opieki lekarskiej, pielęgniarskiej i należytej obsługi,

4) prowadzenie dokumentacji w sposób staranny i zgodny z obowiązującymi przepisami,

5) kierowanie chorych na leczenie uzdrowiskowe,

6) orzekanie o stanie zdrowia pacjentów,

7) udzielanie informacji o stanie zdrowia choremu lub osobom upoważnionym,

8) stałe podnoszenie kwalifikacji personelu medycznego pracującego w oddziale,

9) dbałość o racjonalne wykorzystanie łóżek,

10) prowadzenie szkoleń i dokształcania pracowników medycznych,

11) przestrzeganie standardów, procedur i instrukcji obowiązujących w szpitalu,

12) realizacja programów zdrowotnych i promocja zdrowia,

13) utrzymywanie oddziału w należytym stanie sanitarno – higienicznym i porządkowym,

14) utrzymywanie w należytym stanie aparatury medycznej oraz sprzętu medycznego i gospodarczego znajdującego się w oddziale,

15) składanie bieżących zapotrzebowań oddziału na środki i aparaturę niezbędną do prawidłowego funkcjonowania oddziału,

16) udzielanie konsultacji w zakresie chorób dziecięcych dla pacjentów innych oddziałów Szpitala.

§ 36.

1. Do zadań Oddziału Onkologii Klinicznej należy w szczególności:

   1) zbadanie każdego nowo przyjętego chorego oraz ustalenie rozpoznania i kierunku leczenia,

   2) leczenie chorych zgodnie z postępem wiedzy lekarskiej,

   3) zapewnienie chorym przebywającym w oddziale całodobowej opieki lekarskiej; pielęgniarskiej i należytej obsługi,

   4) prowadzenie dokumentacji w sposób staranny i zgodny z obowiązującymi przepisami,

   5) kierowanie chorych na leczenie uzdrowiskowe,

   6) orzekanie o stanie zdrowia pacjentów,

   7) udzielanie informacji o stanie zdrowia chorego osobom upoważnionym przez pacjenta,

   8) stałe podnoszenie kwalifikacji personelu medycznego pracującego w oddziale,

   9) dbałość o racjonalne wykorzystanie łóżek,

   10) zapewnienie chorym bezpieczeństwa,

   11) prowadzenie szkoleń i dokształcania pracowników medycznych,

   12) przestrzeganie standardów, procedur i instrukcji obowiązujących w szpitalu,

   13) realizacja programów zdrowotnych i promocji zdrowia,

   14) utrzymywanie oddziału w należytym stanie sanitarno –higienicznym i porządkowym,

   15) utrzymywanie w należytym stanie aparatury medycznej oraz sprzętu medycznego i gospodarczego znajdującego się w oddziale,

   16) składanie bieżących zapotrzebowań oddziału na środki i aparaturę niezbędną do prawidłowego funkcjonowania oddziału,

   17) udzielanie konsultacji z zakresu Onkologii Klinicznej dla pacjentów innych oddziałów Szpitala.

2. W swojej działalności Oddział Onkologii Klinicznej współpracuje z Blokiem Operacyjnym oraz Pracownią Endoskopową:

   1) Diagnostyka i leczenie nowotworów złośliwych jelita grubego, zgodnie z obowiązującą wiedzą oraz w ramach czasowych i organizacyjnych przewidzianych w programie Diagnostyki i Leczenia,

   2) Działania profilaktyczne i kierowanie na badania mające za zadanie wczesne wykrycie nowotworu złośliwego u pacjentów, u których w toku pobytu, nie stwierdzono występowania zmian nowotworowych,

3) Nadzór nad pacjentem operowanym z powodu nowotworu złośliwego: skierowanie na badania monitorujące w kierunku wznowy procesu nowotworowego,

4) Udzielanie porad w zakresie psychoonkologii, dietetyki, obsługi stomii.

§ 37.

Do zadań Oddziału Medycyny Paliatywnej należy w szczególności:

1) zapewnienie całodobowego dostępu do świadczeń lekarskich i pielęgniarskich przez 7 dni w tygodniu (także w niedzielę i święta),

2) zapewnienie całodobowej opieki pielęgniarskiej,

3) leczenie bólu i innych objawów somatycznych,

4) zapewnienie opieki psychologicznej,

5) zapewnienie rehabilitacji,

6) zapobieganie powikłaniom,

7) zapewnienie badań zleconych przez lekarza oddziału Medycyny Paliatywnej,

8) zaopatrzenie w wyroby medyczne niezbędne pacjentom oddziału,

9) pomoc w rozwiazywaniu problemów społecznych,

10) zaspokojenie potrzeb duchowych,

11) zbadanie każdego nowo przyjętego chorego oraz ustalenie sposobu opieki,

12) prowadzenie dokumentacji w sposób staranny i zgodny z obowiązującymi przepisami,

13) udzielanie informacji o stanie zdrowia chorego osobom upoważnionym przez pacjenta,

14) stałe podnoszenie kwalifikacji personelu medycznego pracującego w oddziale,

15) prowadzenie szkoleń i dokształcania pracowników medycznych,

16) przestrzeganie standardów, procedur i instrukcji obowiązujących w szpitalu,

17) utrzymywanie oddziału w należytym stanie sanitarno –higienicznym i porządkowym,

18) utrzymywanie w należytym stanie aparatury medycznej oraz sprzętu medycznego i gospodarczego znajdującego się w oddziale,

19) składanie bieżących zapotrzebowań oddziału na środki i aparaturę niezbędną do prawidłowego funkcjonowania oddziału,

20) udzielanie konsultacji z zakresu medycyny paliatywnej dla pacjentów innych oddziałów Szpitala,

21) zapewnienie chorym bezpieczeństwa,

22) współpraca z innymi jednostkami np. stowarzyszeniami.

§ 38.

Do obowiązków Bloku Operacyjnego należy w szczególności całodobowa gotowość do wykonywania zabiegów operacyjnych.

§ 39.

Do zadań Apteki Szpitalnej należy w szczególności zaopatrywanie komórek organizacyjnych Szpitala w leki, sprzęt jednorazowy, artykuły sanitarne i materiały opatrunkowe, środki dezynfekcyjne - zgodnie z wytycznymi nadzoru farmaceutycznego.

§ 40.

Do zadań Centralnej Sterylizatorni należy w szczególności:

1) zapewnienie prawidłowego wykonywania procesów mycia, dezynfekcji, pakowania, sterylizacji,

2) odbiór i transport materiałów przeznaczonych do sterylizacji oraz dystrybucja do komórek organizacyjnych materiałów po sterylizacji.

§ 41.

1. Do zadań poradni specjalistycznych, nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, pracowni endoskopii należy w szczególności:

   1) udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych zgodnie z zasadami współczesnej wiedzy medycznej, obowiązującymi procedurami i standardami medycznymi oraz zakresem porad dla danej specjalności,

   2) współpraca z komórkami organizacyjnymi Szpitala w zakresie niezbędnym do prawidłowego funkcjonowania Szpitala,

   3) prowadzenie, przechowywanie i udostępnianie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami.

   4) przestrzeganie standardów, procedur i instrukcji obowiązujących w szpitalu.

2. W ramach zakresu poradni specjalistycznych wyróżnić należy poradnie finansowane ze środków publicznych oraz zorganizowane przez szpital w ramach działalności komercyjnej.

3. Zadania z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (poradnia lekarza rodzinnego) realizuje zespół podstawowej opieki zdrowotnej.

   1) W skład zespołu POZ wchodzą: lekarz POZ, pielęgniarka POZ,

2) Pracę zespołu POZ koordynuje lekarz POZ, który rozstrzyga o sposobie planowania i realizacji postępowania diagnostyczno-leczniczego nad pacjentem,

3) Lekarz POZ planuje i realizuje opiekę lekarską, w zakresie działań mających na celu zachowania zdrowia, profilaktykę czy rozpoznawanie i leczenie chorób oraz rehabilitację pacjenta. Lekarz poradni POZ pełni rolę koordynatora opieki nad pacjentem, współpracuje z innymi pracownikami medycznymi, takimi jak pielęgniarki czy położne, oraz organizuje dalszą opiekę specjalistyczną, jeśli jest to konieczne,

4) Pielęgniarka poradni POZ planuje i realizuje opiekę pielęgniarską pacjenta i jego rodziny, w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki chorób, świadczeń pielęgnacyjnych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych,

5) Praca zespołu poradni POZ polega na stałej wymianie informacji o pacjencie, dotyczącą w szczególności rozpoznawania, sposobu leczenia, rokowań, ordynowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych, w tym okresu ich stosowania i sposobu dawkowania, oraz wyznaczonych wizyt, udzielonych i zaplanowanych świadczeń opieki zdrowotnej, w tym w innych niż podstawowa opieka zdrowotna zakresach świadczeń opieki zdrowotnej. Zespół POZ podejmuje wspólne działania w zakresie niezbędnym do zachowania zdrowia, profilaktyki, rozpoznania i leczenia chorób, pielęgnowania oraz rehabilitacji pacjentów,

6) Zespół poradni POZ stale współpracuje z pielęgniarką środowiskową nauczania i wychowania lub higienistką szkolną, która polega na udzielaniu porad, przekazywaniu informacji o pacjencie oraz podejmowaniu wspólnych działań w celu zachowania zdrowia i profilaktyki chorób, rozpoznawania i leczenia chorób oraz rehabilitacji pacjenta a także z położnymi środowiskowymi działającymi na terenie gminy,

7) Zespół poradni POZ i jej członkowie również współpracują z innymi podmiotami tj.:

- osobami udzielającymi świadczeń specjalistycznych, która polega na udzielaniu porad, przekazywaniu informacji oraz podejmowaniu wspólnych działań w celu zachowania zdrowia i profilaktyki, rozpoznawania i leczenia chorób oraz rehabilitacji pacjentów,
- przedstawicielami organizacji i instytucji działających na rzecz zdrowia oraz administracji publicznej, a także z dyrektorami szkół oraz innych placówek np. młodzieżowe ośrodki wychowawcze, młodzieżowe ośrodki socjoterapii czy specjalne ośrodki szkolno-wychowawcze, która polega na podejmowaniu wspólnych działań w celu zachowania zdrowia i profilaktyki chorób, w tym również promocji i edukacji zdrowia oraz identyfikacji ryzyka oraz zagrożeń zdrowotnych.

8) Wszystkie informacje otrzymane od współpracujących placówek, dotyczące pacjenta, przekazane na piśmie, są dołączane do jego dokumentacji medycznej, natomiast te przekazane ustnie, są w niej odpowiednio odnotowywane.

9) Praca zespołu w poradni Podstawowej Opieki Zdrowotnej zapewnia pacjentom kompleksową opiekę zdrowotną na poziomie podstawowym, zgodną z zasadami ciągłości opieki, dostępności, efektywności i jakości. Zespół POZ działa w sposób zorganizowany i skoordynowany i zapewnia najwyższy standard opieki zdrowotnej. Aby zapewnić wysoką jakość opieki regularnie monitorowane jest m.in. zadowolenie pacjentów – ankiety analizowane są raz w roku oraz realizację zaleceń medycznych przez pacjentów.

10) Działania pracy w poradni POZ są zorganizowane w sposób zrównoważony i zgodny z obowiązującymi przepisami prawa, mają na celu zarówno leczenie, jak i profilaktykę zdrowotną wszystkich pacjentów. Zespół poradni POZ regularnie uczestniczy w szkoleniach i kursach podnoszących kwalifikacje zawodowe.

§ 42.

1. Do zadań Laboratorium Analitycznego należy w szczególności:

1) wykonywanie badań diagnostycznych i analitycznych pacjentom hospitalizowanym w Szpitalu oraz osobom ze skierowaniem, na podstawie podpisanych umów oraz osobom bez skierowania za odpłatnością,

2) współpraca z komórkami organizacyjnymi Szpitala zakresie niezbędnym do jego prawidłowego funkcjonowania,

3) prowadzenie, przechowywanie i udostępnianie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami,

4) prowadzenie i nadzór nad magazynem materiałów i odczynników diagnostycznych,

5) tworzenie planów zakupów materiałów i odczynników diagnostycznych oraz wnioskowanie o ich zakup,

6) prawidłowe gospodarowanie zapasami w zakresie materiałów i odczynników diagnostycznych,

7) przestrzeganie standardów, procedur i instrukcji obowiązujących w szpitalu.

§ 43.

1. Do zadań Działu Diagnostyki Obrazowej i Elektrodiagnostyki należy w szczególności:

1) wykonywanie badań diagnostycznych obrazowych pacjentom hospitalizowanym w Szpitalu oraz osobom ze skierowaniem, na podstawie podpisanych umów oraz osobom bez skierowania za odpłatnością,

2) współpraca z komórkami organizacyjnymi Szpitala zakresie niezbędnym do jego prawidłowego funkcjonowania,

3) prowadzenie, przechowywanie i udostępnianie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami,

4) prowadzenie archiwum dokumentacji Działu,

5) tworzenie planów zakupów materiałów diagnostycznych oraz wnioskowanie o ich zakup,

6) prawidłowe gospodarowanie zapasami w zakresie materiałów diagnostycznych,

7) przestrzeganie standardów, procedur i instrukcji obowiązujących w szpitalu.

§ 44.

1. Do zadań Ośrodka Usprawniania Leczniczego należy w szczególności:

1) udzielanie świadczeń z zakresu rehabilitacji i fizjoterapii zgodnie z zasadami współczesnej wiedzy medycznej, obowiązującymi procedurami i standardami medycznymi pacjentom hospitalizowanym w Szpitalu oraz osobom ze skierowaniem, na podstawie podpisanych umów oraz osobom bez skierowania za odpłatnością,

2) weryfikowanie i dokonywanie zmian w zakresie rodzaju i liczby poszczególnych zabiegów w cyklu zabiegów przez specjalistę z zakresu fizjoterapii,

3) udzielanie konsultacji dla pacjentów objętych działalnością Szpitala,

4) współpraca z komórkami organizacyjnymi Szpitala w zakresie niezbędnym do prawidłowego funkcjonowania Szpitala,

5) prowadzenie, przechowywanie i udostępnianie dokumentacji medycznej zgodnie zobowiązującymi przepisami,

6) przestrzeganie standardów, procedur i instrukcji obowiązujących w szpitalu.

§ 45.

1. Do zadań Przyszpitalnej Szkoły Rodzenia należy w szczególności:

1) edukacja kobiet w ciąży,

2) przygotowanie rodziców do opieki nad noworodkiem.

§ 46.

Obsługa księgowa, administracyjna, techniczna i gospodarcza Szpitala prowadzona jest przez następujące komórki organizacyjne Szpitala, podległe bezpośrednio Zarządowi Szpitala:

1) Biuro Zarządu: sekretariat

2) Samodzielne stanowiska pracy,

3) Dział Kadr i Płac, w strukturach którego funkcjonuje Specjalista ds. BHP,

4) Dział Finansowo-Księgowy: księgowość, płace, kasa,

5) Dział Świadczeń Zdrowotnych i Statystyki Medycznej,

6) Dział Inwestycji i Eksploatacji: składnica akt, sprzątanie, pracownik ds. utrzymania czystości,

7) Dział Zaopatrzenia,

8) Dział IT

§ 47.

1. Do zadań Biura Zarządu należy w szczególności:

1) współorganizowanie posiedzeń organów Spółki – Zarządu, Rady Nadzorczej, Zgromadzenia Wspólników oraz prowadzenie obsługi organów Spółki we właściwym zakresie,

2) prowadzenie ewidencji obowiązujących Uchwał Rady Nadzorczej, Zgromadzenia Wspólników,

3) prowadzenie spraw zleconych przez Zarząd, w szczególności tworzenie projektów pism, korespondencji i dokumentów, przepisywanie ich oraz zbieranie i gromadzenie informacji,

4) przygotowywanie projektów oraz weryfikacja projektów wewnętrznych aktów prawnych regulujących funkcjonowanie spółki,

5) prowadzenie rejestru i rozpowszechnianie wewnętrznych aktów prawnych regulujących funkcjonowanie spółki,

6) ewidencja oryginałów aktów normatywnych Szpitala,

7) sporządzanie dokumentów do podpisu,

8) inicjowanie, koordynowanie, kontrolowanie i wspieranie przedsięwzięć związanych z podnoszeniem jakości świadczonych usług medycznych,

9) przyjmowanie wniosków i roszczeń związanych z ubezpieczeniem od odpowiedzialności cywilnej i majątku szpitala, prowadzenie związanych z tym postępowań

wyjaśniających i korespondencji oraz przekazywanie we właściwym terminie stosownej dokumentacji brokerowi lub firmie ubezpieczeniowej,

10) opracowywanie niezbędnych dokumentów dotyczących ubezpieczenia majątkowego i Odpowiedzialności Cywilnej szpitala, współpraca w tym zakresie z innymi komórkami organizacyjnymi,

11) prowadzenie dokumentacji skarg i wniosków oraz odpowiedniej korespondencji związanej z ich wyjaśnianiem,

12) prowadzenie różnej korespondencji wewnętrznej i zewnętrznej w zakresie działalności szpitala,

13) odpowiedzialność za opracowanie i wdrażanie działań budujących pozytywny wizerunku szpitala oraz kulturę organizacyjną,

14) udzielanie informacji interesantom i kierowanie ich do właściwych komórek organizacyjnych,

15) bieżący wydruk identyfikatorów pracowników Szpitala,

16) aktualizowanie strony internetowej Szpitala,

17) planowanie i organizowanie szkoleń wewnątrzzakładowych,

18) planowanie, organizowanie i kierowanie pracowników na szkolenia organizowane poza zakładem pracy.

2. Do zadań Sekretariatu należy w szczególności:

1) odbieranie telefonów, udzielanie odpowiedzi w rutynowych sprawach, przyjmowanie wiadomości telefonicznych lub kierowanie telefonów do odpowiedniej osoby,

2) udzielanie informacji interesantom i kierowanie ich do właściwych komórek organizacyjnych,

3) umawianie terminów i prowadzenie kalendarza spotkań Zarządu,

4) organizacja spotkań Zarządu z interesantami i ich gośćmi,

5) przygotowanie i organizacja wyjazdów służbowych Zarządu,

6) ewidencja korespondencji i przesyłek przychodzących; ewidencja korespondencji i przesyłek wychodzących z Zarządu,

7) wysyłanie pism Zarządu,

8) nadawanie i przyjmowanie wszelkich wpływających informacji, korespondencji, fax, poczta elektroniczna – obowiązek jej odbioru i przekazania odpowiednim osobom,

9) dekretacja poczty.

§ 48.

1. Do zadań Działu Finansowo-Księgowego należy w szczególności:
   1) prowadzenie ksiąg rachunkowych,
   2) ewidencja operacji gospodarczych w księgach rachunkowych w oparciu o prawidłowe dowody księgowe, sprawdzone pod względem merytorycznym, rachunkowym oraz zatwierdzone przez upoważnione osoby,
   3) terminowe otwieranie i zamykanie ksiąg rachunkowych, w szczególności przy zmianach formy prawnej, likwidacji, zatwierdzeniu sprawozdania finansowego,
   4) stosowanie w sposób ciągły przyjętych zasad prowadzenia rachunkowości celem porównywalności sporządzanej sprawozdawczości,
   5) wycena składników aktywów i pasywów na podstawie rzeczywistych kosztów ich nabycia (cen) z zachowaniem zasad ostrożnej wyceny,
   6) prawidłowe ewidencjonowanie środków pieniężnych w ramach zespołu kont „1 – środki pieniężne i rachunki bankowe" oraz prowadzenie kasy Szpitala – przyjmowanie i wypłacanie gotówki, transport gotówki z banku i do banku z zapewnieniem należytej ochrony wartości pieniężnych i przestrzeganiem zasad rozliczeń pieniężnych,
   7) prowadzenie ewidencji kont „2 – rozrachunki i roszczenia" z uwzględnieniem: rozrachunków z tytułu należności za sprzedaż usług, jak i należnych odsetek za zwłokę, kar, odszkodowań; rozrachunków z tytułu zobowiązań związanych z zakupem materiałów, towarów i usług; rozrachunków publicznoprawnych z tytułu: podatków od towarów i usług, podatku dochodowego od osób prawnych i fizycznych, podatku od nieruchomości, składek na fundusz emerytalny, rentowy, chorobowy, zdrowotny, wypadkowy i fundusz pracy oraz PFRON; rozrachunków z pracownikami z tytułu wynagrodzeń, a także pozostałych rozrachunków z pracownikami uwzględniając rozliczenie delegacji, ryczałtów oraz pobranych zaliczek,
   8) ewidencjonowanie dokumentów księgowych – faktur związanych z zakupem materiałów na kontach zespołu „3 – materiały i towary", określanie wielkości dostaw niefakturowanych oraz materiałów w drodze,
   9) rozliczanie rejestru zakupów usług obcych oraz kontrolowanie terminowego regulowania zobowiązań z tego tytułu zgodnie z obowiązującymi zasadami,
   10) rozliczanie kosztów w układzie rodzajowym i funkcjonalnym zgodnie z ustalonym planem kont oraz możliwością sporządzenia obowiązującej sprawozdawczości,

11) księgowanie kosztów według typów działalności z uwzględnieniem: kosztów działalności podstawowej dla ośrodków podstawowych; kosztów działalności pomocniczej dla ośrodków usługowych; kosztów zarządu,

12) aktualizacja wartości należności z uwzględnieniem stopnia prawdopodobieństwa ich zapłaty przez dokonanie odpisów aktualizujących; (w przypadku należności z tytułu świadczeń medycznych we współpracy z Dyrektorem ds. Medycznych),

13) prowadzenie ewidencji przychodów i kosztów finansowych oraz pozostałych przychodów i kosztów operacyjnych zgodnie z przyjętymi zasadami rachunkowości,

14) prawidłowe określanie i ewidencjonowanie kapitału zakładowego, kapitału zapasowego,

15) prowadzenie ewidencji i rozliczanie Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych oraz ustalanie planu dochodów Funduszu,

16) ustalanie sald z kontrahentami,

17) ewidencja dokumentacji środków trwałych oraz wartości niematerialnych i prawnych z uwzględnieniem ich umorzenia i amortyzacji według przyjętego planu amortyzacji,

18) prowadzenie ewidencji inwestycji rozpoczętych związanych z niezakończoną budową, montażem lub przekazaniem do używania lub ulepszeniem już istniejącego środka trwałego,

19) wycena majątku trwałego i obrotowego, w tym dokonywanie stosownych aktualizacji tego majątku zgodnie z obowiązującymi przepisami,

20) prowadzenie ewidencji pozabilansowej rzeczowego majątku trwałego zaliczanego do tzw. wyposażenia,

21) analizowanie zużycia oraz stanów magazynowych środków obrotowych z uwzględnieniem rotacji zapasów w dniach,

22) przeprowadzanie inwentaryzacji składników majątkowych Szpitala zgodnie z opracowanym planem inwentaryzacji na dany rok oraz sporządzanie wykazu różnic inwentaryzacyjnych,

23) ewidencjonowanie zakupu środków trwałych oraz środków trwałych w budowie,

24) sporządzanie miesięcznych, kwartalnych i rocznych informacji finansowych na potrzeby Zarządu i Rady Nadzorczej,

25) sporządzanie sprawozdań finansowych z uwzględnieniem w sprawozdaniu rocznym: bilansu, rachunku zysków i strat, rachunku przepływów pieniężnych, zestawienia zmian w kapitale, informacji dodatkowej,

26) sporządzanie planu finansowego Szpitala oraz opracowywanie informacji i analiz ekonomicznych z jego wykonania, a także wniosków w sprawie zmiany tych planów,

27) współudział w przygotowywaniu ofert na świadczenie usług zdrowotnych w ramach postępowań konkursowych prowadzonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia oraz inne podmioty,

28) współudział w zakresie końcowego rozliczania umów z Narodowym Funduszem Zdrowia przy współudziale innych, właściwych komórek organizacyjnych Szpitala,

29) sporządzanie wypłaty wynagrodzeń i zasiłków,

30) dokonywanie zgłoszeń do ubezpieczeń społecznych i zdrowotnych pracowników i zleceniobiorców Szpitala oraz członków rodzin, a także dokonywanie stosownych rozliczeń składek zgodnie z obowiązującymi przepisami,

31) zgłaszanie zmian danych o osobach ubezpieczonych, członkach ich rodzin i płatnika,

32) wystawianie zaświadczeń o pobieraniu zasiłków chorobowych, wysokości zarobków i zatrudnieniu,

33) pełna realizacja zadań dotycząca ubezpieczeń społecznych i zdrowotnych,

34) dokonywanie rozliczeń składek i wypłaconych świadczeń oraz sporządzanie i przesyłanie kompletów dokumentów do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych,

35) naliczanie miesięcznych zaliczek na podatek dochodowy od osób fizycznych oraz roczne rozliczenie pracownika – PIT oraz roczne rozliczanie podatku dochodowego od osób fizycznych PIT 4R,

36) sporządzanie rozliczeń, analiz i sprawozdań dotyczących funduszu płac, w tym sprawozdań GUS z zakresu zatrudnienia i funduszu wynagrodzeń,

37) przestrzeganie ustawowej gwarancji ochrony danych osobowych i płacowych pracowników,

38) przygotowywanie dokumentów do naliczania kapitału początkowego wraz z odpowiednią dokumentacją dla obecnych i byłych pracowników Szpitala.

§ 49.

1. Do zadań Działu Kadr i Płac należy w szczególności:

1) prognozowanie potrzeb kadrowych szpitala,

2) realizacja polityki kadrowej we współdziałaniu z kierownikami poszczególnych komórek organizacyjnych Szpitala – planowanie i koordynacja prawidłowego dopływu, doboru, rozmieszczenia i wykorzystania kadr,

3) prowadzenie pełnej dokumentacji osobowej zatrudnionych pracowników zgodnie z rozporządzeniem (akta osobowe),

4) prowadzenie spraw dotyczących: zatrudniania, przeszeregowania, wynagrodzenia, karania, rozwiązania stosunku pracy, przesunięć pracowników,

5) prowadzenie ewidencji spraw związanych z czasową niezdolnością i nieobecnością pracowników w pracy (zwolnienia lekarskie, urlopy wypoczynkowe, okolicznościowe, itp.),

6) występowanie do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o wydanie decyzji dotyczącej przedłużenia zwolnienia lekarskiego,

7) załatwianie formalności związanych z wnioskami pracowników o przejście na rentę lub emeryturę zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami,

8) sporządzanie analiz i sprawozdań statystycznych z zakresu spraw kadrowych,

9) wystawianie pracownikom świadectw pracy oraz innych zaświadczeń dotyczących zatrudnienia i wynagrodzenia,

10) prowadzenie pełnej dokumentacji wymaganej do zawierania umów cywilnoprawnych na świadczenia medyczne w oparciu o obowiązujące w tym zakresie przepisy,

11) odpowiedzialność za realizację regulaminów, zarządzeń wewnętrznych organizujących pracę Szpitala oraz zadań z zakresu BHP, ochrony środowiska odpowiednio do zajmowanego stanowiska pracy,

12) przestrzeganie ustawowej gwarancji ochrony danych osobowych i płacowych pracowników,

13) przygotowywanie dokumentów do naliczania kapitału początkowego wraz z odpowiednią dokumentacją dla obecnych i byłych pracowników Szpitala,

14) prowadzenie dokumentacji odnośnie do innych form zatrudnienia m.in. kontraktów, umów zleceń, umów o dzieło".

§ 50.

1. Do zadań Działu Świadczeń Zdrowotnych i Statystyki Medycznej należy w szczególności:

1) przygotowywanie ofert na świadczenia zdrowotne realizowane przez spółkę,

2) nadzorowanie i rejestrowanie usług w programach informatycznych służących do rozliczeń z Narodowym Funduszem Zdrowia,

3) rozliczanie umów, aneksów i ugód z Wielkopolskim Oddziałem Wojewódzkim NFZ w Poznaniu,

4) Prowadzenie ewidencji umów z Narodowym Funduszem Zdrowia,

5) Obsługa Systemu Zarządzania Obiegiem Informacji w zakresie:

- aktualizacji personelu, sprzętu, podwykonawców,
- aktualizacji potencjału -struktury organizacyjnej zakładu,
- sporządzania wniosków o wcześniejsze rozliczenia świadczeń,
- sporządzenia wniosków o indywidualne rozliczanie pacjentów,
- sporządzania wniosków o ustalenie konta bankowe do rozliczenia umów,
- nadawanie i uprawnień personelu do sytemu Ewuś,
- generowanie raportów statystycznych z udzielonych świadczeń,
- wystawianie faktur za świadczenia,
- rejestrowanie umów na podwykonawstwo,
- zmiany harmonogramów komórek organizacyjnych,
- sprawozdawanie elektroniczne raportów zbiorczych i deklaracji POZ, kolejek oczekujących,
- analizowanie i korekta świadczeń oznaczonych w SZOI jako błędne.

6) informowanie kierowników komórek organizacyjnych o wszelkich zmianach dotyczących realizacji umów z NFZ,

7) Nadzór nad prawidłową realizacją zapisów umów kontraktowych zawartych z NFZ (zgodnie z Ogólnymi Warunkami Umów i Zarządzeniami Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.,

8) monitorowanie i analizowanie realizacji umów z NFZ,

9) przygotowywanie do NFZ wniosków o przesunięcia środków pomiędzy umowami lub zakresami oraz wnioskowanie o rozliczenia świadczeń nielimitowanych,

10) analiza rozliczeń pacjentów przy pomocy programów informatycznych (Eskulap, SGA),

11) nadzór nad prowadzeniem elektronicznej księgi głównej szpitala, prowadzenie spraw związanych z ruchem chorych, przygotowywanie dziennego zastawienia przyjęć i wypisów,

12) przekazywanie do WCO w Poznaniu kart zgłoszenia nowotworu złośliwego MZ/N-1a,

13) sporządzanie i przesyłanie raportów dotyczących kart leczenia szpitalnego Mz/Szp-11,

14) obsługa Centralnej Bazy Endoprotezoplastyki,

15) sporządzanie w wersji elektronicznej sprawozdań dotyczących urodzeń,

16) Prowadzenie spraw związanych z archiwizowaniem bieżącej dokumentacji medycznej oraz jej udostępnianiem podmiotom i organom uprawnionym na podstawie odrębnych przepisów. (NFZ, Policja, ZUS, Sąd, Prokuratura itp.),

17) przechowywanie bieżącej dokumentacji medycznej pacjentów zgodnie z obowiązującymi przepisami,

18) Prowadzenie sprawozdawczości w zakresie wymaganym i niezbędnym przez podmioty uprawnione do ich pozyskania na podstawie odrębnych przepisów oraz udostępnianie właściwym organom analiz, zestawień oraz danych o udzielanych świadczeniach zdrowotnych (GUS, Wielkopolskie Centrum Zdrowia Publicznego itp.) prowadzenie statystyki medycznej,

19) zamawianie, dystrybucja druków medycznych i recept lekarskich,

20) informatyzacja dokumentacji medycznej,

21) przygotowywanie wniosków o wpisy zmian do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą,

22) nadzorowanie i koordynowanie pracy sekretarek medycznych oddziałów szpitalnych,

23) współpraca z Działem Kard oraz Działem Inwestycji i Eksploatacji w zakresie zgłaszania zmian w wykazie personelu i sprzętu medycznego do NFZ,

24) przygotowywanie bieżących analiz z realizowanych świadczeń na zlecenie Zarządu.

§ 51.

1. Do zadań Działu Inwestycji i Eksploatacji należy w szczególności:

1) przygotowanie dokumentacji i prowadzenie spraw z zakresu awarii,

2) przygotowanie i prowadzenie dokumentacji dotyczącej oględzin i przeglądów obiektów budowlanych,

3) nadzór nad funkcjonowaniem magazynów,

4) dostawa mediów;

5) administrowanie siecią telefoniczną,

6) nadzór nad usuwaniem awarii,

7) udzielanie wszechstronnej pomocy komisjom inwentaryzacyjnym,

8) nadzór nad stanem technicznym i wyposażeniem magazynów,

9) organizowanie transportów samochodem służbowym,

10) nadzór nad utrzymaniem porządku wokół szpitala,

11) nadzór na nieruchomościami położonymi przy ul. Kosynierów 2 i Czerwonego Krzyża 10,

12) przygotowanie dokumentacji i prowadzenie spraw z zakresu remontów, zakupów inwestycyjnych oraz inwestycji,

13) prowadzenie składnicy akt,

14) tworzenie warunków organizacyjnych i technicznych przechowywania dokumentacji medycznej oraz jej wykorzystywania zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa,

15) nadzór nad realizowanymi budowami, remontami i przebudowami,

16) prowadzenie dokumentacji technicznej urządzeń medycznych i innych,

17) współpraca z komórkami organizacyjnymi w zakresie opracowywania planów inwestycji i dokumentacji inwestycyjnej,

18) współudział w ewidencji dokumentacji środków trwałych oraz wartości niematerialnych i prawnych z uwzględnieniem ich umorzenia i amortyzacji według przyjętego planu amortyzacji,

19) współudział w prowadzeniu ewidencji pozabilansowej rzeczowego majątku trwałego zaliczanego do tzw. wyposażenia,

20) współudział w ewidencjonowaniu zakupu środków trwałych oraz środków trwałych w budowie,

21) przyjmowanie wniosków i roszczeń związanych z ubezpieczeniem od odpowiedzialności cywilnej i majątku szpitala, prowadzenie związanych z tym postępowań wyjaśniających i korespondencji oraz przekazywanie we właściwym terminie stosownej dokumentacji brokerowi lub firmie ubezpieczeniowej,

22) opracowywanie niezbędnych dokumentów dotyczących ubezpieczenia majątkowego i Odpowiedzialności Cywilnej szpitala, współpraca w tym zakresie z innymi komórkami organizacyjnymi,

23) odpowiedzialność za sprzedaż komercyjną usług medycznych oraz sprzedaż/kupno innych usług (udział w przetargach, przygotowywanie ofert, kalkulacje cenowe i rynkowe, tworzenie i podpisywanie umów itp.),

24) przygotowanie dokumentacji i prowadzenie spraw z zakresu zaopatrzenia Szpitala w materiały, urządzenia, maszyny i narzędzia,

25) zapytania ofertowe,

26) sporządzanie wniosków w ramach Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia.

27) przygotowanie dokumentacji i przeprowadzenie postępowania w zakresie dzierżawy nieruchomości i ruchomości,

28) prowadzenie rejestru umów realizowanych przez Szpital z wyłączeniem umów zawartych z NFZ oraz egzekwowanie sprawozdań z ich realizacji,

29) rejestracja i przygotowywanie umów Szpitala z kontrahentami zewnętrznymi z zakresu usług medycznych,

30) rejestracja i przygotowywanie umów Szpitala z kontrahentami zewnętrznymi,

31) odpowiedzialność za sprzedaż komercyjną usług medycznych oraz sprzedaż/kupno innych usług (udział w przetargach, przygotowywanie ofert, kalkulacje cenowe i rynkowe, tworzenie i podpisywanie umów itp.),

32) prowadzenie zaopatrzenia dla komórek organizacyjnych Szpitala w szczególności w wyroby elektryczne, techniczne i gospodarcze poprzez organizację zakupów, dostaw i odbioru towarów,

33) sprzątanie i dezynfekcja pomieszczeń Szpitala i sprzętu wg Planu Higieny zgodnie z obowiązującymi procedurami, instrukcjami przez pracowników ds. utrzymania czystości.

34) pracownicy ds. utrzymania czystości ściśle współpracują z Pielęgniarką Epidemiologiczną, Zespołem Kontroli ds. Zakażeń Szpitalnych, Pielęgniarkami Oddziałowymi oraz Kierownikami Komórek Organizacyjnych. Pracownicy ds. utrzymania czystości podlegają okresowej kontroli,

35) prowadzenie działań z zakresu ochrony przeciwpożarowej, w tym nadzór nad zgodnością infrastruktury szpitalnej z obowiązującymi przepisami ppoż., współpraca z zewnętrznymi podmiotami w zakresie przeglądów i szkoleń ppoż., inicjowanie i koordynowanie działań prewencyjnych oraz przygotowanie dokumentacji wymaganej przez służby kontrolne.

§ 52.

1. Do zadań Działu Zaopatrzenia należy w szczególności:

   1) zakupy bieżące,

   2) planowanie oraz działalność operacyjna związana z zakupami, magazynowaniem artykułów i urządzeń o charakterze niemedycznym,

   3) nadzór nad polityką magazynową, a w szczególności niedopuszczanie do powstawania nadmiernych i nieuzasadnionych zapasów magazynowych,

4) nadzór nad racjonalnym wykorzystaniem przydzielonych limitów środków materiałowych i finansowych oraz dokonywanie okresowych analiz ich zużycia.

5) przygotowanie dokumentacji i prowadzenie spraw z zakresu zaopatrzenia Szpitala w materiały, urządzenia, maszyny i narzędzia,

6) zapytania ofertowe,

7) sporządzanie wniosków w ramach Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia,

8) prowadzenie zaopatrzenia dla komórek organizacyjnych Szpitala w szczególności w wyroby medyczne jednorazowego użytku, środki czystości, materiały biurowe oraz artykuły spożywcze poprzez organizację zakupów, dostaw i odbioru towarów,

9) sporządzanie w zależności od potrzeb sprawozdań dotyczących realizowanych zakupów, dostaw i odbiorów towarów,

10) kontrolowanie jakości zakupionych towarów w szczególności wyrobów medycznych jednorazowego użytku oraz prowadzenie spraw reklamacyjnych w koniecznych przypadkach,

11) dokonywanie oszacowania wartości zamówień,

12) terminowe rozliczanie zaliczek pieniężnych na zakup towarów, sporządzanie dokumentacji zakupów i opisywanie faktur zgodnie z obowiązującymi zasadami.

§ 53.

1. Do zadań Działu IT należy w szczególności:
   1) administrowanie funkcjonującymi programami informatycznymi, stacjami roboczymi, siecią komputerową,
   2) informatyzacja dokumentacji medycznej,
   3) aktualizowanie strony internetowej szpitala.

Rozdział VII
Warunki współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą

§ 54.

1. Szpital realizując swoje zadania współpracuje z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia pacjentów i ciągłości postępowania.

2. Współpraca z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą odbywa się w ramach podpisanych umów i porozumień oraz właściwych przepisów w przedmiocie świadczeń zdrowotnych.
3. Szpital na bieżąco informuje współpracujące z nim podmioty wykonujące działalność leczniczą o zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz możliwościach diagnostycznych.
4. Szpital przyjmuje pacjentów skierowanych z innych podmiotów leczniczych w zależności od posiadania wolnych miejsc, z wyjątkiem stanów bezpośredniego zagrożenia życia. Przyjęcie następuje po ustaleniu przez kierującego terminu i miejsca z kierownikiem oddziału lub lekarzem pełniącym opiekę lekarską, bądź dyżur medyczny w oddziale.
5. W przypadku konieczności kontynuowania diagnostyki lub leczenia w innym podmiocie leczniczym pacjent kierowany jest na zasadach określonych przepisami prawa.
6. Korzystanie z bazy diagnostycznej innego podmiotu leczniczego możliwe jest na zasadach zawartych w umowach z tymi podmiotami.
7. Materiał biologiczny wysyłany do innych zakładów diagnostycznych jest odpowiednio zabezpieczony, zaś wyniki badań archiwizowany według przyjętych w Szpitalu zasad.
8. Transport sanitarny niezbędny do realizacji świadczeń zdrowotnych w zakresie współdziałania z innymi podmiotami leczniczymi dostępny jest całodobowo na bazie własnej lub na podstawie umowy zawartej z podmiotem zewnętrznym.
9. Szpital może prowadzić szkolenia w zakresie specjalizacji i staży podyplomowych dla pracowników innych podmiotów leczniczych na zasadach określonych przez Ministra Zdrowia i właściwe przepisy.

§ 55.

Za realizację świadczeń wykonywanych w komórkach organizacyjnych wymienionych w ust. 1 § 2 na podstawie zawartych umów pobiera się opłaty według ceny zewnętrznej ustalonej w cenniku, stanowiącym załącznik nr 2 do niniejszego Regulaminu.

Rozdział VIII

Prawa i obowiązki pacjenta

§ 56.

Prawa pacjenta określa szczegółowo załącznik nr 3 do niniejszego Regulaminu.

§ 57.

Pacjent zobowiązany jest do:

1) stosowania się do zaleceń i wskazówek personelu medycznego,

2) nieopuszczania w trakcie hospitalizacji budynku Szpitalu bez wyraźnej zgody lekarza prowadzącego leczenie lub lekarza dyżurnego,

3) przestrzegania bezwzględnego zakazu spożywania alkoholu oraz palenia tytoniu na terenie Szpitala,

4) przestrzegania zasad kultury osobistej i współżycia społecznego,

5) przestrzegania czystości i higieny osobistej oraz porządku w miejscu pobytu,

6) dbałości o rzeczy i mienie Szpitala z których korzysta w trakcie pobytu,

7) zachowania respektującego prawa innych pacjentów,

8) używania odbiorników radiowo – telewizyjnych za zgodą pozostałych pacjentów,

9) niewnoszenia sprzętu elektrycznego wymagającego podłączenia do zewnętrznego źródła zasilania (gniazdka elektryczne),

10) stosowanie się do zaleceń personelu medycznego w przypadku używania telefonów komórkowych.

§ 58.

1. Osoby trzecie przebywające w Szpitalu obowiązuje:

   1) przestrzeganie zasad kultury osobistej i współżycia społecznego,

   2) stosowanie się do zasad porządkowych oddziałów, poleceń personelu medycznego i służb porządkowych.

2. Personel medyczny w przypadkach niestosowania się osób trzecich do zasad określonych powyżej, ma prawo nie wyrazić zgody na przebywanie osoby odwiedzającej w oddziale, jeśli jej obecność może być uciążliwa dla pacjentów przebywających w oddziale.

3. Pacjent ma prawo do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, rozumianej jako opiekę nie polegającą na udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Pacjent ponosi koszty realizacji prawa, o którym mowa powyżej, jeżeli realizacja tego prawa skutkuje kosztami poniesionymi przez Szpital.

4. Zarząd Spółki opracuje i uchwali jednolity dla całego szpitala Regulamin Odwiedzin; ze względu na specyfikę świadczeń każdego oddziału utworzone zostaną oddzielne załączniki w formie Regulaminu dla każdego oddziału.

§ 59.

1. Przedstawiciele mediów wchodzący na teren Szpitala zobowiązani są zgłosić ten zamiar Zarządowi Szpitala.
2. Upoważnionymi do udzielania informacji o działalności jest Zarząd Szpitala bądź inny personel szpitala, za zgodą członków Zarządu.
3. W przypadku zamiaru zbierania informacji lub opinii wśród personelu Szpitala, przedstawiciel mediów zgłasza ten zamiar Zarządowi, który zapewnia im dostęp do informacji w sposób nie kolidujący z działalnością komórek organizacyjnych Szpitala.

§ 60.

W przypadku zagrożenia epidemiologicznego lub ze względu na warunki przebywania innych osób hospitalizowanych w Szpitalu, Zarząd lub koordynator/ordynator oddziału może ograniczyć prawo pacjenta do osobistego kontaktu z osobami z zewnątrz, w tym do sprawowania opieki przę osobę bliską lub inną osobę wskazaną przez pacjenta.

§ 61.

1. Szpital udostępnia dokumentację medyczną osobom pacjentowi, jego przedstawicielowi ustawowemu lub osobie upoważnionej przez pacjenta.
2. Po śmierci pacjenta prawo wglądu w dokumentację medyczną ma osoba upoważniona przez pacjenta za życia lub osoba bliska.
3. Szpital udostępnia dokumentację medyczną również:

   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) medycznym towarzystwom naukowym, uczelniom medycznym, instytutom badawczym, specjalistom poszczególnych dziedzin medycyny, farmacji oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia,

4) ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, sądom, w tym sądom dyscyplinarnym, prokuratorom, lekarzom sądowym i rzecznikom odpowiedzialności zawodowej w związku z prowadzonym postępowaniem,

5) uprawnionym na mocy odrębnych ustaw organom i instytucjom, jeśli badanie zostało przeprowadzone na ich wniosek,

6) organom rentowym oraz zespołom do spraw orzekania o niepełnosprawności, w związku z prowadzonym przez nie postępowaniem,

7) podmiotom prowadzącym rejestry usług medycznych w zakresie niezbędnym do prowadzenia rejestrów,

8) zakładom ubezpieczeń, za zgodą pacjenta,

9) lekarzowi, pielęgniarce lub położnej w związku z prowadzeniem procedury oceniającej Szpital na podstawie przepisów o akredytacji w ochronie zdrowia w zakresie niezbędnym do jej przeprowadzenia.

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

1) do wglądu, w tym także do baz danych w zakresie ochrony zdrowia, w siedzibie Szpitala,

2) poprzez sporządzenie jej wyciągów, odpisów, kopii lub wydruku,

3) poprzez wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, jeżeli uprawniony organ lub podmiot żąda udostępnienia oryginałów tej dokumentacji.

4) Dokumentacja medyczna prowadzona w postaci papierowej może być udostępniona przez sporządzenie kopii w formie odwzorowania cyfrowego (skanu) i przekazana za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej lub na informatycznym nośniku danych.

Wysokość opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej w formie wyciągów, odpisów i kopii określona została w załączniku nr 2 do niniejszego Regulaminu.

Opłaty nie pobiera się w przypadku udostępnienia dokumentacji medycznej pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu po raz pierwszy w żądanym zakresie i w sposób, o którym mowa w art.27 ust.1 pkt 2 i 5 oraz ust.3 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw

Pacjenta, tj. poprzez udostępnienie wyciągu, odpisu, kopii, wydruku; na informatycznym nośniku danych lub w formie odwzorowania cyfrowego (skanu).

§ 62.

1. Pacjenci mają prawo składać skargi i wnioski, które są rozpatrywane i załatwiane według trybu określonego w procedurze BZ/P/01.
2. Przedmiotem skargi lub wniosku może być w szczególności jakość usług medycznych, zaniedbanie lub nienależyte wykonanie zadań przez personel Szpitala.
3. Skargi można składać ustnie, pisemnie, za pomocą poczty elektronicznej. W przypadku zgłoszenia skargi lub wniosku w formie ustnej sporządza się protokół.
4. Skargi pacjenta muszą zawiera co najmniej:
   1) imię i nazwisko (nazwę) wnoszącego,
   2) adres wnoszącego,
   3) podpis wnoszącego skargę/wniosek,
   4) opis przedmiotu skargi/wniosku.

Skargi lub wnioski anonimowe, tzn. nie zawierające imienia i nazwiska oraz adresu wnoszącego, nie będą rozpatrywane.

5. Załatwienie sprawy wymagającej postępowania wyjaśniającego następuje bez zbędnej zwłoki, nie później jednak niż w ciągu miesiąca, a sprawy szczególnie skomplikowanej – nie później, niż w ciągu dwóch miesięcy od dnia złożenia skargi.
6. Prowadzenie postępowania wyjaśniającego koordynuje Sekretariat.
7. Zawiadomienie o sposobie załatwienia skargi zawiera w szczególności:
   1) wskazanie w jaki sposób skarga została załatwiona,
   2) podanie imienia i nazwiska, stanowiska służbowego osoby upoważnionej do załatwienia skargi,
   3) uzasadnienie z podaniem okoliczności faktycznych i w miarę potrzeby, prawnych.

Rozdział IX

Obowiązki Szpitala w razie śmierci pacjenta

§ 63.

W razie śmierci pacjenta:

1) lekarz prowadzący lub lekarz dyżurny obowiązany jest niezwłocznie zawiadomić wskazaną przez niego osobę lub instytucję, przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego,
2) zwłoki osoby, która zmarła w Szpitalu mogą zostać poddane sekcji zwłok, chyba, że osoba ta za życia wyraziła sprzeciw lub uczynił to jego przedstawiciel ustawowy – przepis ten nie dotyczy dokonywania sekcji w sytuacjach: określonych w Kodeksie postępowania karnego i kodeksie karnym wykonawczym oraz w aktach wykonawczych wydanych na ich podstawie; gdy przyczyny zgonu nie można określić w sposób jednoznaczny; gdy zgon pacjenta nastąpił przed upływem 12 godzin od przyjęcia do Szpitala; określonych w przepisach o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi,
3) dokonanie sekcji zwłok nie może nastąpić wcześniej niż po upływie 12 godzin od stwierdzenia zgonu.

§ 64.

Wysokość opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny od osób lub instytucji uprawnionych do pochowania zwłok oraz od podmiotów, na zlecenie których przechowuje się zwłoki w związku z toczącym się postępowaniem karnym, określona jest w załączniku nr 2 niniejszego Regulaminu.

Rozdział X

Monitoring wizyjny

§ 65.

1. Monitoringiem wizyjnym objęty jest:
   - budynek Szpitala zlokalizowany przy ul. Żwirki w Wigury 10 w Środzie Wielkopolskiej,
   - budynek hospicjum zlokalizowany przy ul Lotniczej 56 w Środzie Wielkopolskiej,
   - teren lądowiska.
2. Celem monitoringu wizyjnego jest:
   1) Zwiększenie szeroko rozumianego bezpieczeństwa osób przebywających na terenie Szpitala, hospicjum, w tym w szczególności:
      - ograniczenie zachowań niepożądanych, destrukcyjnych, zagrażających zdrowiu i życiu pacjentów, pracowników Szpitala oraz osób przebywających w budynku Szpitala,
      - rejestracja zdarzeń umożliwiających ustalenie sprawcy szkody lub kradzieży,

- ograniczenie kradzieży i niszczenia mienia będącego własnością Szpitala oraz finansowanego ze środków publicznych.

2) Zapewnienie możliwości obserwacji pacjentów przebywających w salach nadzoru pozneczuleniowego / stanowisku nadzoru pozneczuleniowego.

3) Zapewnienie możliwości obserwacji pacjentów w pokojach łóżkowych, jeżeli jest to konieczne w procesie leczenia pacjentów i dla zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów.

4) Zapewnienie możliwości obserwacji lądowiska szpitalnego oddziału ratunkowego (SOR).

3. Zasady montażu monitoringu

1) Na system monitoringu wizyjnego składają się kamery, rejestratory, monitory, okablowanie. Elementy wchodzące w skład monitoringu wraz z ich lokalizacją oraz obszarem objętym monitoringiem określa załącznik nr 5 do niniejszego regulaminu

2) Wybór miejsc objętych monitoringiem, decyzja o liczbie kamer, parametrach technicznych monitoringu wizyjnego należy do wyłącznej kompetencji zarządu spółki.

3) Zarząd spółki decyduje o zakresie monitoringu wizyjnego oraz jego umiejscowieniu, biorąc pod uwagę między innymi przepisy prawa, ocenę bezpieczeństwa.

4) Montaż elementów składających się na system monitoringu wizyjnego przeprowadzony jest po przeanalizowaniu jego umiejscowienia pod kątem poszanowania prywatności, intymności i godności osób przebywających na terenie Szpitala, w szczególności w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentom.

5) Wszystkie miejsca objęte monitoringiem (miejsca ogólnodostępne oraz sale nadzoru pozneczuleniowego oraz pokoje łóżkowe) są oznakowane poprzez umieszczenie znaków graficznych informujących, że dane miejsce objęte jest monitoringiem. Klauzule informacyjne dotyczące monitoringu rozmieszczone są na tablicach ogłoszeń wewnątrz budynku, stronie internetowej Szpitala oraz stronie BIP Szpitala.

6) Wejście osoby w wyraźnie oznaczoną strefę objętą systemem monitoringu jest równoznaczne z wyrażeniem przez tę osobę zgody na przetwarzanie jej danych w zakresie wizerunku i wykonywanych czynności, jakie zostaną zarejestrowane przez kamery.

7) O potrzebie pobytu pacjenta na monitorowanej sali nadzoru pozneczuleniowego lub monitorowanych pokojach łóżkowych decyduje personel Szpitala biorąc pod uwagę proces leczenia oraz bezpieczeństwo pacjentów.

8) Do zabezpieczenia rejestratorów oraz nośników zawierających obraz stosuje się zapisy zawarte w polityce Bezpieczeństwa Informacji Szpitala oraz procedurach Zintegrowanego Systemu Zarzadzania dotyczące zastosowanych środków technicznych i organizacyjnych.

4. Funkcjonowanie i obsługa monitoringu

1). Monitoring funkcjonuje całodobowo.

2). Rejestracji i zapisowi danych na nośniku podlega tylko obraz z kamer monitoringu. System monitoringu nie rejestruje dźwięku.

3). Wszystkie dane rejestrowane poprzez monitoring są zapisywane na rejestratorze danych i są dostępne przez 14 dni. Po tym terminie dane są automatycznie nadpisywane.

4). Dostęp do zgromadzonych danych posiada wyłącznie Administrator Danych oraz osoby przez niego upoważnione zgodnie z obowiązującą w Szpitalu Polityką Bezpieczeństwa Informacji.

5) Osoby, które mają wgląd w rejestrowany przez monitoring wizyjny obraz zobowiązane są do przestrzegania obowiązujących w Szpitalu procedur Systemu Zarzadzania Bezpieczeństwem Informacji oraz ochrony danych.

6). Nadzór nad systemem monitoringu wizyjnego w Szpitalu od strony technicznej sprawują Informatycy.

7). W uzasadnionych przypadkach, w szczególności, gdy system monitoringu wizyjnego zarejestrował zdarzenia określone w pkt 2 ppkt 1), zapis może zostać przeniesiony na nośnik pamięci. O wszelkich zgłoszonych lub zauważonych nieprawidłowościach należy poinformować IOD.

8). Szpital może zlecić firmom zewnętrznym obsługę monitoringu, badanie poprawności jego działania, dokonywanie napraw, rozbudowę sieci monitoringu.

5. Zabezpieczanie i udostępnianie danych objętych monitoringiem

1) Szpital zabezpiecza zarejestrowane przez monitoring zdarzenia, które zagrażają bezpieczeństwu, życiu i zdrowiu osób przebywających na terenie Szpitala, niszczenia i kradzieży mienia dla celów dowodowych na pisemny wniosek:

a) osób trzecich,

b) organów prowadzących postępowania (np. Policji, ubezpieczyciela),

c) osób obsługujących monitoring.

2) Zabezpieczenie danych z monitoringu polega na ich zarejestrowaniu przez Informatyków na odrębnym nośniku danych, umożliwiającym im powielanie.

3) Nośniki danych zawierające zarejestrowane na wniosek dane powinny być opisane, zabezpieczone i przechowywane przez IOD w wyznaczonym miejscu.

4) Zabezpieczone z monitoringu dane są udostępniane tylko organom prowadzącym postępowanie w sprawie zarejestrowanego zdarzenia.

5) Dane z monitoringu zabezpieczone na wniosek podmiotu uprawnionego są przechowywane przez Szpital przez okres jednego roku od dnia złożenia wniosku lub do czasu zakończenia postępowań lub wyjaśnienia sprawy. Po upływie tego terminu dane są komisyjnie niszczone. Ze zniszczenia sporządzana jest notatka.

Rozdział XI

Wewnętrzny System Zarządzania Jakością i Bezpieczeństwem Pacjenta

§ 66

W Szpitalu Średzkim Serca Jezusowego Sp. z o.o. został wdrożony i jest utrzymywany wewnętrzny system zarządzania jakością i bezpieczeństwem pacjenta zgodny z Ustawą o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta z dnia 16.06.2023 r. (Dz.U. z 2023 r. poz. 1692) oraz zgodny z normą ISO 9001:2015 (systemy zarządzania jakością).

§ 67

1. Na wewnętrzny system zarządzania jakością i bezpieczeństwem pacjenta składają się procedury, standardowe opisy postępowania, instrukcje, w tym dotyczące zarządzania zdarzeniami niepożądanymi, nadzoru nad systemem i oceny jego skuteczności wydane uchwałą Zarządu.

2. Szpital Średzki Serca Jezusowego Sp. z o.o. w ramach wewnętrznego systemu:

- wdrożył rozwiązania służące identyfikacji ryzyka wystąpienia zdarzeń niepożądanych i zarządzaniu tym ryzykiem w ramach udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej w formie rocznego arkusza szacowana ryzyka (F-PJ 6/01),
- identyfikuje obszary priorytetowe dla poprawy jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń zdrowotnych w formie planowania jakości (F-KJ/ 01) oraz w formie mapy procesów (rysunek nr 1),
- określił kryteria i metody potrzebne do zapewnienia skutecznego nadzoru nad jakością i bezpieczeństwem udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej w rysunkach parametry

procesów (podejście procesowe) oraz w rocznym raporcie pomiary i monitorowanie procesów (F-KZ/12),

- okresowo monitoruje i ocenia jakość i bezpieczeństwo udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej w rocznym przeglądzie systemu zarządzania,
- monitoruje zdarzenia niepożądane w systemie Progmedica na podstawie wdrożonej procedury PJ 5 Procedura zgłaszania zdarzeń niepożądanego,
- zapewnia dostęp do szkolenia służącego uzyskaniu i podnoszeniu kompetencji personelu w zakresie jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń,
- prowadzi badania opinii i doświadczeń pacjentów. Zanonimizowane badanie przeprowadza się na podstawie ankiet dostępnych online na stronie www szpitala.

§ 68

Za prowadzenie wewnętrznego systemu zarządzania jakością odpowiedzialny jest Zarząd Szpitala Średzkiego Serca Jezusowego Sp. z o.o.

Rozdział XII

Postanowienia końcowe

§ 69.

1. W sprawach objętych niniejszym Regulaminem, wymagających określenia szczegółowych zasad i trybu postępowania, Zarząd Szpitala wydaje uchwały na podstawie obowiązujących przepisów.
2. Regulamin organizacyjny jest dostępny w formie papierowej w Sekretariacie i na stronie internetowej.

Prezes Zarządu
Paweł Dopierała

Członek Zarządu
Justyna Krüger

18 WRZ. 2026

Spis załączników:

Załącznik nr 1 Schemat Organizacyjny Szpitala

Załącznik nr 2 Cennik

Załącznik nr 3 Karta Praw Pacjenta

Załącznik nr 4 Wykaz liczby łóżek szpitalnych

Załącznik nr 5 Monitoring wizyjny - spis kamer

