Tekst jednolity regulaminu organizacyjnego Specjalistycznego Szpitala Miejskiego im. M. Kopernika w Toruniu

Rozdział I
POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1. Niniejszy Regulamin Organizacyjny podmiotu wykonującego działalność leczniczą, zwany w dalszej części „Regulaminem" określa w szczególności:

1. nazwę firmy,
2. cele i zadania,
3. strukturę organizacyjną podmiotu, w tym przedsiębiorstw,
4. rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych,
5. miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych,
6. przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości tych świadczeń w komórkach organizacyjnych,
7. organizację i zadania poszczególnych komórek organizacyjnych oraz warunki współdziałania tych komórek dla zapewnienia sprawnego i efektywnego funkcjonowania pod względem diagnostyczno-leczniczym, pielęgnacyjnym, rehabilitacyjnym i administracyjno-gospodarczym,
8. warunki współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji pacjentów oraz ciągłości przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych,
9. wysokość opłat za udostępnianie dokumentacji medycznej ustalonej w sposób określony w art. 28 ust. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta,
10. wysokość opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny od osób lub instytucji uprawnionych do pochowania zwłok na podstawie ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2000 r. Nr 23, poz. 295, z późn. zm.) oraz od podmiotów, na zlecenie których przechowuje się zwłoki w związku z toczącym się postępowaniem karnym,
11. wysokość opłat za udzielane świadczenia zdrowotne inne niż finansowane ze środków publicznych,
12. sposób kierowania jednostkami i komórkami organizacyjnymi.

§ 2. Użyte w Regulaminie określenia oznaczają:

1. osoba wykonująca zawód medyczny – osobę uprawnioną na podstawie odrębnych przepisów do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz osobę legitymująca się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny,
2. pacjent – osoba zwracająca się o udzielenie świadczeń zdrowotnych lub korzystająca ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych lub osobę wykonującą zawód medyczny,
3. podmiot leczniczy wykonujący działalność leczniczą –Specjalistyczny Szpital Miejski im. M. Kopernika w Toruniu.,
4. Szpital Miejski .– przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, w którym podmiot ten wykonuje działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne,
5. Poradnie Specjalistyczne – przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, w którym podmiot ten wykonuje działalność leczniczą w rodzaju ambulatoryjne świadczenia zdrowotne,
6. jednostka organizacyjna - część przedsiębiorstwa wyodrębniona w regulaminie,
7. komórka organizacyjna – część przedsiębiorstwa wyodrębniona w regulaminie,

8. świadczenia zdrowotne – działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu, lub poprawie zdrowia oraz inne działania wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania,
9. świadczenie szpitalne – wykonywane całą dobę kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych. Świadczeniami szpitalnymi są także świadczenia udzielane z zamiarem zakończenia ich udzielania w okresie nie przekraczającym 24 godzin,
10. działalność lecznicza – polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, promocji zdrowia lub realizacji zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, w tym wdrażaniu nowych technologii medycznych oraz metod leczenia,
11. ustawa – ustawa o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r.

§ 3.1 Podmiot leczniczy działa jako firma pod nazwą Specjalistyczny Szpital Miejski im .M. Kopernika w Toruniu zwany dalej „Szpitalem" i jest podmiotem leczniczym w rozumieniu ustawy, prowadzonym w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.

2 Podmiot Leczniczy może używać skrótu nazwy „SSM w Toruniu".

3.Siedzibą Szpitala jest miasto Toruń.

4.Szpital działa na terenie Rzeczypospolitej Polskiej. Podstawowym obszarem udzielania świadczeń zdrowotnych jest miasto Toruń.

Rozdział II
Cele i zadania podmiotu leczniczego

§ 4.Głównym celem Szpitala jest podejmowanie działań na rzecz ochrony oraz poprawy stanu zdrowia ludności poprzez organizowanie i prowadzenie działalności leczniczej, profilaktycznej i rehabilitacyjnej, przy stałym podnoszeniu jakości świadczonych usług, a także propagowanie zachowań prozdrowotnych .

§ 5. Zadaniem Szpitala jest organizowanie i udzielanie świadczeń zdrowotnych osobom dorosłym.

§ 6.1.Do zakresu działalności Szpitala należy udzielanie następujących rodzajów świadczeń zdrowotnych:
1) szpitalne stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne,
2) ambulatoryjne świadczenia zdrowotne.

2.Zakres udzielanych przez Szpital świadczeń zdrowotnych obejmuje w szczególności:
1) zapewnienie świadczeń szpitalnych,
2) udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w warunkach ambulatoryjnych
3) orzekanie i opiniowanie o stanie zdrowia,
4) zapobieganie powstawaniu urazów i chorób poprzez działania profilaktyczne
5) czynności z zakresu zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.

3.Świadczenia szpitalne udzielane są w następujących dziedzinach medycyny:
1) chorób wewnętrznych,
2) kardiologii,
3) hematologii,
4) neurologii,
5) chirurgii ogólnej, onkologicznej i naczyń,
6) chirurgii urazowo-ortopedycznej,
7) neurochirurgii,
8) urologii ogólnej i onkologicznej,

9) intensywnej terapii medycznej i anestezjologii,
10) rehabilitacji ogólnoustrojowej,
11) rehabilitacji neurologicznej.

4. Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne udzielane są przez Szpital w poradniach specjalistycznych w następujących dziedzinach medycyny:
1) diabetologii,
2) endokrynologii,
3) hematologii,
4) kardiologii,
5) gastroenterologii,
6) neurologii,
7) chirurgii ogólnej,
8) chirurgii onkologicznej,
9) chirurgii urazowo-ortopedycznej,
10) neurochirurgii,
11) urologii.

oraz w zakładach i pracownicach diagnostyki medycznej wymienionych w § 12 ustępy od 2 do 3.

§ 7. Szpital wykonuje określone w odrębnych przepisach zadania związane z potrzebami obronnymi państwa oraz gotowości do działania w sytuacjach kryzysowych i stanach nadzwyczajnych.

§ 8. Szpital organizuje i prowadzi działalność szkoleniową dla osób wykonujących zawody medyczne oraz w ramach zawartych umów umożliwia przeprowadzenie badań klinicznych.

§ 9. Szpital może – na zasadach określonych przepisami prawa oraz uchwał odrębnych - prowadzić wyodrębnioną organizacyjnie działalność gospodarczą inną niż działalność lecznicza w zakresie nie ograniczającym działalności statutowej, polegającą w szczególności na: obrocie produktami leczniczymi i wyrobami medycznymi, artykułami komplementarnymi do usług medycznych, artykułami zielarskimi i higieniczno-kosmetycznymi, na prowadzeniu usług w dziedzinie odnowy biologicznej, a także usług związanych z prowadzeniem szkoleń wewnętrznych i zewnętrznych, na udostępnianiu innym podmiotom leczniczym oraz podmiotom prowadzącym działalność gospodarczą pomieszczeń i urządzeń medycznych, w szczególności na podstawie umów najmu, dzierżawy, użyczenia.

§ 10. Do wykonywania zadań przez Szpital powołuje się dwa przedsiębiorstwa o nazwach:
1. Szpital Miejski
2. Poradnie Specjalistyczne

W skład przedsiębiorstw wchodzą jednostki i komórki organizacyjne.

Rozdział III
Struktura Organizacyjna Podmiotu Leczniczego

§ 11. Przedsiębiorstwo Szpital Miejski ma wyodrębnione następujące komórki organizacyjne
1.Oddziały:
1) Oddział Kardiologiczno-Internistyczny,
2) Oddział Kardiologii i Intensywnej Opieki Kardiologicznej,
3) Oddział Hematologii,
4) Oddział Neurologii,
5) Oddział Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Naczyń,
6) Oddział Urazowo-Ortopedyczny,
7) Oddział Urologii Ogólnej i Onkologicznej,
8) Oddział Neurochirurgii,
9) Oddział Intensywnej Terapii Medycznej i Anestezjologii,
10) Oddział Rehabilitacyjny,
11) Oddział Rehabilitacji Neurologicznej,

2. Komórki diagnostyczno lecznicze :
   1) Izba Przyjęć,
   2) Blok operacyjny,
   3) Pracownia Hemodynamiczna,
   4) Pracownia Elektrofizjologii.
3. Inne komórki o charakterze medycznym
   1) Apteka Szpitalna,
   2) Pracownia Immunologii Transfuzjologicznej z Bankiem Krwi,
   3) Dział Higieny i Epidemiologii.

§ 12.Przedsiębiorstwo Poradnie Specjalistyczne ma wyodrębnione następujące jednostki i komórki organizacyjne o charakterze medycznym :

1. Komórki organizacyjne Poradnie Specjalistyczne
   1) Poradnia diabetologiczna,
   2) Poradnia endokrynologiczna,
   3) Poradnia hematologiczna,
   4) Poradnia kardiologiczna,
   5) Poradnia nadciśnienia tętniczego,
   6) Poradnia neurologiczna,
   7) Poradnia gastroenterologiczna,
   8) Poradnia chirurgii ogólnej,
   9) Poradnia chirurgii onkologicznej,
   10) Poradnia urazowo-ortopedyczna,
   11) Poradnia preluksacyjna,
   12) Poradnia neurochirurgiczna,
   13) Poradnia urologiczna,
   14) Poradnia profilaktyki i promocji zdrowia,
   15) Poradnia medycyny pracy,
2. Jednostki organizacyjne
   1) Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej,
   2) Zakład Mikrobiologii,
   3) Zakład Patomorfologii.
   4) Bank Krwiotwórczych Komórek Macierzystych.
3. Inne komórki organizacyjne
   1) Pracownia Rentgenodiagnostyki,
   2) Pracownia mammografii,
   3) Pracownia USG,
   4) Pracownia Endoskopowa,
   5) Zakład Diagnostyki Kardiologicznej,
   6) Pracownia Kontroli Stymulatorów,
   7) Punkt pobrań materiału do badań,
   8) Gabinety diagnostyczno-zabiegowe,
   9) Pracownia Urodynamiczna

§ 13.W całym podmiocie leczniczym wyodrębnione zostały administracyjne komórki organizacyjne:

1.Działy:
   1) Dział Organizacji i Nadzoru,
   2) Dział Ekonomiczny,
      a) Sekcja Księgowości Finansowej,
      b) Sekcja Płac,
      c) Stanowisko ds. Inwentaryzacji,
   3) Dział Eksploatacji Technicznej,
   4) Dział Administracji i Zaopatrzenia,

5) Dział Spraw Pracowniczych,
6) Dział Planowania, Rozliczania i Sprzedaży Usług,
a) sekcja informatyczna
b) stanowiska specjalistów ds. rozliczeń sprzedaży, marketingu,"
7) Dział Zamówień Publicznych.

2. Samodzielne stanowiska pracy:
1) Naczelna Pielęgniarka Szpitala,
2) Asystent Dyrektora,
3) Radca Prawny,
4) Pełnomocnik Dyrektora ds. Zarządzania Jakością,
5) Stanowisko ds. nadzoru nad sprzętem i aparatura medyczną,
6) Stanowisko ds. BHP,
7) Stanowisko ds. ochrony przeciw pożarowe,;
8) Stanowisko ds. obronności,
9) Administrator Bezpieczeństwa Informacji,
10) Inspektor Ochrony Radiologicznej,
11) Główny Specjalista ds kontroli,
12) Dietetyk
13) Kapelan Szpitalny.

3.Inne komórki organizacyjne:
1) Ośrodek Kształcenia Lekarzy Rodzinnych.

Rozdział IV
Przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości tych świadczeń w komórkach organizacyjnych podmiotu.

§ 14.Świadczenia zdrowotne udzielane są wyłącznie przez pracowników medycznych, którzy posiadają odpowiednie kwalifikacje do wykonywania świadczeń, potwierdzone prawami wykonywania zawodu oraz dyplomami posiadanych specjalizacji i uprawnień.

§ 15.Proces udzielania świadczeń zdrowotnych w przedsiębiorstwie Szpital Miejski spełnia standardy akredytacyjne dla lecznictwa szpitalnego potwierdzone Certyfikatem Ministerstwa Zdrowia i Centrum Monitorowania Jakości.

§16. Żadne okoliczności nie mogą stanowić podstawy do odmowy udzielania świadczenia zdrowotnego, jeżeli osoba zgłaszająca się do Szpitala potrzebuje natychmiastowego udzielenia pomocy medycznej, ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia.

§17. Szpital prowadzi dokumentację medyczną dotyczącą osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych, zapewnia ochronę danych osobowych w dokumentacji oraz udostępnia dokumentację zgodnie z obowiązującymi przepisami.

§ 18. Proces udzielania świadczeń zdrowotnych rozpoczyna się w rejestracji.

1. W rejestracji pacjent zobowiązany jest okazać:
1) skierowanie od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego – w przypadku gdy świadczenie ma być udzielone w ramach umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia (nie dotyczy przypadków stanowiących zagrożenie życia i zdrowia),
2) dowód osobisty/paszport/prawo jazdy (pesel) na podstawie których w systemie e-WUŚ zostanie potwierdzone uprawnienie do bezpłatnych świadczeń – w każdym przypadku świadczenia, którego skutkiem jest hospitalizacja/porada w ramach umowy z NFZ i/lub wystawienie recepty/zlecenia na refundowane leki lub środki pomocnicze/zaopatrzenie protetyczne.
3) w przypadku nie potwierdzenia uprawnień pacjenta do świadczeń, a pacjent jest przekonany, że ma do nich prawo może to potwierdzić poprzez:
- przedstawienie dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń,
- złożenie pisemnego oświadczenia o przysługującym mu prawie do świadczeń.

Obydwa powyższe warianty są równoprawne z potwierdzeniem uprawnień systemem e-WUŚ.

2. W rejestracji pacjent zobowiązany jest złożyć oświadczenie o upoważnieniu określonej osoby do wglądu w dokumentację medyczną za życia pacjenta i po jego śmierci (lub o nie upoważnieniu nikogo), upoważnienie osoby do udzielania informacji o swoim stanie zdrowia (lub o nie upoważnieniu nikogo) a także o zgodzie na udzielenie świadczeń zdrowotnych.
3. Zgoda na udzielenie świadczenia zabiegowego musi być złożona przez pacjenta każdorazowo przed rozpoczęciem zabiegu.
4. W pierwszej kolejności przyjmowani są pacjenci zgłaszający się w stanie wymagającym natychmiastowego udzielenia świadczenia zdrowotnego.

§ 19. 1. Pacjent zgłaszający się w ramach umowy z NFZ , w przypadku gdy zostaje wpisany na listę osób oczekujących na udzielenie świadczenia, ma prawo wglądu do ewidencji osób oczekujących, zgodnie z postanowieniami umowy o świadczenie usług medycznych z NFZ.
2. Po zarejestrowaniu się na termin hospitalizacji/porady /badania pacjent w umówionym dniu i o określonej godzinie zgłasza się do przyjęcia we wskazanym miejscu.
3. W trakcie udzielenia świadczenia zdrowotnego pacjent ma prawo do uzyskania wszystkich niezbędnych wyjaśnień, dotyczących postawionej diagnozy, a także zaproponowanego leczenia.

§ 20.1.Na każdym etapie udzielania świadczenia zdrowotnego pacjent ma prawo do złożenia skargi/zażalenia na zachowanie lub czynności personelu Szpitala. Skargi/zażalenia przyjmuje Dyrektor po wcześniejszym umówieniu się w sekretariacie, a w dni powszednie od poniedziałku do piątku w godz. od 8.00 do 14.30 skargi przyjmuje Kierownik Działu Organizacji i Nadzoru pok. Nr 118.
2. Skarga może być złożona ustnie lub pisemnie. Na każdą skargę szpital udzieli pisemnej odpowiedzi w terminie nie przekraczającym 30 dni.

§ 21. W Szpitalu poza kolejnością świadczenia zdrowotne udzielane są z uwzględnieniem kryteriów medycznych oraz realnych możliwości:

1. Honorowym Obywatelom Miasta Torunia,
2. Zasłużonym Honorowym Dawcom Krwi,
3. Zasłużonym Dawcom Przeszczepu,
4. Inwalidom Wojennym i Wojskowym,
5. Kombatantom,
6. Żołnierzom i Pracownikom, w zakresie leczenia urazów i chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa,
7. Poszkodowanym Weteranom, w zakresie leczenia urazów i chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa.

1. Rozdział V
Ogólne zasady organizacji świadczeń w przedsiębiorstwie Szpital Miejski

§ 22. W komórkach organizacyjnych oddziały szpitalne pacjenci objęci są całodobowymi kompleksowymi świadczeniami zdrowotnymi polegającymi na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych.

§ 23.1Jeżeli przyjęty do Szpitala pacjent wymaga udzielenia świadczeń określonych procesem planowego leczenia, które nie mogą być realizowane w oddziale odpowiadającym zakresowi planowanych świadczeń dopuszcza się w takiej sytuacji – przy zachowaniu limitu przyznanych i wymaganych procesem planowego leczenia świadczeń zdrowotnych – możliwość hospitalizacji pacjenta w innych oddziałach szpitalnych przy równoczesnym objęciu tego pacjenta opieką medyczną personelu oddziału zgodnie z rozpoznaniem

i procesem planowego leczenia.
2. Przyjęcie do oddziału może nastąpić w każdym dniu i o każdej porze – w przypadkach uzasadnionych medycznie.

§ 24.1. Zasady przyjęcia pacjenta na oddział, przekazywania pacjenta na inny oddział szpitalny oraz wypisu pacjenta ze szpitala określa procedura P-8-00 Systemu Zarządzania Jakością ISO 9001 dotycząca świadczenia usług zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego.

2. O przyjęciu do Szpitala osoby zgłaszającej się lub skierowanej przez lekarza albo uprawnioną instytucję orzeka lekarz wyznaczony do tych czynności, po zapoznaniu się ze stanem zdrowia i uzyskaniu zgody tej osoby, jej opiekuna faktycznego lub przedstawiciela ustawowego, chyba, że na mocy odrębnych przepisów możliwe jest przyjęcie do Szpitala bez wyrażenia zgody.

3. Jeżeli wskutek braku miejsc z zakresu udzielanych przez Szpital Miejski świadczeń lub względów epidemiologicznych pacjent skierowany do leczenia szpitalnego nie może zostać przez Szpital przyjęty, to po udzieleniu niezbędnej pomocy medycznej Szpital zapewnia w razie potrzeby przewiezienie pacjenta do innego podmiotu leczniczego, po uprzednim porozumieniu się z tym podmiotem.

4. Jeżeli przyjęcie do Szpitala nie musi nastąpić natychmiast, jak w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia, a oddział szpitalny nie ma w danej chwili możliwości przyjęcia wyznacza się termin , w którym nastąpi przyjęcie.

5. Z chwilą przyjęcia pacjenta do Szpitala jego odzież za pokwitowaniem przekazywana jest do „Magazynu Rzeczy Pacjentów".

6. W dniu wypisu odzież z „Magazynu" odbiera pracownik Szpitala – sanitariusz i za pokwitowaniem przekazuje pacjentowi.

§ 25.1. Wypisanie pacjenta jeżeli przepisy odrębne nie stanowią inaczej, następuje:

1) gdy stan zdrowia pacjenta nie wymaga dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych w przedsiębiorstwie Szpital Miejski,
2) na żądanie pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego,
3) gdy pacjent w sposób rażący narusza porządek lub przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, a nie zachodzi obawa, że odmowa lub zaprzestanie udzielania świadczeń zdrowotnych może spowodować bezpośrednie niebezpieczeństwo dla jego życia lub zdrowia albo życia lub zdrowia innych osób.

2. Pacjent, którego stan zdrowia nie wymaga dalszego udzielania świadczeń szpitalnych, lub osoba, na której w stosunku do pacjenta ciąży ustawowy obowiązek alimentacyjny, ponoszą koszty pobytu pacjenta, począwszy od terminu określonego przez Dyrektora, na wniosek lekarza kierującego oddziałem - kierownika oddziału niezależnie od uprawnień do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych określonych w przepisach odrębnych.

§ 26. Jeżeli przedstawiciel ustawowy żąda wypisania pacjenta, którego stan zdrowia wymaga dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych, można odmówić wypisania do czasu wydania w tej sprawie orzeczenia przez właściwy ze względu na miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych sąd opiekuńczy, chyba że przepisy odrębne stanowią inaczej.

§ 27. W przypadku, o którym mowa w § 26 niezwłocznie zawiadamia się właściwy sąd opiekuńczy o odmowie wypisania i jej przyczynach.

§ 28. Pacjent występujący z żądaniem, o którym mowa w § 25 ust. 1 pkt 2 jest informowany przez lekarza o możliwych następstwach zaprzestania dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych. Pacjent taki składa pisemne oświadczenie o wypisaniu na własne żądanie. W przypadku braku takiego oświadczenia lekarz sporządza adnotację w dokumentacji medycznej.

§ 29.1. W przypadku braku możliwości ustalenia miejsca zamieszkania pacjenta gmina właściwa ze względu na ostatnie miejsce pobytu pacjenta pokrywa koszty transportu sanitarnego pacjenta małoletniego lub osoby nie zdolnej do samodzielnej egzystencji do miejsca pobytu, jeżeli przedstawiciel ustawowy pacjenta albo osoba, na której w stosunku do

pacjenta ciąży ustawowy obowiązek alimentacyjny, nie odbiera pacjenta w wyznaczonym terminie.
2. Osoba wyznaczona przez Dyrektora Szpitala niezwłocznie zawiadamia wójta (burmistrza, prezydenta) o okolicznościach, o których mowa w ust. 1 i organizuje transport sanitarny na koszt gminy.
3. Gmina pokrywa koszt transportu sanitarnego, o którym mowa w ust. 1, na podstawie rachunku wystawionego przez wyznaczonego przez Dyrektora pracownika.

Rozdział VI
Organizacja i zadania poszczególnych komórek organizacyjnych w przedsiębiorstwie Szpital Miejski.

§ 30.W komórkach organizacyjnych przedsiębiorstwa Szpital Miejski zwanych oddziałami szpitalnymi jest następująca nie wymieniona w rozdziałach IV i V organizacja pracy:
1.Organizację świadczeń i nadzór nad procesem leczenia sprawują lekarze kierujący oddziałami – kierownicy zgodnie z zapisami umowy cywilno-prawnej.
2.Pielęgniarki oddziałowe/koordynujące są odpowiedzialne za zabezpieczenie warunków administracyjno-gospodarczych do wykonywania zadań oraz organizują i zapewniają realizację kompleksowych świadczeń pielęgniarskich w oddziale / komórce organizacyjnej.
3.Pacjenci przebywający w oddziale mają zapewnione:
1) świadczenia zdrowotne,
2) produkty lecznicze i materiały medyczne,
3) pomieszczenie i wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia.
4 Osoby przebywające na terenie oddziału są zobowiązane podporządkować się poleceniom personelu oddziału.
5.Obecność osób odwiedzających i ich zachowanie nie mogą naruszać praw innych pacjentów.
6. Jednocześnie jednego chorego mogą odwiedzać maksymalnie 3 osoby.
7. Informacji o stanie zdrowia pacjentów nie udziela się przez telefon.
8. Informacji udziela się pacjentowi, Jego przedstawicielowi ustawowemu a za ich zgodą innym osobom.
§ 31.Godziny odwiedzin oraz wykaz procedur wykonywanych w poszczególnych oddziałach:
1. Oddział Kardiologiczno-Internistyczny:
1) odwiedziny chorego mogą odbywać się codziennie w godzinach: 12:00 -19:00, po uzyskaniu zgody lekarza kierującego oddziałem-kierownika oddziału lub lekarza dyżurnego dopuszcza się odwiedziny poza wyznaczonymi godzinami.
2) informacji o stanie zdrowia pacjentów udziela kierownik oddziału lub lekarz prowadzący w godzinach 12.00-14.00.W przypadku pacjentów ciężko chorych lub nowo przyjętych informacji udziela lekarz kierujący oddziałem, lekarz prowadzący lub lekarz dyżurny o każdej porze.
3) w oddziale realizowane są następujące świadczenia zdrowotne/procedury medyczne:
a) leczenie chorób kardiologicznych
b) diagnostyka i leczenie z zakresu wszystkich dziedzin chorób wewnętrznych
2. Oddział Kardiologii i Intensywnej Opieki Kardiologicznej:
1) odwiedziny chorego mogą odbywać się codziennie w godzinach od 12:00 do 19:00,po uzyskaniu zgody lekarza kierującego - kierownika oddziału lub lekarza dyżurnego dopuszcza się odwiedziny poza wyznaczonymi godzinami. W salach Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego odwiedziny chorego mogą odbywać się w godzinach od 16:00 do 18:00 wyłącznie za indywidualną każdorazową zgodą lekarza prowadzącego lub lekarza dyżurnego.
2) informacji o stanie zdrowia pacjentów udziela kierownik oddziału lub lekarz prowadzący w godz. od 13.00 do 14.00. Lekarz dyżurny w godzinach od 14:.00.do

19:00.W przypadku pacjentów ciężko chorych lub nowo przyjętych informacji udziela lekarz kierujący oddziałem, lekarz leczący lub lekarz dyżurny o każdej porze.

3) wykaz świadczeń zdrowotnych wykonywanych w oddziale:

a) leczenie ostrych zespołów wieńcowych:
b) leczenie niewydolności serca:
c) leczenie zaburzeń rytmu serca i wytwarzania oraz przewodzenia bodźców wewnątrz-sercowych:
d) diagnostyka i leczenie wad serca:

4) zabiegi wykonywane w oddziale w ramach procedur diagnostyczno-terapeutycznych:

a) koronarografia - inwazyjne badanie tętnic wieńcowych z użyciem kontrastu;
b) angioplastyka tętnic wieńcowych - udrożnienie zamkniętej tętnicy lub poszerzenie zwężenia w tętnicy wieńcowej z użyciem baloników i/lub stentów;
c) wszczepianie stymulatora serca;
d) punkcja opłucnej oraz worka osierdziowego;
e) kardiowersja elektryczna;
f) elektrokardiograficzny test wysiłkowy;
g) dobutaminowa próba obciążeniowa;
h) echokardiografia oraz echokardiografia przezprzełykowa;
i) spiroergometria;
j) badania elektrofizjologiczne;
k) ablacje w zaburzeniach rytmu serca.

3. Oddział Hematologii:

1)odwiedziny chorego mogą odbywać się codziennie w godzinach od 12:00 do 19:00, po uzyskaniu zgody lekarza kierującego oddziałem - kierownika lub lekarza dyżurnego dopuszcza się odwiedziny poza wyznaczonymi godzinami.

2)informacji o stanie zdrowia pacjentów udziela kierownik lub inny lekarz oddziału w godzinach 9.00 -14.00.W przypadku pacjentów ciężko chorych lub nowo przyjętych informacji udziela kierownik oddziału, lekarz leczący lub lekarz dyżurny o każdej porze.

3) W oddziale prowadzona jest diagnostyka i leczenie wszystkich nowotworów krwi, a także zaburzeń krzepnięcia.

4) Stosowane zabiegi , metody leczenia i diagnozowania:

a. cytologiczna, cytochemiczna, immunofenotypowa cytogenetyczna i molekularna diagnostyka ostrych i przewlekłych białaczek, chłoniaków ziarniczych i nieziarniczych, szpiczaków i innych chorób limfo- i mieloproliferacyjnych

b. biochemiczna i cytogenetyczna diagnostyka zaburzeń krzepnięcia

c. diagnostyka i leczenie niedokrwistości, skaz małopłytkowych i osoczowych

d. plazmafereza i cytoafereza,

e. zabiegi immunoablacji w niedokrwistości aplastycznej,

f. chemioterapia wszystkich rodzajów nowotworów krwi, a zwłaszcza:

- szpiczaka plazmocytowego
- amyloidozy pierwotnej i innych dyskrazji plazmocytowych
- ostrych i przewlekłych białaczek
- zespołów mielodysplastycznych
- chłoniaków nieziarniczych
- chłoniaka ziarniczego (ziarnica)
- chorób mielo- i limfoproliferacyjnych

Ciągłość opieki medycznej zapewnia Przyszpitalna Poradnia.

W chwili obecnej chorych wymagających transplantacji szpiku kostnego od dawców spokrewnionych i niespokrewnionych kierujemy do Kliniki Hematologii w Gdańsku.

4. Oddział Neurologii

1)odwiedziny chorego mogą odbywać się codziennie w godzinach od 12:00 do 19:00, po uzyskaniu zgody lekarza kierującego oddziałem – kierownika lub lekarza dyżurnego dopuszcza się odwiedziny poza wyznaczonymi godzinami,

2) informacji o stanie zdrowia pacjentów udziela kierownik, lekarz prowadząc oraz lekarz dyżurny - doraźnie w godzinach 10.30.-14.00. W przypadku pacjentów ciężko chorych lub nowo przyjętych informacji udziela lekarz kierujący oddziałem, lekarz leczący lub lekarz dyżurny o każdej porze,

3) w oddziale diagnozuje i leczy pacjentów z chorobami ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego takimi jak: padaczki, guzy mózgu i kanału kręgowego, polineuropatie, stwardnienie rozsiane, przemijające zaburzenia krążenia mózgowego, zespoły bólowe kręgosłupa, choroby zwyrodnieniowe układu nerwowego.

5. Oddział Chirurgii Ogólnej Onkologicznej i Naczyń:

1)odwiedziny chorego mogą odbywać się codziennie w godzinach: 12^{oo}-18^{oo}, po uzyskaniu zgody lekarza kierującego oddziałem – kierownika lub lekarza dyżurnego dopuszcza się odwiedziny poza wyznaczonymi godzinami,

2) z prawa odwiedzin wyłączeni są chorzy przebywający na salach pooperacyjnych.

3) informacji o stanie zdrowia pacjentów udziela kierownik lub lekarz prowadzący w godzinach od 9.00 do 14.00 .,lekarz dyżurny w godz. od 14.00 do 18.00
W przypadku pacjentów ciężko chorych lub nowo przyjętych informacji o stanie zdrowia udziela lekarz kierujący oddziałem, lekarz prowadzący lub lekarz dyżurny o każdej porze.

4) wykaz zabiegów operacyjnych wykonywanych w oddziale w ramach udzielanych świadczeń zdrowotnych::

a) trzustki (nowotwory, powikłania przewlekłego i ostrego zapalenia trzustki,)
b) przełyku (w tym: operacje przepukliny roztworu przełykowego, choroby nowotworowe),
c)żołądka (w tym: powikłania choroby wrzodowej, chirurgiczne leczenie nowotworów żołądka),
d) jelita grubego (zabiegi resekcyjne jelit w przebiegu choroby nowotworowej oraz i innej etiologii),
e) tarczycy (w tym stosowanie technik małoinwazyjnych),
f) piersi (w tym: usuwanie guzków piersi, jak oszczędzające oraz całkowite resekcje piersi z powodu nowotworu),
g) śledziony (klasyczne jak i laparoskopowe),
h operacje proktologiczne (w tym: operacje żylaków, szczelin odbytu, przetok, ropni, zwężeń odbytu),
i) przepuklin (w tym: pachwinowych, brzusznych, udowych zarówno z wykorzystaniem materiału własnego jak i tworzyw sztucznych - siatki),
j)pełen zakres operacji ogólnochirurgicznych ostro dyżurowych (w tym: operacje wyrostka robaczkowego, niedrożności mechaniczne, zabiegi urazowe jamy brzusznej, perforacje przewodu pokarmowego),
k) operacje z powodu przewlekłego i ostrego niedokrwienia kończyn dolnych,
l) operacje wytworzenia dostępu naczyniowego do hemodializy,
ł) żylaków kończyn dolnych.

6. Oddział Urazowo-Ortopedyczny:

1) odwiedziny chorego mogą odbywać się od poniedziałku do piątku w godzinach:

14^{oo}-18^{oo},natomiast w dni wolne od pracy w godz. od 12:00 do 18:00.
Po uzyskaniu zgody lekarza kierującego oddziałem – kierownika lub lekarza dyżurnego dopuszcza się odwiedziny poza wyznaczonymi godzinami,
2) z prawa odwiedzin wyłączeni są chorzy przebywający na salach pooperacyjnych,
3) informacji o stanie zdrowia pacjentów udziela kierownik lub lekarz prowadzący w godzinach 12:00-14:00. W przypadku pacjentów ciężko chorych lub nowo przyjętych informacji udziela lekarz kierujący oddziałem, lekarz prowadzący lub lekarz dyżurny o każdej porze,
4) wykaz procedur medycznych realizowanych przez oddział:
a) leczenie urazów narządu ruchu oraz ze schorzeń ortopedycznych z wykorzystaniem najnowszych metod zespoleń,
b) zabiegi artroskopowe w schorzeniach i urazach stawów kolanowych,
c) zabiegi połowiczej i całkowitej endoprotezoplastyki stawu biodrowego,
d) implantacje protez stawu kolanowego.

7. Oddział Urologii Ogólnej i Onkologicznej:

1) odwiedziny chorego mogą odbywać się codziennie w godzinach od 12^{oo}do 19^{oo}.po uzyskaniu zgody lekarza kierującego oddziałem lub lekarza dyżurnego dopuszcza się odwiedziny poza wyznaczonymi godzinami.
2) z prawa odwiedzin wyłączeni są chorzy przebywający na salach pooperacyjnych
3) informacji o stanie zdrowia pacjentów udziela kierownik lub lekarz prowadzący od poniedziałku do piątku w godz. od 12:00 do 14:00,lekarz dyżurny we wszystkie dni tygodnia od 14.00 do 19.00.W przypadku pacjentów ciężko chorych lub nowo przyjętych informacji udziela lekarz kierujący oddziałem, lekarz prowadzący lub lekarz dyżurny o każdej porze.
4) w oddziale w ramach leczenia schorzeń wykonuje się następujący zakres zabiegów operacyjnych:
a) leczenie wad wrodzonych nerek - operacje zwężeń połączeń miedniczkowo-moczowodowych - w tym endoskopowe;
b) leczenie kamicy nerkowej z wykorzystaniem PCNL;
c) leczenie nowotworów nerek, stercza i pęcherza moczowego - operacje radykalne i oszczędzające oraz zabiegi z zastosowaniem metod endoskopowych;
d) leczenie wad moczowodowych - zwężenia połączeń moczowodowo-pęcherzowych;
e)leczenie kamicy moczowodowej z wykorzystaniem URSL;
f)leczenie uchyłków pęcherza moczowego; łagodnego przerost stercza z zastosowaniem zabiegów elektroresekcji przezcewkowej;
g) leczenie zwężenia cewki moczowej; operacje naprawcze prącia (korekcja skrzywień); operacje w obrębie moszny (guzy jąder, wodniaki).

8.Oddział Neurochirurgii

1) odwiedziny chorego mogą odbywać się codziennie w godzinach: 12:00-18:00, po uzyskaniu zgody lekarza kierującego oddziałem - kierownika lub lekarza dyżurnego dopuszcza się odwiedziny poza wyznaczonymi godzinami.
2) z prawa odwiedzin wyłączeni są chorzy przebywający na salach pooperacyjnych.
3) informacji o stanie zdrowia pacjentów udziela kierownik lub lekarz prowadzący w godzinach 12:00-14:00, lekarz dyżurny w godz. od 14:00 do 18:00.W przypadku pacjentów ciężko chorych lub nowo przyjętych informacji udziela lekarz kierujący oddziałem, lekarz prowadzący lub lekarz dyżurny o każdej porze.
4) w oddziale wykonuje się następujący zakres zabiegów operacyjnych:
a)zabiegi w zakresie kręgosłupa lędźwiowego: mikrodiscektomia, foraminotomia, odbarczenie kanału kręgowego, proteza krążka międzykręgowego, stabilizacja międzykolczysta,
b)zabiegi w zakresie kręgosłupa szyjnego: mikrodiscektomia szyjna - dostęp

tylny, discektomia szyjna - dostęp przedni, proteza krążka międzykręgowego, laminektomia szyjna, stabilizacja kręgosłupa szyjnego, proteza trzonu kręgosłupa szyjnego,stabilizacja szczytowo-potyliczna,

c)stabilizacje i zabiegi w zakresie kręgosłupa piersiowego i lędźwiowego, stabilizacja transpedikularna, stabilizacja międzytrzonowa, proteza trzonu, discektomia piersiowa,

d)operacje guzów kręgosłupa, usunięcie guza kanału kręgowego,

e)zabiegi małoinwazyjne w zakresie kręgosłupa :chemiczne odnerwienie powierzchni stawowych kręgosłupa, dyskografia, biopsja przezskórna kręgu, wertebroplastyka,

f)zabiegi na nerwach obwodowych :zespół cieśni kanału nadgarstka, zespół cieśni rowka nerwu łokciowego,

g)zabiegi w zakresie mózgowia i kości czaszki :biopsja guza mózgu,usunięcie guza mózgu , zastawka komorowo-otrzewnowa, wentrikulostomia, plastyka ubytku kostnego, plastyka podstawy przedniego dołu czaszki,

h)zabiegi w zakresie mózgowia i kości czaszki – urazy :usunięcie krwiaka drogą trepanacji, usunięcie krwiaka drogą kraniektomi, zaopatrzenie złamania kości czaszki.

9. Oddział Intensywnej Terapii Medycznej i Anestezjologii:

1) odwiedziny chorych mogą odbywać się codziennie w godz. od 16:00 do 18:00.

2) informacji o stanie zdrowia pacjentów udziela lekarz kierujący oddziałem - kierownik lub lekarz prowadzący w godzinach 10^{oo}-14^{oo}. W przypadku pacjentów ciężko chorych lub nowo przyjętych informacji udziela lekarz kierujący oddziałem, lekarz prowadzący lub lekarz dyżurny o każdej porze.

3)oddział zapewnia nowoczesną terapię chorych z bezpośrednim zagrożeniem życia.

10. Oddział Rehabilitacyjny:

1) odwiedziny chorego mogą odbywać się codziennie w godzinach od 12:00 do 19:00. Po uzyskaniu zgody lekarza kierującego oddziałem – kierownika lub lekarza dyżurnego dopuszcza się odwiedziny poza wyznaczonymi godzinami,

2) informacji o stanie zdrowia pacjentów udziela kierownik lub lekarz prowadzący w godzinach 10:00-14:00, w przypadku pacjentów o złym stanie zdrowia lub nowo przyjętych informacji udziela lekarz kierujący oddziałem, lekarz prowadzący lub lekarz dyżurny o każdej porze,

3) wykaz procedur wykonywanych w oddziale obejmuje rehabilitacyjne leczenie schorzeń narządów ruchu z wykorzystaniem zabiegów:

a) kinezyterapii.,
b) fizykoterapii :galwanizacji, jonoforezy, tonolizy, prądów diadynamicznych, interferencyjnych ,elektrostymulacji,
c) magnetoterapii,
d) światłolecznictwa,
e) biostymulacji laserowej
f) naświetlań promieniami IR
g) krioterapii
h) ciepłolecznictwa
i) hydroterapii

11. Oddział Rehabilitacji Neurologicznej

1) odwiedziny chorego mogą odbywać się codziennie w godzinach od 12:00 do 19:00, Po uzyskaniu zgody lekarza kierującego oddziałem - kierownika oddziału lub lekarza dyżurnego dopuszcza się odwiedziny poza wyznaczonymi godzinami.

2) informacji o stanie zdrowia pacjentów udziela kierownik lub lekarz prowadzący w godzinach 12:00 -14:00. W przypadku pacjentów nowo przyjętych lub złego stanu zdrowia pacjenta informacja udzielana jest o każdej porze przez lekarza dyżurnego.

3)wykaz procedur medycznych wykonywanych w oddziale obejmuje leczenie

schorzeń układu nerwowego po udarach mózgu, stany po urazach centralnego układu nerwowego oraz uszkodzeniach układu nerwowego obwodowego w ramach którego prowadzone są zabiegi:

a) kinezyterapii, terapii zajęciowej oraz terapii neurologopedycznej i psychologicznej.
b) fizykoterapii: elektroterapia, galwanizacja, jonoforeza, tonoliza, zabiegi z zastosowaniem prądów diadynamicznych, interferencyjnych, prądów Tensa, Trauberta, Kotza ,ultradźwięków oraz elektrostymulacje,
c) magnetoterapii,
d) światłolecznictwa,
e) biostymulacji laserowej,
f) naświetlań promieniami IR,
g) krioterapii,
h ciepłolecznictwa,
i) hydroterapii.

§ 32.1 Organizacja pracy w komórkach diagnostyczno – leczniczych:

1) Izba Przyjęć

1)Izba Przyjęć jest komórką organizacyjną Szpitala Miejskiego,
2)Izbą Przyjęć kieruje kierownik, który podlega bezpośrednio Zastępcy Dyr. ds. Lecznictwa,
3) personel medyczny Izby Przyjęć podlega pielęgniarce koordynującej, która ustala dla nich rozkład pracy. Pielęgniarka koordynująca podlega bezpośrednio Naczelnej Pielęgniarce,
4)zasady udzielania świadczeń zdrowotnych w Izbie Przyjęć określa procedura P-8-00 Systemu Zarządzania Jakością ISO 9001 dotycząca świadczenia usług zdrowotnych w zakresie lecznictwa stacjonarnego, Instrukcja I-11/01-00 Systemu Zarządzania Jakością ISO 9001 Nadzór nad Transportem Wewnętrznym Pacjentów oraz Instrukcja I-08/01-00 Przyjmowanie i przechowywanie rzeczy pacjenta w czasie jego pobytu w Szpitalu,
5) informacje zawierające aktualny spis placówek medycznych, z którymi NFZ podpisał umowę, spis telefonów: policji, prokuratora dyżurnego, straży pożarnej, pracownika służb technicznych oraz personelu szpitala zajmującego kierownicze stanowiska dostępne są w rejestracji Izby Przyjęć,
6)pracę lekarzy udzielających świadczeń w Izbie Przyjęć w godzinach 14:00-7:00 w dni robocze oraz w godzinach 07:00-07:00.w dni wolne od pracy koordynuje lekarz – Kierownik Zespołu Lekarzy Izby Przyjęć, wyznaczony przez Zastępcę Dyrektora ds. Lecznictwa spośród lekarzy dyżurujących w Izbie Przyjęć w danym dniu wg comiesięcznego grafiku. Pracą personelu średniego i niższego kieruje wyznaczona pielęgniarka dyżurna Izby Przyjęć. Nadzór nad pracą Izby Przyjęć w godzinach dyżurnych sprawuje Główny Dyżurant Szpitala,
7)lekarze dyżurni są zobowiązani przebywać na terenie Izby Przyjęć i mieć przy sobie telefony bezprzewodowe. W szczególnych przypadkach mogą jednak ją opuścić czasowo informując o tym współpracujące z nimi pielęgniarki w celu ewentualnego przywołania. Nie mogą jednak w żadnym przypadku opuszczać terenu szpitala. O ile lekarz ze względu na pilną interwencję w oddziale szpitalnym nie może natychmiast udzielić świadczenia pacjentowi zgłaszającemu się do Izby Przyjęć , a opóźnienie interwencji lekarskiej spowoduje pogorszenie stanu zdrowia pacjenta, Kierownik Zespołu Lekarzy Dyżurnych Izby Przyjęć wyznacza innego lekarza spośród lekarzy dyżurujących (w miarę możliwości pokrewnej specjalności), który ma obowiązek udzielić pacjentowi pomocy stosownej do jego stanu zdrowia,
8)wykonanie niezbędnych badań i zakwalifikowanie pacjenta do hospitalizacji lub ewentualnej odmowy powinno się odbyć w możliwie jak najkrótszym czasie,

9)każdy pacjent zgłaszający się do szpitala powinien posiadać dowód osobisty/paszport/prawo jazdy w celu potwierdzenia w systemie e - WUŚ.jego uprawnień do bezpłatnego leczenia.

W przypadku nie potwierdzenia uprawnień pacjenta do świadczeń, a pacjent jest przekonany, że ma do nich prawo może to potwierdzić poprzez:

- przedstawienie dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń,
- złożenie pisemnego oświadczenia o przysługującym mu prawie do świadczeń.

Obydwa powyższe warianty są równoprawne z potwierdzeniem systemem e-WUŚ uprawnień do bezpłatnego leczenia.

10)pacjenci zgłaszający się do szpitala na planowane zabiegi operacyjne zobowiązani są do dostarczenia w dniu przyjęcia wypełnionego przez lekarzy specjalistów lub podstawowej opieki zdrowotnej formularza przed planowanym zabiegiem operacyjnym.

11)rejestratorka Izby Przyjęć jest zobowiązana do niezwłocznego zawiadomienia rodziny lub opiekunów chorego w przypadku:

a)przyjęcia bez ich wiedzy do szpitala niepełnoletniego,
b)przyjęcia chorego bez względu na wiek w stanie nagłym i ciężkim.

12)w razie zgonu pacjenta w Izbie Przyjęć postępowanie ze zwłokami należy przeprowadzić zgodnie z ustaleniami Regulaminu Organizacyjnego (rozdział XV).

2). Blok operacyjny.

1)Blok Operacyjny jest komórką organizacyjną Szpitala Miejskiego.

2)Blokiem Operacyjnym kieruje kierownik, który w zakresie spraw dotyczących sposobu wykonywania świadczeń zdrowotnych oraz organizacji i nadzoru pracy podlega Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa a w zakresie organizacji i nadzoru pracy personelu średniego i niższego podlega Naczelnej Pielęgniarce,

3)zasady przyjęcia pacjenta na blok operacyjny, przekazywania pacjenta na oddział szpitalny określa procedura P-8-00 Systemu Zarządzania Jakością ISO 9001 dotycząca Świadczenia Usług Zdrowotnych w zakresie Lecznictwa Stacjonarnego,

4)w skład bloku operacyjnego wchodzą:

a) sala operacyjna 1 - sala operacyjna chirurgiczna
b) sala operacyjna 2 - sala operacyjna urologiczna;
c) sala operacyjna 3 - sala operacyjna neurochirurgiczna,
d) sala operacyjna 4 - sala operacyjna ortopedyczna,
e) sala wybudzeń,
f) sala endoskopowa urologiczna - IV
g) pomieszczenia administracyjne, pomieszczenia magazynowe, pomieszczenia porządkowe, brudownik, śluzy szatniowe, śluza materiałowa, śluza pacjenta, winda czysta i winda brudna, ciąg komunikacyjny „czysty" oraz ciąg komunikacyjny „brudny",

5)zadaniem bloku operacyjnego jest przeprowadzanie zabiegów operacyjnych w optymalnych zgodnych z zasadami aseptyki i antyseptyki warunkach z zakresu chirurgii ogólnej, onkologicznej i naczyń, urologii ogólnej i onkologicznej, neurochirurgii, ortopedii, hematologii z zakresu pobierania szpiku kostnego

6) zabiegi operacyjne planowe wykonywane są zgodnie z planem sporządzonym przez koordynatorów oddziałów zabiegowych i przekazanym Kierownikowi Bloku Operacyjnego dzień wcześniej do godz. 14.00. Ewentualne zmiany w planie operacyjnym muszą być zgłoszone Kierownikowi Bloku operacyjnego.

7)zabiegi operacyjne „planowe" rozpoczynają się zgodnie z ustalonym z lekarzami kierującymi oddziałami zabiegowych harmonogramem:

a) o godz. 7:30 przyjeżdżają pacjenci z oddziałów zabiegowych,
b) o godz. 7.30 na sale operacyjne przychodzą zarówno lekarze anestezjolodzy jak i lekarze operujący,

8)zmiana godziny rozpoczęcia zabiegu musi być zaznaczona w planie operacyjnym każdego oddziału,

9) zabiegi planowe i dyżurne są przeprowadzane w salach operacyjnych przypisanych do danego oddziału. Tylko w wyjątkowych sytuacjach (stan zagrożenia życia, awaria sali operacyjnej) zabiegi operacyjne mogą być przeprowadzone na innej sali operacyjnej po uzgodnieniu tej możliwości z kierownikiem bloku lub na dyżurze z instrumentariuszką dyżurną,
10)zabiegi operacyjne dyżurne odbywają się po wcześniejszym uzgodnieniu godz. ich rozpoczęcia z lekarzem anestezjologiem i instrumentariuszką dyżurną,
11)w przypadku śródoperacyjnego pobrania materiału do badań mikrobiologicznych i/lub histopatologicznych, obowiązkiem lekarza jest wypisanie skierowania,
11) przekazanie pobranego materiału do Zakładu Mikrobiologii i/lub Zakładu Patomorfologii nadzoruje pielęgniarka instrumentująca do danego zabiegu,
12) podczas zabiegu należy zachować ciszę oraz ograniczać wchodzenie i wychodzenie z sali operacyjnej tylko do sytuacji koniecznych związanych z zabiegiem,
13) śluzy szatniowe personelu przed zabiegiem operacyjnym służą do zmiany ubrania i obuwia szpitalnego na ubranie i obuwie noszone wyłącznie w obrębie bloku operacyjnego. Po zabiegu operacyjnym w śluzie ubranie i obuwie operacyjne wrzuca się do odpowiednio oznakowanych pojemników znajdujących się w pomieszczeniu higieniczno-sanitarnym dla personelu. W śluzach szatniowych należy zachować porządek,
14)wejście na blok operacyjny w nieodpowiednim ubraniu oraz opuszczanie bloku w ubraniu operacyjnym jest zabronione,
15)strój operacyjny (fartuch, czapka, maska rękawiczki) może być użyty do jednej operacji,
16)po zakończonym zabiegu cały strój operacyjny należy umieścić w odpowiednio oznakowanych pojemnikach znajdujących się w sali operacyjnej. Zabrudzone w czasie zabiegu obuwie należy wymienić w myjni. Nie wolno wychodzić w zabrudzonym stroju operacyjnym na „czysty" ciąg komunikacyjny. Materiał skażony, odpady medyczne, instrumentarium i sprzęt po zabiegu operacyjnym są przewożone z sal operacyjnych i sali wybudzeń „ brudnym" ciągiem komunikacyjnym do odpowiednich pomieszczeń,
17) zabrania się osobom przebywającym w bloku operacyjnym noszenia biżuterii na rękach,
18) po każdym zabiegu operacyjnym uznawanym za czysty chirurgicznie należy wykonać sprzątanie profilaktyczne. Po zakończonych zabiegach planowych oraz po każdym zabiegu septycznym należy wykonać sprzątanie gruntowne połączone z wymianą powietrza wynoszącą pół godziny. Sposób postępowania w poszczególnych przypadkach reguluje procedura higieniczna,
19)pacjenci na blok operacyjny przywożeni są z poszczególnych oddziałów po przygotowaniu zgodnie z przyjętymi standardami. Przekładanie chorego na blat stołu operacyjnego powinno odbywać się w śluzie pacjenta przy współudziale personelu bloku operacyjnego i pielęgniarki anestezjologicznej. Tylko w wyjątkowych sytuacjach(ciężki stan pacjenta, pacjent z wyciągiem bezpośrednim) pacjent na salę operacyjną może być przewieziony w łóżku z oddziału. Po zakończonym zabiegu w przekładaniu pacjenta na łóżko w śluzie lub w sali wybudzeń bierze udział cały zespół łącznie z lekarzem operującym.
20) W czasie pobytu w bloku operacyjnym personel powinien zapewnić pacjentowi bezpieczeństwo, komfort psychiczny, intymność, poszanowanie godności osobistej.
21) Obowiązuje ścisły zakaz wstępu na blok operacyjny osób postronnych (rodzin operowanych pacjentów i służb mundurowych)
22) materiały i sprzęt niezbędne do funkcjonowania i wyposażenia bloku operacyjnego dostarczane są przez śluzę materiałową,
23) w bloku operacyjnym prowadzona jest dokumentacja wykonanych zabiegów oraz okołooperacyjna karta kontrolna; wpisy w karcie są dokonywane przez koordynatora karty, którym jest lekarz anestezjolog biorący udział w zabiegu operacyjnym.

3) Pracownia Hemodynamiczna:

1) Pracownia jest komórką organizacyjną Szpitala Miejskiego,

2) organizację świadczeń i nadzór nad procesem leczenia sprawuje lekarz kierujący oddziałem Kardiologii i Intensywnej Opieki Medycznej.

3) zasady realizacji świadczeń w zakresie badań inwazyjnych określa procedura P-8-00 Systemu Zarządzania Jakością ISO 9001 dotycząca świadczenia usług zdrowotnych w zakresie lecznictwa stacjonarnego,

4) w pracowni wykonuje się następujące badania/ zabiegi inwazyjne:

a) koronarografię,

b) koronaroplastykę.

4) Pracownia Elektrofizjologii:

1) Pracownia jest komórka organizacyjna Szpitala Miejskiego,

2) organizację świadczeń i nadzór nad procesem leczenia sprawuje lekarz kierujący oddziałem Kardiologii i Intensywnej Opieki Kardiologicznej

3) w zakresie działalności Pracowni przeprowadzane są zabiegi:

a) implantacje stymulatorów serca: jednojamowego i dwujamowego

b) wymiana stymulatorów.

c) implantacje kardiowerterów-defibrylatorów (ICD)

d) implantacje kardiowerterów-defibrylatorów z funkcją resynchronizacji (CRT-D)

e) wymiana kardiowerterów-defibrylatorów (ICD i CRT-D)

f) badania elektrofizjologiczne.

g) ablacje w zaburzeniach rytmu serca (RF i krioablacja).

§ 32.2 Organizacja pracy w innych komórkach o charakterze medycznym:

1) Apteka:

1) Apteka jest komórką organizacyjną Szpitala Miejskiego,

2) Apteką kieruje Kierownik, który polega Dyrektorowi Szpitala, którego w zakresie spraw dotyczących wykonywania świadczeń zdrowotnych i farmaceutycznych reprezentuje Zastępca Dyrektora ds. lecznictwa.

3) w skład Apteki wchodzą następujące pomieszczenia:

a) izba ekspedycyjna,

b) receptura,

c) magazyny na leki - specyfiki, materiały opatrunkowe i środki dezynfekcyjne, .

d) pracownia cytostatyków,

e)pracownia żywienia pozajelitowego,

f) magazyn materiałów łatwopalnych,

g) pokój kierownika apteki,

h) pokój socjalny i szatnia.

4) do zadań Apteki należy:

a)wydawanie komórkom organizacyjnym Szpitala leków, gazów medycznych, płynów infuzyjnych, nici chirurgicznych, materiałów opatrunkowych oraz wyrobów medycznych (sprzętu) określonych w odrębnych przepisach,

b) sporządzanie leków recepturowych, aptecznych i do żywienia pozajelitowego,

c) przygotowywanie leków w dawkach dziennych w tym leków cytostatycznych,

d) organizowanie zaopatrzenia Szpitala w produkty medyczne i wyroby medyczne,

e) właściwe przechowywanie i magazynowanie produktów leczniczych i materiałów medycznych,

h) sprawdzanie terminów ważności i właściwa rotacja leków,

i) udzielanie informacji o produktach leczniczych i materiałach medycznych, w tym również o lekach nowo wprowadzonych oraz aktualnie dostępnych w Aptece,

j) okresowa kontrola apteczek oddziałowych,

k) udział w monitorowaniu działań niepożądanych leków,

l)udział w badaniach klinicznych prowadzonych na terenie Szpitala,

ł) udział w racjonalizacji farmakoterapii.
m) współuczestniczenie w prowadzeniu gospodarki produktami leczniczymi i wyrobami medycznymi w Szpitalu oraz przygotowywanie przetargów
n)prowadzenie ewidencji próbek do badań klinicznych oraz uzyskiwanych darów produktów leczniczych i materiałów medycznych,
o) ustalanie procedur wydawania produktów leczniczych i materiałów medycznych przez Aptekę na odziały oraz dla pacjenta..

5) wyposażenie Apteki , aparatura i sprzęt medyczny powinny być utrzymane w stanie należytej użyteczności i bezpieczeństwa, w miarę możliwości zmieniane i unowocześniane,
6)Apteka wydaje, materiały opatrunkowe i środki dezynfekcyjne - na podstawie zapotrzebowań - receptariuszy składanych przez oddział lub pracownię i podpisanych przez lekarza kierującego oddziałem / kierownika pracowni lub osobę przez niego upoważnioną,
7) realizacja zapotrzebowań następuje zgodnie z harmonogramem z wyjątkiem zapotrzebowani pilnych i dodatkowych,
8) zapotrzebowanie na leki składane w Aptece szpitalnej - osoba przyjmująca sprawdza pod względem merytorycznym i fachowym,.
9) w razie braku przepisanego leku, specyfiku lub niemożliwości sporządzenia leku recepturowego - kierownik Apteki lub personel fachowy kontaktuje się z lekarzem ordynującym lek celem uzgodnienia leku zastępczego lub terminu jego sprowadzenia,
10) wszelkie zmiany dotyczące składni , ilości lub rodzaju wydawanego leku powinny być odnotowane na zapotrzebowaniu w rubryce „ uwagi" i podpisane,
11) Apteka wydaje leki , płyny infuzyjne , środki dezynfekcyjne i materiały opatrunkowe pielęgniarce oddziałowej lub osobie upoważnionej do odbioru leku za pokwitowaniem na oryginale zapotrzebowani,
12) Apteka prowadzi odpowiednią dokumentację rozliczeniową i sprawozdawczą . Dla celów kontrolnych przechowuje oryginały recept w swoich aktach,
13) wstęp do wewnętrznych pomieszczeń apteki, poza jej personelem dozwolony jest jedynie Dyrektorowi i Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa oraz organom kontrolnym.

2) Pracownia Immunologii Transfuzjologicznej z Bankiem Krwi

1) Pracownia jest komórką organizacyjną Szpitala Miejskiego.
2) Za organizację pracy w odpowiedzialny jest kierownik pracowni, który podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.
3) Zadaniem Pracowni jest:

- wykonywanie badań z zakresu immunologii transfuzjologicznej warunkujących bezpieczne przetaczanie krwi i jej składników;
- przesyłanie do Pracowni Konsultacyjnej RCKiK w Bydgoszczy próbek krwi wymagających badań, które przekraczają możliwości Pracowni.
- prowadzenie rejestru osób, które wytworzyły przeciw ciała znaczące klinicznie;
- prowadzenie trwałej dokumentacji grup krwi w dokumentach oraz kartach identyfikacyjnych grup krwi;
- prowadzenie dokumentacji w książce badań grup krwi, książce prób zgodności, książce raportów;
- przyjmowanie zamówień na krew i jej składniki z oddziałów Szpitala;
- składanie zamówień na krew i jej składniki w RCKiK w Bydgoszczy, ich kontrola przy odbiorze;
- zapewnienie właściwych, udokumentowanych warunków transportu, jeżeli krew i jej składniki są przewożone transportem podmiotu leczniczego;
- przechowywanie krwi i jej składników w odpowiednich udokumentowanych warunkach;

- przyjmowanie skierowań na wykonanie próby zgodności, przydzielanie segmentów drenów odpowiednich donacji krwi i przekazywanie ich do wykonania próby zgodności;
- wydawanie krwi i jej składników do oddziałów Szpitala : w przypadku osocza i krioprecypitatu po uprzednim ich rozmrożeniu w odpowiednich, udokumentowanych warunkach;
- udokumentowane przyjmowanie z oddziałów Szpitala i przechowywanie pojemników z pozostałością po przetoczeniu wraz z zestawami do przetoczenia, przekazywanie ich do utylizacji;
- przyjmowanie zwrotów i reklamacji krwi i jej składników zgodnie z § 24 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 grudnia 2012 r. w sprawie leczenia krwią w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, w których przebywają pacjenci ze wskazaniami do leczenia krwią i jej składnikami (DZ. U z 04.05.2013, poz. 5),
- prowadzenie książki przychodów i rozchodów krwi i jej składników;
- prowadzenie sprawozdawczości zużycia krwi i jej składników;
- w przypadku braku właściwego preparatu krwi wymagającym indywidualnego postępowania pracownik Pracowni postępuje zgodnie z decyzją lekarza leczącego.

Dział Higieny i Epidemiologii

1. Za prawidłowe funkcjonowanie Działu Higieny i Epidemiologii odpowiada Kierownik Działu, który w wykonywaniu swoich obowiązków podlega Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.

Do zadań Działu Higieny i Epidemiologii należy w szczególności:

2. Sprawowanie nadzoru nad stanem sanitarno–epidemiologicznym:

a. prowadzenie kontroli wewnętrznej w obszarze realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych,

b. opracowywanie i wdrażanie planów higieny oraz harmonogramów sprzątania dla wszystkich komórek organizacyjnych szpitala,

c. opracowywanie i wdrażanie procedur akredytacyjnych kontroli zakażeń i higienicznych oraz egzekwowanie ich przestrzegania,

δ. doradztwo w zakresie planowania opieki nad chorymi z czynnikami ryzyka predysponującymi do wystąpienia zakażenia.

3. Współudział w realizacji zadań Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych i Polityki Antybiotykowej oraz Komitetu Kontroli Zakażeń Szpitalnych m.in.:

a) prowadzenie monitorowania i rejestracji zakażeń oraz drobnoustrojów alarmowych,

b) sporządzanie i opracowywanie raportów statystycznych zakażeń i chorób zakaźnych,

4.Opiniowanie tworzonych przez zespoły problemowe instrukcji, procedur i standardów związanych z profilaktyką zakażeń szpitalnych.

5.Organizowanie szkoleń personelu w zakresie profilaktyki zakażeń szpitalnych.

6.Udzielanie instruktażu stanowiskowego pracownikom w okresie adaptacji zawodowej oraz bieżącego instruktażu na stanowiskach pracy w zakresie swoich kompetencji.

7. Zapewnienie dla Szpitala usług świadczonych przez podmioty zewnętrzne w zakresie utrzymania czystości, sterylizacji, dostarczania preparatów dezynfekcyjnych i antyseptycznych oraz odbioru i unieszkodliwiania odpadów.

8. Przygotowywanie i wydawanie roztworów użytkowych preparatów do dezynfekcji powierzchni.

9. Przeprowadzanie procesów dezynfekcji parowej oraz mycia i dezynfekcji sprzętu przekazywanego do Stacji Łóżek.

10. Opracowywanie, wdrażanie i egzekwowanie przestrzegania procedur prawidłowej gospodarki odpadami oraz prowadzenie obowiązującej dokumentacji.
11. Zapewnienie transportu czystej bielizny i materiału sterylnego do komórek organizacyjnych szpitala oraz materiału skażonego do centralnej sterylizacji.
12. Rozliczanie kosztów za usługi odbioru i unieszkodliwiania odpadów oraz sterylizacji.

Rozdział VII

Organizacja i zadania poszczególnych komórek organizacyjnych w Przedsiębiorstwie Poradnie Specjalistyczne:

§ 33. Poradnie specjalistyczne.

1. Organizacja pracy zespołu poradni specjalistycznych.
   1) zespołem poradni specjalistycznych w zakresie organizacji pracy i nadzorowania pracą podległego średniego i niższego personelu kieruje Naczelna Pielęgniarka, która bezpośrednio podlega Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.
   2) w zespole poradni specjalistycznych funkcjonuje 16 poradni wykazanych w Rozdziale III niniejszego regulaminu.
   3) zasady realizacji świadczeń w poradniach specjalistycznych określa procedura P-7-00 Systemu Zarządzania Jakością ISO 9001 dotycząca Świadczenia Usług Zdrowotnych w Zakresie Lecznictwa Ambulatoryjnego oraz Instrukcja I-7/01-00 Systemu Zarządzania Jakością ISO 9001 Przyjęcie Pacjenta w Poradni Medycyny Pracy,
   4) informacje o dniach i godz. przyjęć lekarzy w poradniach specjalistycznych wywieszone są na tablicy ogłoszeń oraz na drzwiach gabinetów lekarskich.
   5) obsadę kadrową lekarzy i rozkład ich pracy ustala Naczelna Pielęgniarka, w porozumieniu z Koordynatorami Oddziałów oraz w uzgodnieniu z Zastępcą Dyrektora ds. Lecznictwa,
   6) rozkład pracy personelu medycznego ustala Naczelna Pielęgniarka,
   7) poradnie specjalistyczne przyjmują pacjentów w dni powszednie za wyjątkiem sobót w godzinach rannych i popołudniowych,
   8) szczegółowych informacji o godz. pracy poradni pacjent może uzyskać telefonicznie lub osobiście w rejestracji, na stronie www Szpitala. Szczegółowy rozkład czasu pracy w poradniach z wykazem lekarzy przyjmujących wywieszony jest na tablicy ogłoszeń,
   9) rejestracja pacjentów do poradni specjalistycznych czynna jest w godz. 7:30 – 14:00 osobiście, telefonicznie (nr tel. 61-00-203 lub 259/313/270) i za pośrednictwem osób trzecich,
   10) świadczenia z zakresu specjalistycznej opieki zdrowotnej udzielane są pacjentom ubezpieczonym na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, za wyjątkiem poradni onkologicznej,
   11) jeżeli stan zdrowia osoby ubezpieczonej wymaga kontynuacji leczenia specjalistycznego, to związane z tym kolejne wizyty w gabinecie lekarza specjalisty odbywają się bez ponownego skierowania lekarza,
   12) w przypadku braku skierowania (jeżeli takie jest wymagane) pacjent ponosi koszty realizowanego świadczenia,
   13) świadczenia zdrowotne związane z wypadkiem, zatruciem urazem, stanem zagrożenia życia udzielane są bez skierowania,
   13)czas oczekiwania na poradę do określonych poradni wynika z wcześniejszej rejestracji zgodnie z listami oczekującymi. Lista oczekujących jest jawna i dostępna dla zainteresowanych pacjentów i oparta jest wyłącznie na kryteriach medycznych. Przypadki pilne przyjmowane są na bieżąco w uzgodnieniu z lekarzem stosownej poradni,

14) pacjent ma prawo wyboru lekarza specjalisty, z którego usług medycznych będzie korzystał,
15) w przypadku nieobecności osób udzielających świadczeń zdrowotnych w poradniach odpowiedzialną za ustalenie zastępstw jest Naczelna Pielęgniarka a w przypadku jej nieobecności Z-ca Dyr. ds. Lecznictwa,
16) w przypadku realizacji porad w zakresie programów profilaktycznych rejestracja pacjentów odbywa się zgodnie z warunkami programu,
17).pacjenci leczący się w poradniach specjalistycznych w przypadku otrzymania skierowania na badanie diagnostyczne zobowiązani są korzystać z pracowni i zakładów diagnostycznych Szpitala,
18)w przypadku otrzymania skierowania na badania diagnostyczne, nie wykonywane w tutejszym podmiocie , lekarz lub pielęgniarka wskaże miejsce gdzie należy to badanie wykonać,
19)w przypadkach gdy cel leczenia nie może być osiągnięty w warunkach ambulatoryjnych, lekarz specjalista kieruje pacjenta do leczenia szpitalnego,

2. Do zadań poradni specjalistycznych wykazanych w niniejszym regulaminie poza poradnią medycyny pracy i poradnią preluksacyjną w szczególności należy:
1)ambulatoryjna, specjalistyczna opieka zdrowotna w zakresie świadczeń zdrowotnych udzielanych w danej komórce w warunkach niewymagających ich udzielania w trybie stacjonarnym i całodobowym,
2) leczenie ambulatoryjne osób dorosłych,
3) współpraca z lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej oraz lekarzami specjalistami w zakresie konsultacji leczenia pacjentów wymagających szczególnego postępowania leczniczego,
4) udzielanie świadczeń w zakresie kwalifikacji do zaopatrzenia w środki pomocnicze z zakresu odpowiedniego dla danej poradni specjalistycznej,
5)kierowanie pacjentów na leczenie stacjonarne w oddziałach szpitalnych, sanatoriach i specjalistycznych ośrodkach leczniczych,
6)badanie diagnostyczne z analizą medyczną, współpraca zakładami i pracowniami diagnostycznymi w celu realizacji świadczeń w zakresie diagnostyki laboratoryjnej i obrazowej,
7)orzekanie i opiniowanie o stanie zdrowia,
8)zapobieganie powstawaniu urazów poprzez działania profilaktyczno-lecznicze stosownie do zakresu poradni specjalistycznej,
9) współpraca z instytucjami i zakładami ubezpieczeniowymi w zakresie orzekania i opiniowania o stanie zdrowia osób ubezpieczonych.

3.Komórkami diagnostycznymi przedsiębiorstwa Poradnie Specjalistyczne kierują kierownicy. Organizacja pracy tych komórek przedstawiona jest w § 36 do § 42.

4.W ramach poradni specjalistycznych (chirurgii ogólnej, neurochirurgii, ortopedii i traumatologii, urologii, chirurgii onkologicznej, diabetologii, gastroenterologii, hematologii) funkcjonują gabinety diagnostyczno-zabiegowe, w których wykonywane są zabiegi diagnostyczne i terapeutyczne.

§ 34. Poradnia Medycyny Pracy

1.Do zadań poradni medycyny pracy należy:
1)profilaktyczna opieka zdrowotna (należy przez to rozumieć ogół działań zapobiegających powstawaniu i szerzeniu się niekorzystnych skutków zdrowotnych, które w sposób bezpośredni lub pośredni mają związek z warunkami albo charakterem pracy),
2)wykonywanie badań wstępnych, okresowych i kontrolnych przewidzianych w Kodeksie Pracy,
3)orzecznictwo lekarskie do celów przewidzianych w Kodeksie Pracy i przepisach wydanych na jego podstawie,

4)ocena możliwości wykonywania pracy lub pobierania nauki uwzględniając stan zdrowia i zagrożenia występujące w miejscu pracy i nauki,
5)prowadzenie czynnego poradnictwa w stosunku do chorych na choroby zawodowe lub inne choroby zawiązane z wykonywaną pracą,
6)wykonywanie szczepień ochronnych, niezbędnych w związku z wykonywaną pracą,
7)monitorowanie stanu zdrowia osób pracujących zaliczanych do grupy szczególnego ryzyka, a zwłaszcza osób wykonujących pracę w warunkach przekroczenia normatywów higienicznych,
8)wykonywanie badań umożliwiających wczesną diagnostykę chorób zawodowych i innych chorób związanych z wykonywaną pracą.

2.Służba medycyny pracy jest właściwa do realizowania zadań z zakresu:
1) ograniczenia szkodliwego wpływu pracy na zdrowie,
2) sprawowanie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi,
3) inicjowania i realizowania promocji zdrowia a zwłaszcza profilaktycznych programów prozdrowotnych, wynikających z oceny stanu zdrowia pracujących,
4) inicjowania działań pracodawców na rzecz ochrony zdrowia pracowników i udzielania pomocy w ich realizacji,
5)prowadzenia analizy stany zdrowia pracowników, a zwłaszcza występowania chorób zawodowych i ich przyczyn oraz przyczyn wypadków przy pracy,
6)gromadzenia przechowywania i przetwarzania informacji o narażeniu zawodowym, ryzyku zawodowym i stanie zdrowia osób objętych profilaktyczną opieką zdrowotną.

3.Służba medycyny pracy wykonując swoje zadania współdziała z:
1) pracodawcami i ich organizacjami,
2) pracownikami i ich przedstawicielami, a zwłaszcza ze związkami zawodowymi.

4.Poradnia prowadzi dokumentację medyczną zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2015 r. poz. 2069), z ustawą z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (tekst jednolity Dz. u. 2004 r. , Nr 125, poz. 1317) i z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w kodeksie pracy (Dz. U. Nr 69, poz. 332 ze zm.).

§ 35. Poradnia preluksacyjna:

W Poradni realizowane są świadczenia zdrowotne dzieciom z zakresu zapobieganie powstawaniu wad rozwoju narządów ruchu w ramach, których wykonywane są badania USG stawów biodrowych.

§ 36. Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej:

1)Zakład jest jednostką organizacyjną Przedsiębiorstwa Poradnie Specjalistyczne,
2)organizację wykonywania świadczeń i nadzór nad wykonywaniem przez zakład świadczeń sprawuje Kierownik
3)zasady realizacji świadczeń w zakresie diagnostyki ZDL określa procedura P-9-00 Systemu Zarządzania Jakością ISO 9001 Świadczenie Usług Diagnostyki Medycznej,
4)pacjentom leczonym w systemie ambulatoryjnym oraz pacjentom wykonującym badania odpłatnie materiał do badań pobierany jest w Zespole Poradni Przyszpitalnych w budynku administracyjno-medycznym na parterze w punkcie pobrań p. nr 106 w godz 7:30-10:00,.
5)pacjentom uczestniczącym w programach profilaktycznych pobiera się materiał do badań w wyznaczonym każdorazowo do poszczególnego programu miejscu,
6)Zakład wykonuje świadczenia w systemie całodobowym, w dni powszednie w godz. 7:00-15:00 w pełnym zakresie, w pozostałych godzinach oraz w dni wolne i świąteczne badania pilne oraz wynikające z harmonogramu (np. profile dobowe). Inne badania mogą być dostępne po uzgodnieniu .

7)zadaniem Zakładu jest badanie własności fizycznej i składu (chemicznego i morfotycznego) płynów ustrojowych, wydzielin, wydalin i tkanek oraz preparatów krwiotwórczych komórek macierzystych w celu zapobiegania chorobom, rozpoznawania ich, kontroli leczenia i orzekania.

8)badania powyższe mogą być wykonywane także w innym celu np. dla nauki czy dydaktyki, ale po uprzednim porozumieniu się z Kierownikiem ZDL i ustalenia możliwości i warunków podjęcia takich badań. Przy badaniach stanowiących dodatkowe znaczne obciążenie pracą lub kosztami po akceptacji Dyrektora.

9) współdziałanie ZDL z oddziałami szpitalnymi i poradniami oraz Bankiem Kriwotwórczych Komórek Macierzystych odbywa się wg następujących zasad:

a)materiał do badań dostarczany jest do ZDL maksymalnie 40 minut po jego pobraniu z wyjątkiem badań, do których pobiera się z krew włośniczkową. Krew lub preparaty z Banku Krwiotwórczych Komórek Macierzystych standardowo będą badane w dni robocze od poniedziałku do piątku, dostarczone nie później niż o godz. 13.00-stej. W sytuacjach wyjątkowej konieczności badań w innym czasie, będzie to indywidualnie ustalane z Kierownikiem ZDL.

b)materiał powinien być pobierany w standardowych warunkach, tzn. rano na czczo, po odpoczynku nocnym. Nie dotyczy to badań zlecanych w trybie pilnym i obejmujących ustalony zakres,

c)materiał powinien być odpowiednio pobrany, oznakowany i przechowywany oraz zaopatrzony w czytelnie wypełnione skierowanie zawierające numer PESEL pacjenta, nazwisko lekarza kierującego i pielęgniarki pobierającej materiał oraz rozpoznanie zwłaszcza wskazane, gdy badanie jest wykonywane poza tut. laboratorium. Zwiększanie zakresu zleconych wcześniej badań telefonicznie dopuszczalne jest jedynie w wyjątkowych wypadkach. Powyższego dokonuje lekarz lub pielęgniarka oddziałowa z podaniem imienia i nazwiska pacjenta, numeru PESEL i rodzaju badania,

d) badania, za które szpital płaci innym placówkom (tzn. wykonywane poza tut. ZDL) muszą posiadać skierowania zaopatrzone w numer pacjenta z księgi głównej, ZDL ma prawo odmówić przyjęcia nieodpowiednio zabezpieczonego materiału lub bez odpowiedniego skierowania lub żądać powtórnego pobrania materiału,

e)ZDL posiada wykaz wykonywanych badań wraz z informacją o sposobie pobierania potrzebnej ilości materiału, sposobie przygotowania chorego (o ile taka potrzeba zachodzi), metodzie badania i zakresie wartości prawidłowych oraz koszcie i udostępnić ten wykaz zlecającym wykonywanie badań,

f) w przypadku konieczności wykonania badań w innych placówkach służby zdrowia na terenie Torunia ZDL przesyła materiał transportem kontenerowym. W przypadku konieczności przesyłania materiału poza granice miast ZDL przygotowuje i zabezpiecza materiał do wysyłki, a wysyłką zajmuje się właściwy oddział za wyjątkiem transportu do Bydgoszczy),

10)ceny badań laboratoryjnych podane są w cenniku działami:

a) hematologia,
b) biochemia,
c) analityka,
d) immunochemia,

11) zakład pośredniczy w wykonywaniu badań dodatkowych (wykonywane u podwykonawcy): markery nowotworowe, diagnostyka miażdżycy i nadciśnienia, badania endokrynologiczne immunologiczne, autoimmunologiczne, genetyczne, alergologiczne, toksykologiczne monitorowanie stężenia leków i witamin.

12) ZDL prowadzi regularne szkolenia z zakresu zasad pobierania materiału do badań przy pomocy próżniowego systemu.

§ 37. Zakład Mikrobiologii:

1. Zakład jest jednostką organizacyjną Przedsiębiorstwa Poradnie Specjalistyczne.
2. Za organizację i nadzór nad wykonywaniem świadczeń przez Zakład Mikrobiologii odpowiada kierownik.
3. Zasady realizacji świadczeń w zakresie diagnostyki mikrobiologicznej określa procedura P-9-00 Systemu Zarządzania Jakością ISO 9001 Świadczenie Usług Diagnostyki Medycznej.
4. Zakład realizuje zadania:

a) poszukiwanie w materiale biologicznym czynnika etiologicznego choroby infekcyjnej.
b) identyfikacja, określanie lekowrażliwości , wykrywanie mechanizmów oporności drobnoustrojów, zgodnie z obowiązującymi zaleceniami Konsultanta Krajowego ds Mikrobiologii,
c) badanie mikrobiologiczne krwiotwórczych komórek macierzystych.
d) oznaczanie antygenów i przeciwciał drobnoustrojów chorobotwórczych,
e) wykonywanie badań na zlecenie komórek i jednostek organizacyjnych SSM oraz innych podmiotów,
f) prowadzenie działalności konsultacyjnej,
g) prowadzenie kontroli jakości badań mikrobiologicznych,
h) prowadzenie szkoleń i dokształcanie pracowników medycznych w dziedzinie diagnostyki mikrobiologicznej oraz terapii zakażeń,
i) udział w programach kontroli zakażeń szpitalnych polegających na mikrobiologicznym monitorowaniu chorych, środowiska szpitalnego, kontroli sterylizacji i dezynfekcji, analizowaniu danych, udział w dochodzeniu epidemiologicznym.

5. Zasady współdziałania Zakładu z oddziałami szpitalnymi, poradniami oraz innymi podmiotami:

a) materiał do badań dostarczany jest do Zakładu Mikrobiologii wg ustalonych procedur oraz zaopatrzony w czytelnie wypełnione zlecenie na badanie,
b) Zakład posiada wykaz oraz cennik wykonywanych badań i udostępnia ten wykaz zlecającym,
c) Zakład posiada procedurę pobierania, transportu i przechowywania materiału do badań mikrobiologicznych,
d) Zakład w razie niespełnienia w/w procedury ma prawo odmówić przyjęcia materiału a także zażądać powtórnego pobrania badania,
e) w przypadku wątpliwości, co do zakresu, liczby zlecanych badań lub w celu poszerzenia panelu badań asystent Zakładu Mikrobiologii ma prawo żądać od zlecającego dodatkowych informacji o chorym,
f) w przypadku konieczności wykonywania badań w innych podmiotach leczniczych Zakład przygotowuje i zabezpiecza materiał do wysyłki transportem kontenerowym.

6. Czas oczekiwania na badania jest różny, zależny od rodzaju badania mikrobiologicznego.
7. Zakład wykonuje badania od 7.00 do 18.00 od poniedziałku do piątku w pełnym zakresie, natomiast w soboty, niedzielę i święta w godzinach od 8.00 do 10.00 ew. dłużej zależnie od ilości dostarczonego materiału do badań.

Poza godzinami pracy Zakładu, w celu zapewnienia całodobowego dostępu do diagnostyki mikrobiologicznej 9 dotyczy badan bardzo pilnych w stanach zagrożenia zdrowia lub życia pacjenta) asystenci pełnią dyżur pod telefonem – nr tel. znajduje się w Izbie Przyjęć .

8. Sprawozdania z badania mikrobiologicznego podawane są na ustalonych formularzach i podpisane przez osobę upoważnioną.

§ 38. Zakład Patomorfologii:

1) Zakład jest jednostką organizacyjną Przedsiębiorstwa Poradnie Specjalistyczne,
2) Zakładem kieruje kierownik, który podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.
3) zasady realizacji świadczeń w zakresie diagnostyki patomorfologicznej określa

procedura P-9-00 Systemu Zarządzania Jakością ISO 9001 Świadczenie Usług Diagnostyki Medycznej oraz Instrukcja I – 09/01-00 Systemu Zarządzania Jakością ISO 9001 Postępowanie z materiałem operacyjnym i oligobiotycznym w Zakładzie Patomorfologii,

4) rejestracja na pobieranie materiału biopsyjnego obowiązuje: osobiście, telefonicznie lub przez osoby trzecie – tel. (056) 61-00-201 w pracowni USG, 61-00-308 w poradni onkologicznej.

5) czas oczekiwania na wykonanie badania wynika z wcześniejszej rejestracji. Przypadki pilne przyjmowane są na bieżąco w uzgodnieniu z lekarzem Zakładu,.

6) informacje o dniach i godzinach przyjęć pacjentów wywieszone są na drzwiach zewnętrznych w pracowni USG i w poradni onkologicznej , gdzie pobierany jest materiał do badań.

7) do zadań Zakładu należą:

a) diagnostyka patomorfologiczna materiału biopsyjnego, w tym: badania histopatologiczne materiału operacyjnego, śródoperacyjne (doraźne),.

b) badania cytologiczne: cytologia złuszczeniowa, biopsja aspiracyjna cienkoigłowa.

c) wykonywanie sekcji zwłok osób zmarłych.

§ 38 a Bank Krwiotwórczych Komórek Macierzystych.

1. Bank jest jednostką organizacyjną Przedsiębiorstwa Poradnia Specjalistyczne
2. Organizację wykonywania świadczeń i nadzór nad wykonywaniem przez Bank świadczeń sprawuje Kierownik Banku, który podlega bezpośrednio Za-cy Dyrektora ds. Lecznictwa.
3. Realizacja zadań Banku rozpocznie się po uzyskaniu pozwolenia Ministerstwa Zdrowia.
4. Utworzenia tej jednostki ma umożliwić wykonywania procedur autologicznych przeszczepiania krwiotwórczych komórek macierzystych w oddziale hematologicznym.
5. Zakres świadczeń realizowanych w BKKM:

1) Przyjmowanie i testowanie krwiotwórczych komórek macierzystych (KKM) pozyskanych od chorego w ośrodku Oddziału Hematologicznego.

2) Przetwarzania KKM w Pracowni Preparatyki.

3) Kontrolowane zamrażanie KKM.

4) Przechowywanie KKM w zbiornikach z ciekłym azotem (-196º C) lub w zamrażarce(-80º).

5) Rozmrażanie i przekazywanie preparatów KKM do ośrodka przeszczepowego Oddziału Hematologicznego w czasie określonym przez ośrodek.

6) Prowadzenie badań naukowych z wykorzystaniem KKM we współpracy z Uniwersytetem im. Mikołaja Kopernika w Toruniu.

6. Do Zadań Kierownika Banku należy: nadzór i kierowanie pracą personelu pod względem przestrzegania norm i wymogów dotyczących przyjmowania, przetwarzania, przechowywania i dystrybucji KKM oraz współpraca z Krajowym Centrum Bankowania Tkanek i Komórek w zakresie zgłaszania zdarzeń niepożądanych i wymaganej sprawozdawczości z działalności BKKM.

7. Do zadań Asystentów Banku należy:

1) odpowiedzialność za jakość, nadzór nad kryteriami jakości i bezpieczeństwa związanego z testowaniem, przetwarzaniem, przechowywaniem i dystrybucją KKM.

2) odpowiedzialność za przestrzeganie przepisów Ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów. Odpowiedzialność za zapewnienie przestrzegania wymogów dotyczących wykonywania badań laboratoryjnych wymaganych w odniesieniu do przyjmowania do Banku preparatów autologicznych, procedur preparowania, testowania, przechowywania i dystrybucji KKM.

§ 39. Pracownia Rentgenodiagnostyki.

1) Pracownia jest komórką organizacyjną Przedsiębiorstwa Poradnie Specjalistyczne,
2)organizację wykonywania świadczeń i nadzór nad wykonywaniem przez pracownię świadczeń sprawuje kierownik,
3)zasady realizacji świadczeń w zakresie rentgenodiagnostyki i diagnostyki obrazowej określa procedura P-9-00 Systemu Zarządzania Jakością ISO 9001 Świadczenie Usług Diagnostyki Medycznej.
4)pacjentów ambulatoryjnych obowiązuje wcześniejsza rejestracja: osobiście, telefonicznie (056) 61-00-221 lub przez osoby trzecie.
5)czas oczekiwania na wykonanie badań jest różny wynika z wcześniejszej rejestracji. Przypadki pilne przyjmowane są na bieżąco w uzgodnieniu z lekarzem pracowni,
6) informacja o dniach i godz. przyjęć pacjentów wywieszona jest w okienku rejestracji do Pracowni,
7) w pracowni wykonywany jest następujący zakres badań diagnostyczno-leczniczych:
   a) diagnostyka układu kostno-stawowego;
   b) diagnostyka układu pokarmowego i moczowego;
   c) diagnostyka narządów klatki piersiowej ;
   d) diagnostyka narządów jamy brzusznej;
   e) badania mammograficzne /w tym zdjęcie celowanie i powiększone;

oraz badania objęte zakresem działania pracowni w ramach programów profilaktycznych.

§ 40. Pracownia Ultrasonograficzna (USG):

1) Pracownia jest komórką organizacyjną Przedsiębiorstwa Poradnie Specjalistyczne,
2) organizację wykonywania świadczeń i nadzór nad wykonywaniem przez pracownię świadczeń sprawuje kierownik zgodnie z zapisami umowy cywilno-prawnej,
3) zasady realizacji świadczeń w zakresie diagnostyki USG określa procedura P-9-00 Systemu Zarządzania Jakością ISO 9001 świadczenie usług diagnostyki medycznej,
4) do pracowni obowiązuje wcześniejsza rejestracja: osobiście, telefonicznie (056) 61-00-201 lub przez osoby trzecie,
5) czas oczekiwania na wykonanie badań wynika z wcześniejszej rejestracji. Przypadki pilne przyjmowane są na bieżąco w uzgodnieniu z lekarzem pracowni,
6) informacja o dniach i godzinach przyjęć pacjentów wywieszona jest na drzwiach zewnętrznych pracowni,
7) w pracowni wykonywane są następujące procedury:
   a)badania usg narządów: jama brzuszna, tarczyca; piersi; jądra; tkanki miękkie,
   b)ocena morfologiczna naczyń i przepływów naczyniowych,
   c)biopsje aspiracyjne cienkoigłowe (BAC) we współpracy z lekarzem patologiem (guzki piersi; tarczycy, tkanek miękkich) oraz w znieczuleniu ogólnym zmian zlokalizowanych w jamie brzusznej we współpracy z lekarzem anestezjologiem;
   d)nakłucia i drenaże zbiorników płynu (torbiele, ropnie, wolny płyn) zlokalizowanych w jamach ciała lub narządach miąższowych;
   e)badania objęte zakresem działania pracowni w ramach programów profilaktycznych.
8) harmonogram pracy pracowni ustalany jest w okresach półrocznych w uzgodnieniu z Zastępcą Dyrektora ds. Lecznictwa.

§ 41. Pracownia Endoskopowa:

1)Pracownia jest komórką organizacyjną Przedsiębiorstwa Poradnie Specjalistyczne,
2)organizację wykonywania świadczeń i nadzór nad wykonywaniem przez pracownię świadczeń sprawuje kierownik zgodnie z zapisami umowy cywilno-prawnej,

3)zasady realizacji świadczeń w zakresie diagnostyki endoskopowej określa procedura P-9-00 Systemu Zarządzania Jakością ISO 9001 Świadczenie Usług Diagnostyki Medycznej,
4)do pracowni obowiązuje wcześniejsza rejestracja: osobiście, telefonicznie (056) 61-00-343 lub przez osoby trzecie w godzinach od 8.00 do 12.30 w pokoju nr 023 od poniedziałku do czwartku,
5)odbiór wyników histopatologicznych z badań ambulatoryjnych odbywa się osobiście lub przez osoby upoważnione na piśmie (druk SSM-MED-165) w pokoju nr 023 w godzinach od 8.00 do 12.30. od poniedziałku do czwartku.
6)czas oczekiwania na wykonanie badania wynika z wcześniejszej rejestracji. Przypadki pilne przyjmowane są na bieżąco w uzgodnieniu z lekarzem pracowni.
7)informacja o dniach i godzinach przyjęć pacjentów wywieszona jest na drzwiach zewnętrznych pracowni.
8) w pracowni wykonywane następujące procedury medyczne:
a) badanie przełyku, żołądka i dwunastnicy - gastroduodenofiberoskopia (GFS), – również z wykonaniem testu w kierunku Helicobacter Pylori lub/i pobraniem wycinków do badania histopatologicznego,
b) badanie jelita grubego - kolonoskopia (CFS) - również z pobraniem wycinków do badania histopatologicznego,
c) endoskopia terapeutyczna : tamowanie krwawień, usuwanie ciał obcych, niszczenie zmian patologicznych (np. rozszerzeń naczyniowych), ostrzykiwanie żylaków przełyku, usuwanie polipów uszypułowanych i płaskich, zakładanie odżywczej gastrostomii endoskopowej.

§ 42. Zakład Diagnostyki Kardiologicznej:

1) Zakład jest komórką organizacyjną Przedsiębiorstwa Poradnie Specjalistyczne,
2)Zakładem kieruje kierownik, który podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.
3) zasady realizacji świadczeń w zakresie diagnostyki kardiologicznej określa procedura P-9-00 Systemu Zarządzania Jakością ISO 9001 Świadczenie Usług Diagnostyki Medycznej,
4) pacjentów ambulatoryjnych obowiązuje wcześniejsza rejestracja: osobiście, telefonicznie (6100241, 6100399, 6100239, 6100240) lub przez osoby trzecie,.
5)czas oczekiwania na wykonanie badań jest różny. Przypadki pilne przyjmowane są na bieżąco w uzgodnieniu z lekarzem Zakładu,
6)informacja o dniach i godzinach przyjęć pacjentów wywieszona jest na drzwiach zewnętrznych Zakładu,
7)w Zakładzie wykonuje się następujące procedury medyczne:
a) badanie elektrokardiograficzne,
b) elektrokardiograficzna próba wysiłkowa,
c) badanie 24-godzinne ekg metodą Holtera,
d) badanie 24-godzinne ciśnienia tętniczego,
e) badanie echokardiograficzne,
f) echokardiograficzna próba obciążeniowa,
g) test pochyleniowy.
8)harmonogram pracy Zakładu ustalany jest w okresach półrocznych w uzgodnieniu z Zastępcą Dyrektora ds. Lecznictwa.

§ 42. a Pracownia Urodynamiczna:

1. Pracownia jest komórką organizacyjną Przedsiębiorstwa Poradnie Specjalistyczne.
2. Pracownią kieruje lekarz Kierujący Oddziałem Urologi Ogólnej i Onkologicznej

3. Pracownia Urodynamiczna wykonuje badania w nietrzymaniu moczu u kobiet (operacje podwieszające cewkę) oraz mężczyzn (sztuczny zwieracz cewki moczowej). W Pracowni Urodynamicznej możliwe jest także leczenie neurogennych zaburzeń czynności pęcherza moczowego przy pomocy tak nowoczesnych zabiegów jak wstrzyknięcia toksyny botulinowej (Botox).

Rozdział VIII
Organizacja i zadania komórek organizacyjnych pozamedycznych (administracyjnych) w podmiocie leczniczym Szpital

§ 43. Dział Organizacji i Nadzoru.

1.Za wykonanie wszystkich zadań i organizację pracy w dziale odpowiada kierownik, który podlega bezpośrednio Dyrektorowi podmiotu leczniczego

2. W ramach działu powołane są następujące stanowiska pracy:
   1) Młodszy asystent;
   2) Referent;
   3) Archiwista;
   4) Sekretarka medyczna;
   5) Koordynator pacjenta w ramach szybkiej ścieżki onkologicznej;
   6) Pełnomocnik Dyrektora ds Praw Pacjenta.

3.Do zadań działu w szczególności należy:
   1)zbieranie i opracowywanie danych statystycznych dotyczących poszczególnych komórek organizacyjnych SSM;
   2)sporządzanie obowiązujących sprawozdań statystycznych z działalności Szpitala w terminach określonych w przepisach o sprawozdawczości statystycznej;
   3) koordynacja prac związanych z prowadzeniem Instrukcji Kancelaryjnej i Składnicy Akt w tym:
      a) prowadzenie Składnicy Akt,
      b) prowadzenie spraw związanych z udostępnianiem dokumentacji medycznej uprawnionym podmiotom i pacjentom,
   4) prowadzenie list oczekujących pacjentów na planowe przyjęcia w programie AMMS oraz w aplikacji udostępnionej przez NFZ (AP-KOLCE), koordynacja nad spójnością danych;
   5) przyjmowanie i rozpatrywanie skarg i wniosków;
   6)zbieranie i kompletowanie danych dotyczących udzielanych świadczeń zdrowotnych we współpracy z Działem Ekonomicznym i Spraw Pracowniczych;
   7)przygotowywanie w porozumieniu z koordynatorami, kierownikami komórek organizacyjnych materiałów do konkursów ofert (NFZ, Ministerstwo Zdrowia i inni).
   8) obsługa administracyjna Rady Społecznej;
   9) ewidencja oraz wysyłanie druków ZUS ZLA do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych
   10) sprawowanie nadzoru nad realizacją umowy w zakresie usług żywieniowych i usług transportu sanitarnego;- skreśla się
   11) przygotowywanie wniosków o przyznanie akredytacji na prowadzenie specjalizacji i staży kierunkowych;
   12) koordynowanie współpracy z pacjentem w ramach pakietu onkologicznego;
   13) rozpatrywanie spraw pacjentów w świetle Ustawy o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

§ 44 . Dział Spraw Pracowniczych

1.Działem zarządza kierownik, który podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala

2.Zadania działu ustala Dyrektor .

3.Do zadań działu należy prowadzenie spraw pracowniczych i socjalnych
a w szczególności :

1) w zakresie spraw osobowych :

a)przygotowywanie materiałów i wniosków związanych z zawieraniem i rozwiązywaniem umów o pracę, uposażeniami , zmianą stanowisk pracy,

b)przygotowywanie umów o wykonywanie świadczeń w ramach cywilno-prawnych,

c) przygotowywanie umów o wykonywanie świadczeń w ramach wolontariatu,

d) opracowywanie planów zatrudnienia oraz sporządzanie danych do planów rzeczowo-finansowego,

e) prowadzenie ewidencji akt osobowych pracowników , urlopów oraz spraw związanych z czasową niezdolnością do pracy, zaświadczeń o zatrudnieniu

, f) kontrolowanie realizacji umów cywilno-prawnych,

g) kontrola porządku i dyscypliny pracy,

h) monitorowanie miesięcznych kart czasu pracy i przekazywanie drogą elektroniczną do Działu Ekonomicznego

i) prowadzenie spraw związanych ze szkoleniem pracowników

j) przygotowywanie dokumentacji związanej z przejściem pracowników na emeryturę lub rentę

k)analiza stanu zatrudnienia , wykorzystanie czasu pracy w komórkach organizacyjnych podmiotu leczniczego

l)analiza obsady , rozmieszczenia i wykorzystania pracowników opracowywanie sprawozdań do Urzędu Miasta , Głównego Urzędu Statystycznego, Ministerstwa Zdrowia,

ł)współdziałanie z Działem Ekonomicznym w zakresie zatrudniania i wykorzystania funduszu płac,

2) w zakresie działalności socjalnej :

a) prowadzenie spraw związanych z wykorzystaniem zakładowego funduszu świadczeń socjalnych,

b) prowadzenie spraw związanych z udzielaniem pomocy finansowej w zakresie uzyskiwania pożyczek na cele mieszkaniowe,

c) ustalanie potrzeb socjalno-bytowych pracowników oraz opracowywanie planów i programów ich zaspokajania,

d) organizowanie i prowadzenie działalności niosącej pomoc pacjentom szpitalnym będącym w trudnych warunkach zdrowotnych i społeczno-bytowych

e)kwalifikowanie i organizowanie opieki po leczeniu szpitalnym w miejscu zamieszkania

f) rozpoznawanie środowiska patologicznego

g) przekazywanie pacjentów do Domów Opieki Społecznej, Zakładów i Oddziałów Pielęgnacyjnych, Hospicjum oraz innych instytucji zapewniających opiekę całodobową osobom chorym,

h) współpraca z Pomocą Społeczną w ramach rozwiązywania problemów socjalno-bytowych pacjentów i ich rodzin,

i) współpraca z koordynatorami i pielęgniarkami oddziałowymi w zakresie potrzeb opieki zdrowotnej i społecznej

j) współpraca z Policją, Prokuraturą w zakresie ludzi bezdomnych i samotnych

k) współpraca z RUP, ZUS oraz innymi instytucjami w sprawach pacjentów hospitalizowanych w szpitalu znajdujących się w trudnej sytuacji życiowej.

4. W skład działu wchodzą stanowiska pracowników prowadzących sprawy kadrowe i starszy pracownik socjalny

5.Kierownik działu wykonuje również zadania wchodzące w zakres jednego ze stanowisk

pracy w dziale

§ 45. Dział Ekonomiczny :

1. Działem kieruje Główna Księgowa, która ustala szczegółowe zadania i organizację wewnętrzną .
2. Główna Księgowa podlega bezpośrednio Dyrektorowi podmiotu leczniczego
3. Do obowiązków działu należy prowadzenie następujących zadań:
   1) prowadzenie rachunkowości szpitala, polegające na ewidencjonowaniu na podstawie dowodów księgowych ksiąg rachunkowych ujmujących zapisy zdarzeń w porządku chronologicznym i systematycznym,
   2) okresowe ustalanie lub sprawdzanie drogą inwentaryzacji rzeczywistego stanu aktywów i pasywów,
   3) wycena aktywów i pasywów oraz ustalanie wyniku finansowego,
   4) sporządzanie sprawozdań finansowych,
   5) gromadzenie i przechowywanie dowodów księgowych,
   6) poddanie badaniu i ogłoszeniu sprawozdań finansowych,
   7) prowadzenie dokumentacji związanej z wynagrodzeniami, ubezpieczeniem społecznym i zdrowotnym oraz rozliczeniami podatkowymi zatrudnionych pracowników,
   8) wykonywanie dyspozycji środkami pieniężnymi,
   9) dokonywanie wstępnej kontroli zgodności operacji gospodarczych i finansowych z planem finansowym,
   10) dokonywanie wstępnej kontroli kompletności i rzetelności dokumentów dotyczących operacji finansowych i gospodarczych,
   11) współudział w opracowywaniu projektów i aktualizacji planów finansowych i inwestycyjnych oraz sprawozdań z ich realizacji,
   12) organizowanie i prowadzenie rachunku kosztów w układzie funkcjonalnym wg miejsc ich powstawania oraz rachunku kosztów leczenia szpitalnego wg kosztów jednostkowych procedur medycznych,
   13) przygotowywanie korespondencji wielotematycznej dotyczącej funkcjonowania Szpitala,
   14) przygotowywanie rocznych / kwartalnych sprawozdań Szpitala w trybie i terminach określonych w przepisach ustawy o finansach publicznych oraz statucie Szpitala,
   15) sporządzanie, aktualizowanie deklaracji na podatek od nieruchomości zgodnie z ustawą o podatkach i opłatach lokalnych.
2. Struktura organizacyjna działu:
   1) Sekcja Księgowości Finansowo-Kosztowej – 4 stanowiska,
   2) Sekcja Płac – 3 stanowiska,
   3) Stanowiska samodzielne:
      a) ds. gospodarki materiałowej,
      b) ds. inwentaryzacji i rozliczania refundacji.

§ 46. Dział Administracji i Zaopatrzenia

1. Działem kieruje kierownik, który podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.
2. Do zadań działu należy:

1) Organizowanie i prowadzenie działalności stosownie do potrzeb komórek działalności podstawowej:

- Administracji w zakresie prawidłowego oznakowania Szpitala, zabezpieczeniem mienia przed dewastacją i kradzieżą, współpracy z organami ścigania, utrzymania czystości na terenach zielonych i utwardzonych oraz obiektów Szpitala
- Portierni w zakresie dozorowania obiektów, wydawania i dysponowania udostępnionymi kluczami, obsługą petentów w zakresie informacji, usług ksera

- Zaopatrzenia w zakresie zabezpieczenia komórek organizacyjnych Szpitala w sprzęt medyczny, odczynniki, środki czystości, artykuły gospodarcze, kancelaryjne, biurowe, odzież i bieliznę, druki oraz inne artykuły niezbędne do realizacji statutowych zadań

2) sprawowanie nadzoru nad realizacją zawartych umów w zakresie:

- dostaw towarów,
- usług sprzątania obiektów szpitala, terenów utwardzonych i zielonych,
- usług ochrony i dozoru mienia,
- sporządzanie planu rzeczowo – finansowego Szpitala w zakresie nadzorowanych zadań

3) współpraca ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Szpitala w zakresie zadań Działu dla potrzeb Zakładu

4) przestrzeganie standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz realizowanie zadań wynikających funkcjonowania w SSM im. M. Kopernika w Toruniu systemu zarządzani jakością ISO 9001.

5) Szczegółowe zadania stanowisk ustala Dyrektor Specjalistycznego Szpital Miejskiego im. M. Kopernika w Toruniu.

6) Zastępstwo referenta z sekretariatu Dyrektorów (podczas jego nieobecności) w zakresie zaopatrywania komórek i jednostek organizacyjnych Szpitala w druki zwolnień lekarskich ZUS oraz w zakresie obsługi kancelarii tj. prace związane z odbiorem i wysyłaniem korespondencji

§ 47. Dział Eksploatacji Technicznej

1. Działem kieruje kierownik , który podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala
2. W skład działu oprócz kierownika wchodzą :
   1) specjaliści
   2) personel techniczny Warsztatu Elektrycznego,
   3) personel techniczny Warsztatu Mechanicznego.

3.Zadaniem działu jest zarządzanie infrastrukturą techniczną na podstawie obowiązujących przepisów w zakresie następujących zadań.:

1) zarządzanie infrastrukturą techniczną, mającą na celu:
2) utrzymanie ruchu urządzeń technicznych,
3) utrzymanie w sprawności i prawidłową eksploatację urządzeń i instalacji niepalnych gazów medycznych (O2, N2O, V, A),
4) utrzymanie w sprawności i prawidłową eksploatację budynków i budowli,
5) prawidłową eksploatację wewnętrznych sieci i instalacji technicznych,
6) utrzymanie w sprawności sprzętu techniczno – gospodarczego ogólnego użytku ,
7) organizacja odśnieżania dachów budynków Szpitala w okresie zimowym,
8) zabezpieczenie usług pralniczych,
9)merytoryczny nadzór nad zabiegami dezynsekcji i deratyzacji,
10) prowadzenie zagadnień związanych z jakością wody do picia używanej w szpitalu,
11)sporządzanie rocznych planów rzeczowo – finansowych.
12) udział w opracowaniu planów zadań inwestycyjnych z zakresu budowy, modernizacji i remontów
13)sporządzanie wykazu niezbędnych prac remontowych
14)współudział z Inwestorem w opracowaniu harmonogramu realizacji prac budowlano -remontowych z uwzględnieniem prowadzenia tych prac w czynnym obiekcie

15)nadzór nad organizacją prac remontowych w zakresie bezpieczeństwa osób i obiektu oraz koordynacji prac ingerujących poza „plac budowy", objętych nadzorem Inspektora Nadzoru (Inwestor)

4.Niektóre zadania działu realizowane są poprzez autoryzowane serwisy producentów, wykonawców i dostawców usług i produktów technicznych, specjalistyczne firmy konserwacji i napraw, specjalistyczne firmy o zakresie ogólnobudowlanym, uprawnione firmy monitoringu ochrony obiektów, zgodnie z obowiązującymi przepisami .

§ 48. Dział Planowania, Rozliczania i Sprzedaży Usług

1. Działem kieruje kierownik, który podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala
2. Struktura organizacyjna działu:
   1) Sekcja informatyczna – 2 stanowiska;
   2) Stanowiska specjalistów ds. rozliczeń, sprzedaży i marketingu.
3. Do zadań Działu Planowania Rozliczania i Sprzedaży Usług w szczególności należy:
   1) dokonywanie rozliczeń umów z Narodowym Funduszem Zdrowia oraz Ministerstwem Zdrowia i innymi płatnikami świadczeń zdrowotnych.
   2) przygotowywanie analiz finansowych i ekonomicznych z działalności Szpitala.
   3)opracowywanie planu finansowego i inwestycyjnego Szpitala oraz jego aktualizacji.
   4)prowadzenie sprzedaży usług zdrowotnych oraz innych realizowanych przez Szpital.
   5)elektroniczne przekazywanie kart statystycznych Szpitala.
   6)opracowywanie i aktualizowanie projektów programów informatyzacji podmiotu .
   7)koordynacja i stopniowe wdrażanie koncepcji systemu informatycznego w Szpitalu.
   8)prowadzenie szkoleń, udzielanie porad i konsultacji użytkownikom sprzętu komputerowego i oprogramowania.
   9)obsługa informatyczna systemów i aplikacji pracujących w Szpitalu.
   10)utrzymanie sprawności sprzętu komputerowego i oprogramowania.
   11)realizacja czynności marketingowych - promowanie świadczeń Szpitala i informowanie społeczeństwa o działalności Szpitala, prezentacja osiągnięć.
   12)przygotowanie i nadzór nad umowami dot. sprzedaży usług medycznych oraz pozostałych usług realizowanych przez szpital dla odbiorców i sporządzanie faktur sprzedaży.
   13) przygotowanie i nadzór nad umowami dot. dzierżawy pomieszczeń i gruntu

§ 49. Dział Zamówień Publicznych

1. Za wykonanie wszystkich zadań w dziale odpowiada kierownik, który podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala
2. Dział Zamówień Publicznych realizuje swoje zadania w oparciu o ustawę z dnia 29 stycznia 2004 r. - Prawo Zamówień Publicznych oraz wydanych na jej mocy aktów wykonawczych.
3. Do zadań Działu Zamówień Publicznych w szczególności należy:
   1) zajmowanie się całokształtem zagadnień związanych z realizacją zamówień publicznych, w tym przygotowywanie niezbędnych materiałów do realizacji procesu zamówień publicznych, organizacja i merytoryczny nadzór procesu zamówień publicznych,
   2) uczestnictwo w pracach Komisji Przetargowych,
   3)przygotowywanie umów w sprawie zamówień publicznych.

§ 49 a. Dział Kontroli

1. Za wykonanie wszystkich zadań w dziale odpowiada kierownik, który podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.

2. Do zadań Działu Kontroli w szczególności należy:
   1) przeprowadzanie kontroli wewnętrznych w komórkach organizacyjnych Szpitala uwzględniających m. innymi niezależne badanie systemów zarządzania i kontroli w Szpitalu, w tym procedur kontroli finansowej, w wyniku której Dyrektor uzyskuje obiektywną i niezależną ocenę adekwatności i skuteczności tych systemów,
   2) przeprowadzanie kontroli rozliczeń świadczeń zdrowotnych realizowanych w szpitalu i kontroli raportowania danych do NFZ, w tym wykazanych w systemie AMMS wykonanych procedur oraz kodowania JGP,
   3) przeprowadzanie kontroli zdawanej do archiwum dokumentacji medycznej pacjenta w zakresie wewnętrznie określonej jej kompletności i kompleksowości oraz prowadzenie aktualnego wykazu dokumentacji zwróconej do uzupełnienia,
   4) w ramach przeprowadzanych kontroli:
      - ustalenie stanu faktycznego w zakresie funkcjonowania jednostki,
      - określenie oraz analiza przyczyn i skutków uchybień,
      - przedstawienie zaleceń w sprawie usunięcia uchybień lub wprowadzenia usprawnień,
   5) sprawowanie nadzoru nad realizacją zawartych umów zakupionych świadczeń zdrowotnych i towarzyszących (transportu), w tym:
      - monitorowanie terminowości wykonywania usług zgodnie z zapisami umowy i fakturowania,
      - sprawdzanie danych pacjentów, którym wykonano badanie i rozliczanie wartości faktury na ośrodki kosztów i wskazując pozostałe jednostki zewnętrzne finansujące usługi oraz przedkładanie Kierownikom do sprawdzenia pod względem merytorycznym opisanych faktur,
      - monitorowanie obiegu dokumentów – faktur od otrzymania do przekazania do księgowości,
      - przeprowadzanie analizy skierowań na transport sanitarny przewozu pacjentów i przewozu materiału biologicznego,
   6) prowadzenie czynności sprawdzających na okoliczność dostosowania działań komórki do zgłoszonych uwag i wniosków,
   7) sporządzenie notatki informacyjnej na okoliczność przeprowadzenia czynności sprawdzających,
   8) sporządzanie zawiadomienia rzecznika dyscypliny finansów publicznych w sprawie naruszenia dyscypliny publicznej,
   9) w zakresie badań klinicznych do obowiązków należy:
      - utworzenie ośrodków kosztów dla poszczególnych umów ze sponsorami;
      - przygotowywanie kalkulacji kosztów jako elementu niezbędnego dla negocjacji warunków umowy ze sponsorem.

Rozdział IX

Zadania pracowników będących na samodzielnych stanowiskach pracy:

§ 50. Naczelna Pielęgniarka

1. Naczelna Pielęgniarka podlega Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.
2. Do zadań Naczelnej Pielęgniarki w szczególności należy:
3. Kierowanie pracą i sprawowanie nadzoru merytorycznego nad pracą następującego personelu medycznego:
   1) pielęgniarek
   2) ratowników medycznych
   3) sekretarek i rejestratorek medycznych
   4) sanitariuszy i salowych oddziałów, zakładów i pracowni diagnostycznych oraz poradni specjalistycznych.
4. Kierowanie pracą poradni specjalistycznych.

5. Kontrolowanie i rozliczanie harmonogramów pracy podległego personelu zgodniez obowiązującymi przepisami.
6. Kontrolowanie: stanowisk pracy, używanych narzędzi i zestawów, gospodarki materiałami opatrunkowymi.
7. Planowanie urlopów i wyznaczanie zastępstw.
8. Organizowanie odpraw, narad i szkoleń wewnątrzzakładowych.
9. Nadzór nad terminowym i fachowym wykonywaniem zadań przez podległy personel.
10. Nadzór nad stanem sanitarno-higienicznym oddziałów szpitalnych, zakładów i poradni specjalistycznych.
11. Codzienne sporządzanie raportu z działalności Izby Przyjęć i oddziałów szpitalnych na podstawie:
    1) ilości wykonywanych zabiegów,
    2) ilości przyjęć i odmów do szpitala,
    3) stanu chorych oraz przyjęć i wypisów w poszczególnych oddziałach,
    4) raportu Głównego Dyżuranta.
12. Informowanie Zastępcy Dyrektora o stanie wykonywanych zadań oraz o potrzebach związanych z funkcjonowaniem zakładu.
13. Przestrzeganie tajemnicy zawodowej i służbowej w zakresie przewidzianym przez prawo.

§ 51. **Sekretariat Dyrektorów**

a) Asystent Dyrektora

1.Asystent podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.
2.Do obowiązków Asystenta należy realizacja następujących zadań.
    1) prowadzenie zadań związanych z pracą sekretariatu w zakresie korespondencji zewnętrznej i wewnętrznej oraz obiegu dokumentacji
    2) obsługa sekretarska Dyrektora i Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.
    3)prowadzenie dokumentacji i korespondencji wychodzącej bezpośrednio z Dyrekcji Szpitala.
    4)przygotowywanie projektów pism na zlecenie Dyrektorów.
    5)przygotowywanie miesięcznych „Grafików głównego Dyżuranta oraz Kierownika Zespołu Lekarzy Izby Przyjęć" w uzgodnieniu z Zastępcą Dyrektora ds. Lecznictwa.
    6)samodzielne prowadzenie korespondencji wewnętrznej oraz zewnętrznej w zakresie zleconym przez Dyrektora.
    7)bezpośredni nadzór nad terminowością składanych przez komórki organizacyjne odpowiedzi, informacji i sprawozdań.
    8)prowadzenie dokumentacji związanych z kontrolami zewnętrznymi oraz bezpośredni nadzór nad terminowością składania informacji o wykonaniu zadań/nakazów, zaleceń itp.
    9)prowadzenie Rejestru skarg i wniosków oraz współpraca z DOiN w zakresie kompletowania dokumentacji.
    10)przepisywanie korespondencji na zlecenie Dyrektorów.
    12)organizacja spotkań posiedzeń i narad zarządzanych przez Dyrektorów lub Radę Społeczną Szpitala we współpracy z Działem Zaopatrzenia i Administracji.
    13)protokołowanie posiedzeń, narad i innych spotkań na zlecenie Dyrektorów.
    14) przyjmowanie rachunków/faktur zgodnie z zasadami określonymi w umowach cywilno- prawnych.
    15)znajomość obowiązujących w Szpitalu zasad dotyczących udzielania świadczeń zdrowotnych oraz organizacji pracy wszystkich komórek organizacyjnych.
    16)udzielanie rzetelnych, wyczerpujących informacji dotyczących funkcjonowania Szpitala.
    17) Zastępstwo pracownika Kancelarii w sprawach wymagających pilnego załatwienia

b) Referent który podlega merytorycznie Asystentowi Dyrektora a jednocześnie bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.

Kompleksowa realizacja zadań wynikających z zawartych umów w zakresie:

1. korespondencji *wychodzącej oraz obsługi Kancelarii:*

- przygotowywanie do wysyłki całej korespondencji wychodzącej z Szpitala łącznie z przesyłkami pocztowymi.
- prowadzenie „pocztowej książki nadawczej" stanowiącej rejestr listów poleconych i za potwierdzeniem odbioru, książki korespondencji wychodzącej, książki – rejestru listów poleconych przychodzących
- przyjmowanie wszystkich przesyłek zewnętrznych adresowanych na Szpital (z wyjątkiem adresowanych imiennie, sądowych, prokuratorskich itp. zgodnie z procedurami).
- przekazywanie wszystkim jednostkom organizacyjnym Szpitala wewnątrzzakładowej korespondencji kierowanej od Dyrektora Szpitala jak i korespondencji przychodzącej z zewnątrz.
- zaopatrzenie komórek organizacyjnych Szpitala w niezbędne druki wewnętrzne, recepty i zwolnienia lekarskie, nadzór nad prawidłowym funkcjonowaniem drukarni, prowadzenie rejestru wydawanych druków, przekazywanie rozliczenia wydanych druków do DE
- terminowe sporządzanie komputerowej wersji dokumentów, pism i innych materiałów na potrzeby Dyrektora Szpitala.

2. usług telekomunikacyjnych:

- przekazywanie i przyjmowanie wydruków rozmów telefonicznych z tel. wewnętrznych Szpitala, egzekwowanie wydruków z komórek i jednostek organizacyjnych Szpitala (zgodnie z Zarządzeniem Dyrektora), wystawianie faktur za prywatne połączenia telefoniczne i przekazywanie ich na bieżąco do DE.

3. usług naprawczych i konserwacyjnych sieci telekomunikacyjnej, domofonowej:

- uaktualnianie bazy danych i informatora o numerach telefonicznych Szpitala,
- przyjmowaniem, zgłaszaniem do serwisu usterek sieci telefonicznej, domofonowej
- monitorowaniem procesu naprawczego,
- wyposażenie Szpitala w niezbędny sprzęt telekomunikacyjny.

4. wykonywania i usług naprawczych pieczątek

5. konserwacji i naprawami sprzętu gaśniczego i wewnętrznej sieci hydrantowej:

- przygotowywanie planów przeglądów w/w sprzętu,
- zaopatrywanie w sprzęt p.poż.
- oznakowanie dróg ewakuacyjnych w porozumieniu z Gł. Specjalistą ds. p.poż.
- udział w Komisjach p.poż

6. Realizacja zadań wynikających z zakresu obowiązków zgodnie z Ustawą Prawo Zamówień Publicznych oraz wewnętrznymi zarządzeniami Dyrektora.
7.Prowadzenie obsługi sekretariatu podczas nieobecności Asystenta Dyrektora.
8 Nadzór nad salą konferencyjną.
9. Odpowiednie przechowywanie i zabezpieczanie powierzonych pism.
10 Prace związane z rozliczaniem i opisywanie faktur i innych dokumentów księgowych oraz bieżąca kontrola w zakresie realizacji nadzorowanych umów.
11.Terminowe sporządzanie danych do planu finansowego i inwestycyjnego.

12. Realizacja zadań należących do obowiązków z zakresie zakupu towarów i usług zgodnie z zatwierdzonym planem finansowym i inwestycyjnym Szpitala.
13. Racjonalne dokonywanie zakupu i zlecenie usług zgodnie z Ustawą Prawo Zamówień Publicznych oraz wewnętrznymi zarządzeniami Dyrektora.
14 Realizacja zadań wynikających z funkcjonowania w SSM Toruń systemu zarządzania jakością ISO 9001.
15.Przestrzeganie standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania SSM im. M. Kopernika w Toruniu.

16. Przestrzeganie przepisów bhp i p/poż.
17. Organizacja stanowiska pracy zgodnie z przepisami bhp.
18. Współpraca z:
- Kierownikiem Działu Eksploatacji Technicznej w zakresie systematycznej poprawy warunków pracy
- Kierownikiem Działu Zamówień Publicznych w zakresie usług podlegających nadzorowi
- Kierownikiem Działu Planowania Rozliczania i Sprzedaży Usług w zakresie planu finansowego i inwestycyjnego
- Kierownikiem Działu Organizacji i Nadzoru w zakresie przygotowywania informacji,
- Gł. Specjalistą ds. p.poż w zakresie bezpieczeństwa pożarowego
- Główną Księgową w zakresie planowania i zabezpieczenia finansowego wydatków,
- Innymi komórkami i jednostkami organizacyjnymi w zakresie zlecanych prac.

19. Wykonywanie innych poleceń przełożonych nie ujętych w niniejszym zakresie, a wynikających z obowiązków referenta.

§ 52. Radca Prawny

1.Radca Prawny podlega bezpośrednio Dyrektorowi
2.Do zadań Radcy Prawnego w szczególności należy prowadzenie obsługi prawnej Szpitala na zasadach określonych w ustawie z dnia 6.07.1982 r. o radcach prawnych (Dz. U. z 2002 r. Nr 123 poz. 1059 z późn. zm.) a w szczególności opracowywania opinii prawnych w sprawach :

1) o istotnym znaczeniu dla działalności Szpitala,
2) wydania przepisu prawnego o charakterze ogólnym,
3) spraw indywidualnych, skomplikowanych pod względem prawnym,
4) zawarcie umowy długoterminowej lub nietypowej,
5) odmowy uznania zgłoszonych roszczeń,
6) rozwiązania z pracownikiem stosunku pracy bez wypowiedzenia,
7) umorzenia wierzytelności,
8)zawiadomienie organy powołanego do ścigania przestępstw o podejrzenie przestępstwa ściganego z urzędu,

2. Udzielanie porad prawnych oraz wyjaśnień w zakresie stosowania prawa.
3. Prowadzenie spraw związanych z postępowaniem przed organami orzekającymi (opracowywanie pozwów, wniosków, występowanie w charakterze pełnomocnika procesowego przed organami orzekającymi).
4. Udzielanie wskazówek co do sposobu zbierania materiału i zabezpieczenie dowodów w postępowaniu cywilnym, karnym i administracyjnym.
5. Bieżące informowanie personelu właściwych komórek organizacyjnych o przepisach prawnych oraz o zmianach w obowiązującym stanie prawnym w zakresie działalności Szpitala.

6. Współpraca z kierownictwem Szpitala, kierownikami wszystkich komórek organizacyjnych oraz personelem na stanowiskach samodzielnych podległych Dyrektorowi.

§ 53. Pełnomocnik Dyrektora ds. Zarządzania Jakością.

1. Pełnomocnik podlega bezpośrednio Dyrektorowi **.**

2.Do głównych zadań Pełnomocnika należy zarządzanie systemem zarządzania jakością zgodnym wymaganiami z normą ISO 9001 w tym w szczególności:

1) organizowanie przeglądów systemu zarządzania wykonywanych przez kierownictwo.
2)nadzór nad opracowaniem i wdrożeniem dokumentacji systemu zarządzania jakością.
3) zarządzanie wewnętrznymi audytami jakości.
4) nadzorowanie działań korygujących i zapobiegawczych.
5) nadzorowanie zapisów dotyczących jakości.
6) zapewnienie zgodności systemu zarządzania jakością z wymaganiami normy ISO 9001.
7) przeprowadzania szkolenia wstępnego w zakresie systemu zarządzania jakością dla każdego nowo przyjętego pracownika.
8)zapewnienie upowszechniania w całej organizacji świadomości dot. wymagań klienta.
9)przedstawianie Dyrektorowi sprawozdań dot. funkcjonowania systemu zarządzania jakością i wszelkich potrzeb związanych z jego doskonaleniem.
10)czynny udział w przygotowaniach do wizyty akredytacyjnej.
11)uczestniczenie w identyfikacji głównych obszarów wymagających poprawy.
12)kierowanie działaniami na rzecz jakości oraz udział w pracach zespołu ds. jakości.
13)prowadzanie cyklicznych analiz programu działań dla poprawy jakości, analiza założonych wskaźników jakości.

3.Nadzór i koordynacja nad czynnościami związanymi z przygotowaniem umów o przeprowadzenie badań klinicznych realizowanych w Szpitalu.

§ 54.Stanowisko ds. nadzoru nad sprzętem i aparaturą medyczną.

1. Zadania z zakresu nadzoru nad sprzętem i aparatura medyczną sprawuje Główny Specjalista, który podlega bezpośrednio Dyrektorowi.

2. Do zdań specjalisty w szczególności należy zapewnienie prawidłowej eksploatacji sprzętu i aparatury medycznej stanowiących wyposażenie jednostek organizacyjnych zakładu, a w szczególności:

1) sprawowanie nadzoru nad prawidłową eksploatacją sprzętu i aparatury medycznej
2) ustalanie zasad, programów i planów zabiegów konserwacyjnych, napraw oraz zapewnienie niezbędnych konserwacji, okresowych przeglądów, napraw i remontów sprzętu i aparatury medycznej poprzez zabezpieczenie usług wyspecjalizowanych jednostek serwisu technicznego w ramach posiadanych uprawnień,
3) organizowanie i kontrolowanie przeprowadzonych konserwacji, napraw i remontów sprzętu i aparatury medycznej w celu racjonalnego wykorzystania zużywanych środków rzeczowych i finansowych,
4) przygotowywanie wniosków o wyrażenie opinii na zakup aparatury (zakupy inwestycyjne),
5) sporządzanie planów zakupu gotowych dóbr inwestycyjnych w zakresie aparatury medycznej,
6). udział w odbiorach technicznych nowej aparatury .

3. Specjalista realizuje również zadania w zakresie nadzoru nad ubezpieczeniem majątku zakładu w następującym zakresie:

1) prowadzenie zadań związanych z ubezpieczeniem zakładu we wszystkich zakresach w tym przygotowanie niezbędnych materiałów do realizacji w procesie zamówień w zakresie ubezpieczeń we współpracy z brokerem.
2) terminowe zgłaszanie szkód oraz nadzór nad egzekwowaniem odszkodowań we współpracy z brokerem ubezpieczeń majątkowych osobowych.

4. Do pozostałych zadań specjalisty należy wypełnianie obowiązków w zakresie:
1) sprawowania nadzoru i prawidłowe wykorzystanie zasobów znajdujących się w magazynach depozytowych Szpitala, w tym prowadzenie obowiązującej dokumentacji magazynowej.
2) zastępstwo asystenta Dyrektora w okresie jego nieobecności.

§ 55.Stanowisko ds. Bezpieczeństwa i Higieny Pracy

1. Zadania na stanowisku ds. BHP realizuje Główny Specjalista, który podlega bezpośrednio Dyrektorowi

2.Do zadań specjalisty w szczególności należy**:**
1) przeprowadzanie kontroli warunków pracy oraz przestrzegania przepisów i zasad bezpieczeństwa i higieny pracy,
2)bieżące informowanie pracodawcy o stwierdzonych zagrożeniach wraz z wnioskami zmierzającymi do usunięcia tych zagrożeń,
3) sporządzanie raz w roku okresowych analiz stanu bezpieczeństwa i higieny pracy wraz z propozycjami poprawy warunków pracy
4)opiniowanie założeń oraz dokumentacji technicznej w zakresie modernizacji oraz inwestycji dotyczących zakładu
5) udział w przekazywaniu do użytkowania nowo budowanych lub przebudowywanych obiektów, urządzeń mających wpływ na warunki pracy i bezpieczeństwo pracowników
6) przedstawianie pracodawcy wniosków dotyczących wymagań ergonomii na stanowiskach pracy
8) udział w opracowywaniu regulaminu pracy, wewnętrznych zarządzeń, instrukcji ogólnych dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy oraz w ustalaniu zadań osób kierujących pracownikami w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy
9)opiniowanie szczegółowych instrukcji dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy na poszczególnych stanowiskach pracy
9) udział w dochodzeniach powypadkowych oraz w opracowywaniu wniosków wynikających z badania przyczyn i okoliczności wypadków przy pracy oraz zachorowań na choroby zawodowe i kontrola realizacji tych wniosków
10) doradztwo w zakresie stosowania przepisów i zasad bezpieczeństwa i higieny pracy
11) doradztwo w zakresie doboru najwłaściwszych środków ochrony indywidualnej
12) prowadzenie rejestrów, kompletowanie i przechowywanie dokumentów dotyczących wypadków przy pracy, stwierdzonych chorób zawodowych i podejrzeń o takie choroby a także przechowywanie wyników badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy
13). udział w dokonywaniu oceny ryzyka, które wiąże się z wykonywaną pracą.
14) prowadzenie instruktażu ogólnego, będącego elementem szkolenia wstępnego w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy
15) uczestniczenie w konsultacjach w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy a także w pracach komisji bezpieczeństwa i higieny pracy

3.Ponadto do zadań specjalisty należy:
1) współpraca z właściwymi komórkami organizacyjnymi w zakresie organizowania i zapewnienia odpowiedniego poziomu szkoleń w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy

2) współpraca z laboratoriami upoważnionymi do dokonywania badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia lub warunków uciążliwych, występujących w środowisku pracy, w zakresie organizowania tych badań i pomiarów oraz sposobów ochrony pracowników przed tymi czynnikami lub warunkami

3)współdziałanie z lekarzem sprawującym profilaktyczną opiekę zdrowotną nad pracownikami, społeczną inspekcją pracy oraz z zakładowymi organizacjami związkowymi

§ 56.Stanowisko ds. Ochrony Przeciw Pożarowej

1. Zadania na stanowisku ds. ochrony p/poż. realizuje Główny Specjalista, który podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.

2. Do zadań specjalisty w szczególności należy**:**

1)nadzór nad organizacją przedsięwzięć mających na celu zapobieganie powstawania pożaru oraz zapewnienie warunków ochrony przeciwpożarowej w zakresie bezpieczeństwa osób i ochrony mienia

2)systematyczna kontrola wyposażenia obiektów w sprzęt i urządzenia przeciwpożarowe

3) systematyczna analiza i kontrola warunków ewakuacji pacjentów oraz personelu

4) systematyczna kontrola warunków przeciwpożarowych oraz przestrzeganie przez pracowników przepisów przeciwpożarowych

5) dokonywanie okresowych ocen oraz analiz stanu ochrony przeciwpożarowej ze szczególnym uwzględnieniem stanowisk, na których występują zagrożenia pożarowe

6) przedkładanie Dyrektorom Szpitala informacji o stanie ochrony przeciwpożarowej w podległych komórkach organizacyjnych

7) udział w opracowaniu i kontrola realizacji planów dostosowania obiektów do wymagań ochrony przeciwpożarowej

3.Ponadto do obowiązków specjalisty należy realizacja następujących zadań:

1) szkolenie nowo przyjętych pracowników we współpracy z DSP .

2) występowanie z wnioskami do kierowników komórek organizacyjnych o usunięcie stwierdzonych uchybień w zakresie ochrony p/poż.

3) współpraca z Kierownikiem Działu Eksploatacji Technicznej w zakresie odbioru obiektów po wykonanych remontach oraz kwalifikowania do remontów

4) opiniowanie projektów technicznych nowo projektowanych obiektów w zakresie zgodności z wymaganiami ochrony p/poż.

§ 57 .Stanowisko ds. obronności

1.Zadania na stanowisku ds. obronności realizuje specjalista ds. OC, który podlega bezpośrednio Dyrektorowi.

2.Do zadań specjalisty w zakresie obronności należy:

1) koordynacja prac obronnych wykonywanych przez Szpital , planowanie , opracowywanie i aktualizacja dokumentów dot. obronności

2)opracowywanie i utrzymywanie w stałej aktualności zestawów zadań dokonywanie korekt i aktualizacji poszczególnych dokumentów planu obronnego realizacja zadań wynikających z rocznego planu zamierzeń Szpitala

3)opracowywanie corocznych planów realizacji zamierzeń obronnych Szpitala oraz dokonywania adnotacji na bieżąco o wykonywaniu zadań

4) sprawowanie nadzoru nad gromadzeniem, przechowywaniem i rotacją rezerw terenowych ,,TR”

3.Obowiązki specjalisty w zakresie obrony cywilnej :

1)współudział w planowaniu i organizacji szkolenia pracowników w zakresie obrony cywilnej

2)współudział w przygotowywaniu stałego dyżuru do działania i szkolenia obsady osobowej

3)współpraca z Kierownictwem Szpitala przy opracowywaniu planu ewakuacji

doraźnej.
4)nadzór nad zaopatrzeniem w sprzęt i materiały niezbędne do realizacji planu ukrycia załogi oraz planu zabezpieczenia w indywidualne środki ochrony
5)kontrola stanu technicznego istniejących ukryć i urządzeń specjalnych
6)współudział przy opracowywaniu planu wykrywania i alarmowania załogi przed środkami masowego rażenia
7)nadzór nad realizacją planu zaciemniania okien i wygaszania oświetlenia i oznakowanie Szpitala godłem Czerwonego Krzyża
8)sprawowanie nadzoru nad gromadzeniem , przechowywaniem , konserwacją , wymianą , eksploatacją i ewidencją sprzętu obrony cywilnej

4.W zakresie pełnienia funkcji Pełnomocnika ochrony informacji niejawnych do obowiązków specjalisty należy :

1) współpraca z jednostkami organizacyjnymi służb ochrony państwa i zdawanie bieżących relacji z jej przebiegu Dyrektorowi Szpitala
2)prowadzenie wykazów i przekazywanie informacji służbom ochrony państwa opracowanie planu postępowania z materiałami zawierającymi informacje niejawne stanowiące tajemnicę państwową w razie wprowadzenia stanu nadzwyczajnego
3)opracowanie szczegółowych wymagań w zakresie ochrony informacji niejawnych oznaczonych klauzulą ”zastrzeżone”
4)podejmowanie działań zmierzających do wyjaśnienia okoliczności naruszenia przepisów o ochronie informacji niejawnych, po zawiadomieniu Dyrektora oraz właściwych służb ochrony państwa
5)przeprowadzania zwykłych postępowań sprawdzających przechowywanie akt zakończonych postępowań sprawdzających szkolenie pracowników Szpitala w zakresie ochrony informacji niejawnych.

§ 58. **Administrator danych osobowych**

1.Administratorem danych osobowych jest Dyrektor w imieniu którego obowiązki administratora danych wykonują :

1) W zakresie nadzoru nad wdrożeniem stosownych środków fizycznych, organizacyjnych i technicznych, opracowanie i aktualizowanie dokumentacji opisującej sposób przetwarzania danych osobowych oraz środków technicznych i organizacyjnych zapewniających ochronę danych osobowych - pracownicy wskazani zarządzeniem Dyrektora, do obowiązków których należy:

- przestrzeganie przepisów o ochronie danych osobowych, w szczególności przez sprawdzanie zgodności przetwarzania danych osobowych z przepisami o ochronie danych osobowych oraz ustaw szczególnych;
- nadzorowanie opracowania i aktualizowania dokumentacji opisującej sposób przetwarzania danych oraz środki techniczne i organizacyjne zapewniające ochronę przetwarzanych danych osobowych odpowiednią do zagrożeń oraz kategorii danych objętych ochroną, a w szczególności zabezpieczenie danych przed ich udostępnieniem osobom nieupoważnionym, zabraniem przez osobę nieuprawnioną, przetwarzaniem z naruszeniem ustawy oraz zmianą, utratą, uszkodzeniem lub zniszczeniem;
- koordynują wewnętrzne audyty przestrzegania przepisów o ochronie danych, w tym dokumentują czynności dokonywane w czasie sprawdzeń doraźnych lub planowych służących zweryfikowaniu zgodności przetwarzania danych osobowych z przepisami o ochronie danych osobowych;
- przygotowują materiały szkoleniowe z zakresu ochrony danych osobowych oraz informują o potencjalnych zagrożeniach.

2) Administrator informacji osobowych do obowiązków którego należy :

- prowadzenie ewidencji osób upoważnionych do przetwarzania danych osobowych

- występowanie z wnioskiem do administratora systemu o nadanie identyfikatora i przyznanie hasła osobie upoważnionej do przetwarzania danych osobowych
- występowanie z wnioskiem o odwołanie upoważnienia do przetwarzana danych osobowych i/lub wyrejestrowania użytkownika z systemu informatycznego
- nadzór nad uzupełnianiem oraz wprowadzeniem do zakresów obowiązków pracowników oraz umów cywilnoprawnych zapisu o odpowiedzialności za ochronę danych osobowych, których przetwarzanie zostało im powierzone zgodnie z przydzielonymi zadaniami

3) Administrator systemu informatycznego, który realizuje zadania w zakresie zarządzania i bieżącego nadzoru nad systemem informatycznym, do obowiązków którego należy :

- zarządzanie systemem informatycznym w którym przetwarzane są dane osobowe posługując się hasłem dostępu do wszystkich stacji roboczych z pozycji administratora;
- przeciwdziałanie dostępowi osób niepowołanych do systemu informatycznego, w którym przetwarzane są dane osobowe;
- na wniosek administratora informacji osobowych przydziela każdemu użytkownikowi identyfikator oraz hasło do systemu informatycznego oraz dokonuje ewentualnych modyfikacji uprawnień, a także usuwa konta użytkowników zgodnie z zasadami określonymi w instrukcji zarządzania systemem informatycznym, służącym do przetwarzania danych osobowych;
- nadzorowanie działania mechanizmów uwierzytelniania użytkowników oraz kontroli dostępu do danych osobowych;
- podejmowanie działań w zakresie ustalania i kontroli identyfikatorów dostępu do systemu informatycznego;
- wyrejestrowywanie użytkowników na polecenie administratora danych lub administratora informacji osobowych;
- zmienianie w poszczególnych stacjach roboczych hasła dostępu, ujawniając je wyłącznie danemu użytkownikowi oraz w razie potrzeby administratorowi danych;
- prowadzenie szczegółowej dokumentacji naruszeń bezpieczeństwa danych osobowych przetwarzanych w systemie informatycznym;
- sprawowanie nadzoru nad wykonywaniem napraw, konserwacją oraz likwidacją urządzeń komputerowych, na których zapisane są dane osobowe oraz nadzór nad wykonywaniem kopii zapasowych, ich przechowywaniem oraz okresowym sprawdzaniem pod kątem ich dalszej przydatności do odtwarzania danych w przypadku awarii systemu informatycznego;
- podejmowanie działań służących zapewnieniu niezawodności zasilania komputerów, innych urządzeń mających wpływ na bezpieczeństwo przetwarzania danych osobowych oraz zapewnieniu bezpiecznej wymiany danych w sieci wewnętrznej i bezpiecznej teletransmisji;
- dokonywanie sprawdzeń zbiorów danych oraz systemów informatycznych służących do przetwarzania lub zabezpieczania danych osobowych;
- przygotowywanie materiałów szkoleniowych z zakresu ochrony danych osobowych w systemie informatycznym oraz informowanie o potencjalnych zagrożeniach.

§ 59. Inspektor Ochrony Radiologicznej

1. Inspektor podlega bezpośrednio Dyrektorowi.
2. Do obowiązków Inspektora Ochrony Radiologicznej należy realizacja zadań określonych

w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 1 grudnia 2006 r w sprawie nadawania uprawnień inspektora ochrony radiologicznej w pracowniach stosujących aparaty rentgenowskie w celach medycznych w tym w szczególności:

1) prowadzenie zadań w zakresie nadzoru nad przestrzeganiem zasad bezpiecznej pracy z aparatami rentgenowskimi.
2) nadzór nad wykonywaniem podstawowych i specjalistycznych testów wewnętrznej kontroli parametrów aparatury rentgenowskiej.
3) nadzór nad spełnieniem warunków dopuszczających pracowników do zatrudnienia na stanowisku pracy z aparaturę rtg.
4) informowanie pracowników o otrzymanych przez nich dawkach promieniowania jonizującego.
5) informowanie Dyrektora o stwierdzonych zagrożeniach.
6) współpraca ze specjalistą ds. bhp w pracach związanych z dokonywaniem oceny ryzyka zawodowego.

§ 60. Konsultant naukowy w zakresie urologii:

1. Konsultant naukowy w zakresie urologii podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa Szpitala.
2. Do podstawowych obowiązków należy:
1) konsultowanie pacjentów zgłoszonych przez Koordynatora Oddziału Urologii Ogólnej i Onkologicznej;
2) udział w omówieniach problematycznych przypadków hospitalizowanych w Oddziale;
3)uczestnictwo w zabiegach operacyjnych w uzgodnieniu z Koordynatorem ;
4)nadzór nad rozwojem nowoczesnych technik endoskopowych w tym robotycznych realizowanych w Oddziale;
5) nadzór nad pracami naukowymi rezydentów;
6) nadzór nad przygotowaniem rozpraw doktorskich rezydentów;
7) opieka nad lekarzami w trakcie specjalizacji;
8) nadzór nad przebiegiem rozpoczętych badań klinicznych i ewentualnie wdrażanie nowych w uzgodnieniu z koordynatorem Oddziału;
9) wykonywanie innych czynności wynikających z obowiązujących przepisów prawa, regulaminów SSM i zarządzeń Dyrektora SSM oraz przyjętych zasad współpracy z lekarzami i pozostałym personelem.

§ 61 Dietetyk

1.Dietetyk podlega bezpośrednio Naczelnej Pielęgniarce
2.Głównym zdaniem dietetyka szpitalnego jest monitorowanie stanu odżywienia pacjentów poprzez prowadzenie screeningu w zakresie odżywiania wyznaczonych grup pacjentów hospitalizowanych w szpitalu i konsultowanych w poradniach specjalistycznych.
3.Do podstawowych obowiązków dietetyka szpitalnego należy:
1)ustalanie zaleceń żywieniowych u pacjentów hospitalizowanych porozumieniu z koordynatorami oddziałów.
2)prowadzenie edukacji żywieniowej pacjentów.
3)kontrolowanie sposobu prawidłowego realizowania usługi żywienia przez firmę zewnętrzną poprzez zatwierdzanie oraz wnioskowanie o zmiany w jadłospisie szpitalnym.
4)udział w pracach Komisji do oceny jakości żywienia oraz Zespołu Żywieniowego.

§ 62. Kapelan szpitalny

1.Kapelan szpitalny podlega bezpośrednio Dyrektorowi.
2. Do obowiązków Kapelana należy:
1) odprawianie Mszy Św., minimum raz w tygodniu w dzień roboczy oraz niedzielę i święta

2) zapewnienie możliwości do spowiedzi przed Mszą św. w kaplicy szpitalnej.
3) codzienne obchodzenie szpitala z Komunią św
4) udzielanie Sakramentu Namaszczenia Chorych.
5) przychodzenie do szpitala na każde wezwanie chorego
6) troska o piękno i czystość kaplicy szpitalnej, naczyń liturgicznych i bielizny kościelnej.

§ 63.Ośrodek Kształcenia Lekarzy Rodzinnych

Ośrodek zajmuje się kształceniem podyplomowym lekarzy rodzinnych zgodnie z programem kształcenia opracowanym przez CMKP. Ośrodek ściśle współpracuje z Katedrą Lekarza Rodzinnego Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Bydgoszczy.
Kursy obowiązkowe przewidziane w programie specjalizacji oraz autoprezentacje planowane są na każdy nowy rok akademicki.

Rozdział X
Sposób kierowania komórkami organizacyjnymi podmiotu.

§ 64.1..Podmiotem, przedsiębiorstwami podmiotu, jednostkami i komórkami kieruje Dyrektor.
2. Dyrektor podmiotu jest przełożonym wszystkich pracowników obu przedsiębiorstw i organizuje pracę w podmiocie
3. Dyrektor jest zatrudniany i zwalniany przez Prezydenta Miasta Torunia
4.Dyrektor podmiotu może upoważnić inną osobę do kierowania przedsiębiorstwem podmiotu w zakresie nadzoru merytorycznego nad przebiegiem procesu udzielania świadczeń zdrowotnych
5. Dyrektor samodzielnie podejmuje decyzje dotyczące funkcjonowania Szpitala.
6. Dyrektor odpowiada za całość gospodarki finansowej Szpitala, a w przypadku powierzenia części obowiązków w tym zakresie innym pracownikom ponosi odpowiedzialność z tytułu nadzoru nad gospodarką finansowa Szpitala..

§ 65. Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa i Główna Księgowa (będąca równocześnie kierownikiem Działu Ekonomicznego) podlegają bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala i odpowiadają przed Dyrektorem za właściwą realizację zadań objętych zakresem czynności i obowiązków.

§ 66. Oddziałami, zakładami, pracowniami kierują kierownicy, którzy pełnią również nadzór merytoryczny nad pracą poradni specjalistycznych w dziedzinach pokrywających się z działalnością oddziałów. W zakresie pozostałych poradni specjalistycznych nadzór merytoryczny pełni Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa. Nadzór nad organizacją pracy wszystkich poradni pełni Naczelna Pielęgniarka.

§ 67. Naczelna Pielęgniarka organizuje i sprawuje nadzór merytoryczny nad pracą personelu medycznego przy udziale pielęgniarek oddziałowych i/lub koordynujących.

§ 68.1.Nadzór merytoryczny nad działaniem wszystkich komórek organizacyjnych Szpitala wykonujących działalność medyczną sprawuje Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa.
2. W godz. od 15:00 do 7:00 w dni powszednie, oraz przez całą dobę w soboty i dni wolne od pracy w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych i koordynacji wykonywania zadań personelu Zastępcę Dyrektora ds. Lecznictwa reprezentuje Główny Dyżurant Szpitala, który działa w jego imieniu w godzinach pełnienia dyżuru i w związku z tym zobowiązany jest::
1) koordynować wykonywanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy dyżurnych w oddziałach oraz Izbie Przyjęć;
2) podejmować decyzje w sprawie ewentualnego przeprowadzania lub odstąpienia od sekcji zwłok osoby zmarłej w Szpitalu;
3) podejmować decyzje w sprawie wydania zwłok;
4) przyjmować skargi i przekazywać je do sekretariatu w godz. od 8.00-9.00 w pierwszym dniu roboczym po zakończeniu dyżuru;
5).podejmować decyzje we wszystkich sytuacjach nagłych wykraczających poza zwykłe procedury związane z funkcjonowaniem przedsiębiorstwa Szpital Miejski;
6). po zakończeniu dyżuru Główny Dyżurant Szpitala składa Zastępcy Dyrektora ds.

Lecznictwa raport z dyżuru, a jego treść wpisuje do książki raportów znajdującej się w Izbie Przyjęć.

§ 69.1.Personel podmiotu obowiązany jest nosić w widocznym miejscu identyfikatory zawierające imię i nazwisko oraz funkcję.

2.Personel podmiotu jest odpowiedzialny za rzetelną realizację zadań określonych na ich stanowiskach w zakresach obowiązków , odpowiedzialności i uprawnień opracowanych dla tych stanowisk (zakresy czynności przechowywane są w aktach osobowych pracowników w DSP) oraz zawartych w umowach cywilno-prawnych, a w szczególności za:

1) realizację zadań i celów podmiotu, określonych w powszechnie obowiązujących przepisach prawa oraz niniejszym Regulaminie,
2)dokładną znajomość przepisów prawnych obowiązujących w zakresie realizacji świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności w zakresie praw pacjenta, prowadzenia dokumentacji medycznej, zasad realizacji świadczeń określonych w umowie z NFZ,
3) właściwe przyjmowanie i załatwianie spraw pacjentów,
4) dokładne i terminowe wykonywanie powierzonej pracy,
5) prawidłowe ewidencjonowanie i przechowywanie dokumentów służbowych.
6) wykonywanie innych czynności określonych w poszczególnych zarządzeniach Dyrektora lub jego poleceniach
7) dbałość o należyty wizerunek podmiotu,

3.Personel komórek organizacyjnych przedsiębiorstw podmiotu współpracuje ze sobą w zakresie wykonywanych przez nie zadań.

4.Personel komórek organizacyjnych przedsiębiorstw podmiotu współuczestniczą w realizacji innych zadań zleconych przez Dyrektora. Zasady tej współpracy określa na bieżąco Dyrektor.

§ 70. Podmiot leczniczy prowadzi i przechowuje dokumentację medyczną zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 09 listopada 2015 r. (Dz. U. Z 2015 r. poz. 2069).

Rozdział XI
Zasady współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą.

§ 71.1.Podmiot współdziała z innymi podmiotami w zakresie prawidłowości diagnostyki, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji pacjentów oraz ciągłości przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, w szczególności poprzez kierowanie do innych placówek w celu konsultacji specjalistycznych, zlecanie badań laboratoryjnych nie wykonywanych w przedsiębiorstwach podmiotu, kierowanie na zabiegi specjalistyczne, o ile nie ma możliwości ich wykonania w przedsiębiorstwach podmiotu.

2.Zasady współdziałania określają umowy cywilno-prawne (dostępne w Dziale Spraw Pracowniczych) oraz umowy z podwykonawcami (dostępne u Pełnomocnika ds. Jakości).

3. Wyboru podmiotów dokonuje się w trybie konkursu ofert zgodnie z art. 26, 27 i art. 46 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2015 r. poz. 618 z późn. zm.).

§ 72.1. Umowa o współpracy z podmiotami wykonującymi działalność lecznicza obejmuje warunki kierowania pacjentów, finansowanie świadczeń i nadzoru nad jakością świadczenia zdrowotnego.

2.Nadzór nad prawidłowością procesu udzielania świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez inne podmioty wykonujące działalność leczniczą sprawuje Z-ca Dyrektora ds. lecznictwa.

§ 73.1.W ramach zapewnienia ciągłości przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, Szpital współpracuje z lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej. Lekarz specjalista zobowiązany jest przekazywać lekarzowi sprawującemu podstawową opiekę nad pacjentem informację według zasad, wzoru i w terminach określonych przez NFZ.

2.W uzasadnionych medycznie przypadkach lekarz wydaje skierowania do poradni specjalistycznych nie będących w strukturze organizacyjnej przedsiębiorstw podmiotu, skierowanie na leczenie sanatoryjne zgodnie z odrębnymi przepisami.
3.W razie potrzeby lekarz wydaje niezbędne zaświadczenia o stanie zdrowia tym także zaświadczenia o prawie do zasiłku chorobowego (ZUS ZLA) oraz skierowania na przysługujące z tytułu stanu zdrowia lub stopnia niepełnosprawności środki zaopatrzenia medycznego.

Rozdział XII
Wysokość opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej

§ 74.1.Podmiot udostępnia dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej prze pacjenta. Po śmierci pacjenta, dokumentację medyczną udostępnia się osobie upoważnionej przez pacjenta za życia.
2. Dokumentacja medyczna jest udostępniana na zasadach określonych w art. 27 ustawy o prawach pacjenta.
3. Za udostępnienie dokumentacji medycznej podmiot pobiera opłaty.
4. Udostępnianie dokumentacji następuje w trybie zapewniającym zachowanie poufności i ochrony danych osobowych.
5. Podmiot udostępnia dokumentację medyczną wyłącznie podmiotom uprawnionym w następujący sposób:
1) do wglądu w przedsiębiorstwach podmiotu,
2) poprzez sporządzanie jej wyciągów, odpisów lub kopii,
3) poprzez wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, jeśli uprawniony organ lub podmiot żąda oryginałów tej dokumentacji.

§ 75.1. Udostępnianie dokumentacji medycznej poprzez sporządzanie jej wyciągów, odpisów lub kopii podlega opłacie.
1) za jedną stronę wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej i opłata wynosi 0,002 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale, począwszy od pierwszego dnia następnego miesiąca po ogłoszeniu przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski” na podstawie art. 20 pkt. 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych,
2) za jedną stronę kopii dokumentacji medycznej opłata wynosi 0,0002 przeciętnego wynagrodzenia , o którym mowa w pkt. 1
3) za sporządzenie wyciągu, odpisu lub kopii dokumentacji medycznej na elektronicznym nośniku, opłata wynosi 0,002 przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa w pkt. 1.
2. Wysokość opłat o których mowa w ust. 1 określona jest w informacji dla pacjentów (wywieszonej na tablicy ogłoszeń) stanowiącej załącznik Nr 1 do niniejszego Regulaminu.

Rozdział XIII
Organizacja procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat

§ 76.1.W przypadku świadczenia zdrowotnego odpłatnego, pacjent przed rozpoczęciem udzielania tego świadczenia jest informowany o jego cenie.
2. Świadczenia zdrowotne odpłatne są realizowane na podstawie :
1) umowy z innym podmiotem- w tym przypadku rozliczenie następuje w okresach ustalonych w umowie, a pracownik korzystający ze świadczenia zdrowotnego nie jest obciążany kosztami usługi,
2) indywidualnego rozliczenia z pacjentem.

§ 77.1.W przypadku świadczeń odpłatnych finansowanych indywidualnie, pacjent ma możliwość uregulowania należności za usługę przed jej rozpoczęciem lub po jej zakończeniu.
2.Zapłata za wykonane odpłatne świadczenie zdrowotne może być dokonana wpłatą gotówkową za pokwitowaniem- paragon z kasy fiskalnej w Izbie Przyjęć oraz w Kasie Szpitala lub przelewem na wskazany rachunek bankowy.
3.Na życzenie pacjenta, każdorazowo za zrealizowanie odpłatnego świadczenia zdrowotnego, wystawiana jest faktura VAT.
4.Organizacja procesu udzielania świadczenia zdrowotnego odpłatnego jest tożsama z organizacją opisaną w rozdziałach IV – VII

Rozdział XIV

Wysokość opłat za świadczenia zdrowotne które mogą być, zgodnie z przepisami ustawy lub przepisami odrębnymi, udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością.

§ 78. 1. Opłaty mogą być pobierane od pacjentów i/lub osób uprawnionych w następujących przypadkach:

1) za świadczenia medyczne:
   a) w przypadku udzielenia świadczenia pacjentowi nie ubezpieczonemu, lub takiemu który nie potrafi udokumentować swojego prawa do świadczeń medycznych w ramach zawartych umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych, zawartych z NFZ .
   b) w przypadku udzielenia świadczenia pacjentowi np. wykonanie badania diagnostycznego laboratoryjnego bez obowiązującego skierowania
   c)w przypadku udzielenia świadczenia pacjentowi, który korzysta ze świadczeń nie objętych umowami z NFZ.
2) za czynności administracyjne:
   a) za wydanie odpisu, wypisu lub kopii dokumentacji medycznej, zgodnie z odpowiednimi przepisami w tym zakresie
   b) za wydanie odpisu, wypisu lub kopii dokumentacji medycznej potwierdzonej przez pracownika Składnicy Akt, dla potrzeb ubezpieczeniowych, zgodnie z odpowiednimi przepisami w tym zakresie
   c) za wydanie orzeczenia lekarskiego o stanie zdrowia pacjenta, dla potrzeb innych niż proces leczenia i diagnozowania choroby.
3) inne usługi zgodnie z cennikiem.

2.Wysokość opłat za świadczenia zdrowotne udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością określona jest w załączniku Nr 2 do niniejszego Regulaminu

Rozdział XV

Postępowanie w razie śmierci pacjenta i wysokość opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny od osób lub instytucji uprawnionych do pochowania zwłok na podstawie ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2000 r. Nr 23, poz. 295, z późn. zm.) oraz od podmiotów, na zlecenie których przechowuje się zwłoki w związku z toczącym się postępowaniem karnym;

§ 79.1.W razie śmierci pacjenta pielęgniarka bezzwłocznie powiadamia o tym lekarza leczącego lub lekarza dyżurnego.
2. Lekarz o którym mowa w pkt. 1 po przeprowadzeniu oględzin stwierdza zgon i jego przyczynę oraz wystawia kartę zgonu.
3. W przypadku poddania zwłok sekcji stwierdzenie przyczyny zgonu następuje po wykonaniu sekcji.

4. Po stwierdzeniu zgonu pacjenta lekarz zawiadamia niezwłocznie wskazaną przez chorego osobę lub instytucję, przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego, a gdy nie jest to możliwe z uwagi na nieobecność tych osób, przekazuje informację do Izby Przyjęć w celu ostatecznego powiadomienia o zgonie pacjenta.
5. Po stwierdzeniu zgonu przez lekarza, o którym mowa w pkt. 2, pielęgniarka wypełnia kartę skierowania zwłok do chłodni oraz zakłada na przegub dłoni albo stopy osoby zmarłej identyfikator wykonany z tasiemki, płótna lub tworzywa sztucznego, po czym zwłoki wraz z tą kartą oraz identyfikatorem są przewożone do chłodni. Jeżeli nie jest możliwe ustalenie tożsamości osoby zmarłej, w karcie skierowania do chłodni oraz na identyfikatorze dokonuje się oznaczenia „NN" z podaniem przyczyny i okoliczności uniemożliwiającej ustalenie tożsamości.
6. Zwłoki osoby zmarłej przewożone są do chłodni nie wcześniej niż po upływie dwóch godzin od czasu zgonu, wskazanego w dokumentacji medycznej. Zwłoki przewozi się na wózku z metalową kapsułą.
7. W okresie pomiędzy stwierdzeniem zgonu a przewiezieniem do chłodni zwłoki osoby zmarłej są przechowywane w specjalnie przeznaczonym do tego celu pomieszczeniu (Promorte), a w razie braku takiej możliwości – w innym chłodnym miejscu, z zachowaniem godności należnej zmarłemu.

§ 80. 1. Zwłoki osoby zmarłej przechowuje się w chłodni nie dłużej niż 72 godziny, licząc od godziny, w której nastąpiła śmierć pacjenta, z tym, że czas ten może być wydłużony jeżeli:

1) nie mogą zostać wcześniej odebrane przez osoby lub instytucje uprawnione do pochowania zwłok pacjenta;
2) w związku ze zgonem zostało wszczęte dochodzenie albo śledztwo, a prokurator nie zezwolił na pochowanie zwłok;
3) przemawiają za tym inne niż wymienione ważne przyczyny – za zgodą albo na wniosek osoby lub instytucji uprawnionej do pochowania zwłok pacjenta.

2. Postępowanie w przypadku zgonu pacjenta w przedsiębiorstwie Szpital Miejski określone jest w procedurze akredytacyjnej OP2.3 .
3. Za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny, licząc od godziny, w której nastąpiła śmierć pacjenta Szpital pobiera opłatę zgodnie z załącznikiem Nr 2 do regulaminu organizacyjnego.
4. W sprawach nie uregulowanych w ustępach poprzedzających zastosowanie mają przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 kwietnia 2012 roku w sprawie sposobu postępowania podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne ze zwłokami pacjenta w przypadku śmierci pacjenta (Dz. U. Nr 203, poz. 1503).

Rozdział XVI
Postanowienia końcowe.

§ 81. 1. Regulamin organizacyjny ustala Dyrektor.
2. W sprawach nieuregulowanych regulaminem organizacyjnym zastosowanie mają odrębne przepisy.
3. Podanie regulaminu do wiadomości pacjentów następuje poprzez udostępnienie go na wniosek pacjenta, w rejestracji Izby Przyjęć i Poradni Specjalistycznych, a także na stronie internetowej www.med.torun.pl oraz BIP.
4. Postanowienia regulaminu zostają podane do wiadomości wszystkich zatrudnionych w podmiocie leczniczym.
5. Regulamin wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2012 roku.

DYREKTOR
Krystyna Zaleska

*Zmiana regulaminu organizacyjnego została pozytywnie zaopiniowana Uchwałą Nr 2/2013 Rady Społecznej przy Specjalistycznym Szpitalu Miejskim im. M. Kopernika w Toruniu z dnia

08 lutego 2013 r.
*Zmiana regulaminu organizacyjnego została pozytywnie zaopiniowana Uchwałą Nr 4/2013 Rady Społecznej przy Specjalistycznym Szpitalu Miejskim im. M. Kopernika w Toruniu z dnia 17 maja 2013 r.
*Zmiana regulaminu organizacyjnego została pozytywnie zaopiniowana Uchwałą Nr 11/2013 Rady Społecznej przy Specjalistycznym Szpitalu Miejskim. im. M. Kopernika w Toruniu z dnia 13 grudnia 2013 r.
*Zmiana regulaminu organizacyjnego została pozytywnie zaopiniowana Uchwałą Nr 5/2014 Rady Społecznej przy Specjalistycznym Szpitalu Miejskim im. M. Kopernika w Toruniu z dnia 19 września 2014 r.
*Zmiana regulaminu organizacyjnego została pozytywnie zaopiniowana Uchwałą Nr 9/2014 Rady Społecznej przy Specjalistycznym Szpitalu Miejskim im. M. Kopernika w Toruniu z dnia 19 grudnia 2014 r.
*Zmiana regulaminu organizacyjnego została pozytywnie zaopiniowana Uchwałą Nr 7/2015 Rady Społecznej przy Specjalistycznym Szpitalu Miejskim im. M. Kopernika w Toruniu z dnia 25 września 2015 roku.
*Zmiana regulaminu organizacyjnego została pozytywnie zaopiniowana Uchwałą Nr 10/2015 Rady Społecznej przy Specjalistycznym Szpitalu Miejskim im. M. Kopernika w Toruniu z dnia 11 grudnia 2015 roku.
*Zmiana regulaminu organizacyjnego została pozytywnie zaopiniowana Uchwałą Nr 4/2016 Rady Społecznej przy Specjalistycznym Szpitalu Miejskim im. M. Kopernika w Toruniu z dnia 15 04.2016 roku.

Załączniki do regulaminu:
Nr 1- WYSOKOŚĆ OPŁAT ZA UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ
Nr 2- WYSOKOŚĆ OPŁAT ZA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH ZA CZĘŚCIOWĄ ALBO CAŁKOWITĄ ODPŁATNOŚCIĄ.