



Regulamin Organizacyjny

Mazowieckiego Centrum Leczenia Chorób Płuc i Gruźlicy

Zatwierdził:
DIREKTOR NAZELNY
MAZOWIECKIEGO CENTRUM
LECZENIA CHOROÓB PŁUC I GRUŹLICY

.....mgr med. Antoni Blachnio

Sprawdził:

WYKŁADZISTA ds. PRAWNYCH

.....mgr Marcin Bender

Tekst jednolity opracowany na podstawie załącznika do Uchwały Nr IV/15/2015 Rady Społecznej Mazowieckiego Centrum Leczenia Chorób Płuc i Gruźlicy z dnia 28 października 2015 r.

Otwock, grudzień 2013 r.

Spis treści

Rozdział I Postanowienia ogólne.....	4
Rozdział II Firma podmiotu, cele i zadania, struktura organizacyjna przedsiębiorstwa podmiotu, rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych.....	5
Struktura organizacyjna	6
Rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych.....	7
Rozdział III Przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości tych świadczeń w komórkach organizacyjnych przedsiębiorstwa podmiotu.....	8
Zasady przyjmowania pacjentów do Centrum.....	8
Zasady udzielania świadczeń w Izbie Przyjęć.....	8
Zasady udzielania świadczeń w oddziale szpitalnym.....	10
Zasady odwiedzania pacjentów.....	11
Zasady postępowania w wypadku zgonu pacjenta.....	12
Zasady udzielania świadczeń w poradniach specjalistycznych.....	13
Rozdział IV Organizacja, sposób kierowania oraz zadania poszczególnych komórek organizacyjnych przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego oraz warunki współdziałania.....	14
Dyrektor Naczelny.....	14
Zastępca Dyrektora ds. Medycznych.....	14
Zastępca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa.....	15
Zastępca Dyrektora ds. Administracyjno – Technicznych.....	15
Główny Księgowy.....	16
Pozostałe zadania zastępców Dyrektora Naczelnego.....	16
Zasady podpisywania pism.....	16
Komórki organizacyjne.....	17
Pion Dyrektora Naczelnego.....	18
Dział Kadr	18
Dział Organizacji i Informacji Medycznej.....	19
Biuro Radcy Prawnego.....	19
Koordynator Procesu Zarządzania Ryzykiem.....	20
Samodzielna Sekcja ds. Informatyki	20
Samodzielne Stanowisko ds. BHP.....	21
Pełnomocnik ds. Ochrony Informacji Niejawnych.....	22
Samodzielne Stanowisko ds. Obronnych.....	22
Samodzielne Stanowisko ds. Kontroli Wewnętrznej.....	22
Zespół Sekretaryjno-Kancelaryjny	22
Pion Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych.....	24
Zasady współpracy przedsiębiorstw Centrum	24
Biuro Rzecznika Praw Pacjenta.....	24
Zasady pracy oddziału szpitalnego.....	24
Lekarz epidemiolog	28
Poradnia Chorób Płuc i Gruźlicy dla Dorosłych.....	28
Poradnia Chirurgii Klatki Piersiowej.....	29
Poradnia Rehabilitacji.....	29
Hospicjum	30
Laboratorium Diagnostyczne	30
Laboratorium Mikrobiologiczne	31
Pracownia Diagnostyki Obrazowej	31
Pracownia Diagnostyki Bronchologicznej	32
Pracownia Patomorfologii.....	32
Bank Krwi	32
Izba Przyjęć.....	33
Dział Dokumentacji Medycznej i Rejestracji Chorych.....	35
Blok Operacyjny.....	36
Apteka Szpitalna.....	37
Pion Zastępcy Dyrektora ds. Pielęgniarstwa.....	39
Pielęgniarka Oddziałowa.....	39
Dział Higieny.....	39
Pielęgniarka Epidemiologiczna.....	39
Pielęgniarka ds. Promocji Zdrowia.....	40
Sekcja Żywienia.....	40
Pion Zastępcy Dyrektora ds. Administracyjno-Technicznych.....	41
Dział Administracyjno-Gospodarczy.....	41

Regulamin Organizacyjny

Dział Zamówień Publicznych i Przetargów.....	41
Dział Techniczno-Energetyczny.....	42
Samodzielne Stanowisko ds. Ochrony Przeciwpożarowej.....	43
Pion Głównego Księgowego.....	44
Dział Ekonomiczno-Finansowy.....	44
Rozdział V Warunki współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą	45
Rozdział VI Zasady udostępniania i pobierania opłat za dokumentację medyczną.....	46
Rozdział VII Organizacja procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat	48
Rozdział VIII Zasady i wysokość pobieranych opłat	49
Rozdział IX Postanowienia końcowe	50
Załączniki	
Struktura organizacyjna Mazowieckiego Centrum Leczenia Chorób Płuc i Gruzlicy	51
Schemat organizacyjny Mazowieckiego Centrum Leczenia Chorób Płuc i Gruzlicy	54
Cennik usług medycznych.....	55

Rozdział I

Postanowienia ogólne

§ 1

Regulamin Organizacyjny Centrum określa:

- 1) firmę podmiotu, cele i zadania podmiotu, strukturę organizacyjną przedsiębiorstwa podmiotu, rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych;
- 2) przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości tych świadczeń w jednostkach lub komórkach organizacyjnych przedsiębiorstwa podmiotu;
- 3) organizację i zadania poszczególnych jednostek organizacyjnych lub komórek organizacyjnych przedsiębiorstwa podmiotu, oraz warunki współdziałania tych jednostek lub komórek dla zapewnienia sprawnego i efektywnego funkcjonowania podmiotu pod względem diagnostyczno-leczniczym, pielęgnacyjnym, rehabilitacyjnym i administracyjno-gospodarczym;
- 4) 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;
- 5) wysokość opłaty za udostępnienie 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;
- 6) organizację procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat;
- 7) 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;
- 8) wysokość opłat za udzielane świadczenia zdrowotne inne niż finansowane ze środków publicznych;
- 9) sposób kierowania jednostkami lub komórkami organizacyjnymi przedsiębiorstwa podmiotu;
- 10) obowiązki Centrum w razie śmierci pacjenta.

§ 2

Ilekroć w niniejszym Regulaminie jest mowa o:

- 1) Centrum – należy przez to rozumieć Mazowieckie Centrum Leczenia Chorób Płuc i Gruźlicy podmiot leczniczy niebędący przedsiębiorcą;
- 2) Dyrektora, Dyrektora Naczelnym - należy przez to rozumieć osobę zarządzającą Mazowieckim Centrum Leczenia Chorób Płuc i Gruźlicy;
- 3) Kierownika oddziału – lekarza kierującego oddziałem;
- 4) Pacjencie – należy przez to rozumieć osobę fizyczną, korzystającą z określonych rodzajowo świadczeń zdrowotnych w Mazowieckim Centrum Leczenia Chorób Płuc i Gruźlicy.

Rozdział II

Firma podmiotu, cele i zadania, struktura organizacyjna przedsiębiorstwa podmiotu, rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych

§ 3

1. Mazowieckie Centrum Leczenia Chorób Płuc i Gruzlicy zwane dalej „Centrum” jest samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej, którego podmiotem tworzącym jest Samorząd Województwa Mazowieckiego.
2. Siedzibą Centrum jest miasto Otwock.

§ 4

Centrum udziela świadczeń zdrowotnych na zasadach określonych w:

- 1) ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2011 r. Nr 112 poz. 654 z późn. zm.);
- 2) ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2004 r. Nr 210 poz. 2135 z późn. zm.);
- 3) przepisach odrębnych lub w umowach cywilnoprawnych;
- 4) Statucie Centrum.

§ 5

Podstawowym zadaniem Centrum jest prowadzenie działalności leczniczej w rodzaju szpitalnych i innych niż szpitalne stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych oraz specjalistycznych świadczeń ambulatoryjnych.

§ 6

Organami Centrum są:

- 1) Dyrektor Naczelny;
- 2) Rada Społeczna.

§ 7

1. Na czele Centrum stoi Dyrektor Naczelny, który zarządza całokształtem działalności oraz reprezentuje Centrum na zewnątrz.
2. Dyrektor Naczelny samodzielnie podejmuje decyzje dotyczące Centrum i ponosi za nie odpowiedzialność.
3. Rada Społeczna jest organem inicjującym i opiniodawczym podmiotu tworzącego oraz doradczym Dyrektora Naczelnego Centrum.
4. Dyrektor Naczelny powołuje Kolegium Dyrekcyjne i Radę Ordynatorów, które pełnią rolę doradczą i opiniotwórczą.

§ 8

1. Działalnością Centrum kieruje Dyrektor Naczelny przy pomocy:
 - 1) Zastępcy ds. Medycznych;
 - 2) Zastępcy ds. Pielęgniarstwa;
 - 3) Zastępcy ds. Administracyjno-Technicznych;
 - 4) Głównego Księgowego.
2. Zastępca Dyrektora ds. Medycznych jest pierwszym zastępcą Dyrektora Naczelnego Centrum.
3. Dyrektor powołuje i odwołuje swoich zastępców o ile nie zachodzi okoliczność określona w art. 49 ust. 1 pkt.2 ustawy o działalności leczniczej oraz Statucie Centrum.
4. Działalnością poszczególnych komórek działalności podstawowej Centrum kierują:
 - 1) oddziałami – ordynatorzy lub lekarze kierujący oddziałem;
 - 2) poradniami, pracowniami, laboratoriami i pozostałymi komórkami - kierownicy, koordynatorzy.
5. W skład administracji i obsługi wchodzi komórki organizacyjne takie jak: działy, sekcje, samodzielne sekcje, samodzielne stanowiska, samodzielne wieloosobowe stanowiska pracy oraz zespoły.
6. Komórkami organizacyjnymi wymienionymi w ust. 5 kierują:
 - 1) działem - kierownik działu;
 - 2) zespołem - kierownik zespołu;
 - 3) sekcją - wyznaczony pracownik, koordynator;
 - 4) samodzielnym wieloosobowym stanowiskiem pracy - wyznaczony pracownik.
7. Zarządzanie Centrum opiera się na jednolitym programie wynikającym z zadań planowych.
8. Przepisy wewnętrzne wydawane są przez Dyrektora Naczelnego Centrum w formie:
 - 1) zarządzeń;
 - 2) pism okólnych;
 - 3) regulaminów;
 - 4) instrukcji;
 - 5) poleceń.

Struktura organizacyjna

§ 9

1. W skład Centrum wchodzi przedsiębiorstwa i komórki organizacyjne.
2. Struktura organizacyjna Centrum dzieli się na pięć podstawowych pionów:
 - 1) pion Dyrektora Naczelnego;
 - 2) pion Zastępcy ds. Medycznych;
 - 3) pion Zastępcy ds. Pielęgniarstwa;
 - 4) pion Zastępcy ds. Administracyjno-Technicznych;
 - 5) pion Głównego Księgowego.
3. Kierowników komórek organizacyjnych powołuje i odwołuje Dyrektor Naczelny na wniosek zastępcy zgodnie z podporządkowaniem organizacyjnym.
4. Dyrektor Naczelny przed powołaniem na stanowiska, o których mowa w ust. 3, zarządza konkurs o ile zachodzi okoliczność określona w art. 49 ust. 1 i 2 ustawy o działalności leczniczej.
5. Zastępcy Dyrektora kierują działalnością podporządkowanych im bezpośrednio komórek organizacyjnych w zakresie ustalonym przez Dyrektora Naczelnego.
6. Kierownicy, o których mowa w ust. 3 wykonują zadania należące do zakresu działania kierowanych przez siebie komórek organizacyjnych, które nie zostały objęte indywidualnymi zakresami czynności oraz inne zadania zlecone doraźnie przez Dyrektora Naczelnego lub jego zastępców.

§ 10

Dyrektorowi Nacelnemu Centrum bezpośrednio podporządkowane są następujące komórki organizacyjne:

- 1) Dział Kadr;
- 2) Dział Organizacji i Informacji Medycznej;
- 3) Biuro Rady Prawnego;
- 4) Koordynator Procesu Zarządzania Ryzykiem;
- 5) Samodzielna Sekcja ds. Informatyki;
- 6) Samodzielne Stanowisko ds. BHP;
- 7) Pełnomocnik ds. Ochrony Informacji Niejawnych;
- 8) Samodzielne Stanowisko ds. Obronnych;
- 9) Samodzielne Stanowisko ds. Kontroli Wewnętrznej;
- 10) Zespół Sekretaryjno – Kancelaryjny.

§ 11

1. Pion Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych dzieli się na przedsiębiorstwa i komórki organizacyjne:
 - 1) przedsiębiorstwo świadczące usługi z zakresu stacjonarnych całodobowych świadczeń zdrowotnych szpitalnych - Szpital Specjalistyczny w skład którego wchodzi:
 - a) oddziały szpitalne,
 - b) laboratoria i pracownie diagnostyczne,
 - c) Izba Przyjęć z Działem Dokumentacji Medycznej i Rejestracji Chorych,
 - d) Apteka,
 - e) Bank Krwi,
 - f) Blok Operacyjny;
 - 2) przedsiębiorstwo świadczące usługi z zakresu stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych innych niż szpitalne - Hospicjum w skład, którego wchodzi:
 - a) Hospicjum Stacjonarne,
 - b) Hospicjum Domowe;
 - 3) przedsiębiorstwo świadczące usługi z zakresu ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych - Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna w skład, którego wchodzi:
 - a) poradnie specjalistyczne;
 - 4) Pełnomocnik ds. Praw Pacjenta;
 - 5) Lekarz Epidemiolog;
 - 6) Ambulatorium Zakładowe;
 - 7) Kapelan Szpitalny.
2. Ponadto Zastępca Dyrektora ds. Medycznych nadzoruje pracę:
 - 1) Komitetu Terapeutycznego;
 - 2) Zespołu ds. Jakości z Sekcją ds. Zdarzeń Niepożądanych;
 - 3) Komitetu ds. Zakażeń Szpitalnych;
 - 4) Zespołu ds. Kontroli Zakażeń Szpitalnych;
 - 5) Komitetu Transfuzjologicznego;
 - 6) Zespołu ds. Analiz Zgonów;
 - 7) Zespołu ds. Oceny Przyjęć Pacjentów;

- 8) Zespołu Konsultantów;
- 9) Szpitalnego Zespołu Żywniowego.

§ 12

1. Zastępcy Dyrektora ds. Pielęgniarstwa bezpośrednio podporządkowane są:
 - 1) pielęgniarki oddziałowe, pielęgniarki koordynujące;
 - 2) Pielęgniarka Epidemiologiczna;
 - 3) Pielęgniarka ds. Promocji Zdrowia;
 - 4) Dział Higieny;
 - 5) Sekcja Żywienia.
2. Zastępca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa nadzoruje pracę Zespołu ds. Profilaktyki Odleżyn.
3. W skład pionu Zastępcy Dyrektora ds. Pielęgniarstwa wchodzi wszystkie pielęgniarki, sekretarki medyczne, salowe i technicy medyczni.

§ 13

Zastępcy Dyrektora ds. Administracyjno-Technicznych podporządkowane są:

- 1) Dział Administracyjno-Gospodarczy;
- 2) Dział Techniczno-Energetyczny;
- 3) Dział Zamówień Publicznych i Przetargów;
- 4) Samodzielne Stanowisko ds. ppoż.

§ 14

1. Głównemu Księgowemu bezpośrednio podporządkowany jest Dział Ekonomiczno-Finansowy, w skład którego wchodzi:
 - 1) Sekcja Planowania, Księgowości i Likwidatury;
 - 2) Sekcja Inwentarzowa i Rozliczeń Materiałowych.
2. Wszyscy kierownicy i pracownicy w Pionie Finansowo-Księgowym zobowiązani są do dokonywania w ramach kontroli gospodarczej, wstępnej kontroli poszczególnych operacji gospodarczych.

Rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych

§ 15

1. Centrum udziela świadczeń zdrowotnych w następujących rodzajach:
 - 1) stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych szpitalnych;
 - 2) stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych innych niż szpitalne;
 - 3) ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych.
2. Zakresami udzielanych świadczeń zdrowotnych są następujące dziedziny medycyny:
 - 1) anestezjologia i intensywna terapia;
 - 2) chirurgia klatki piersiowej;
 - 3) chirurgia ogólna;
 - 4) choroby wewnętrzne;
 - 5) kardiologia;
 - 6) diagnostyka laboratoryjna;
 - 7) mikrobiologia;
 - 8) onkologia kliniczna;
 - 9) patomorfologia;
 - 10) radiologia i diagnostyka obrazowa;
 - 11) rehabilitacja medyczna;
 - 12) choroby płuc;
 - 13) farmakologia kliniczna;
 - 14) medycyna paliatywna;
 - 15) transfuzjologia kliniczna.
3. Miejscem udzielania świadczeń są:
 - 1) oddziały szpitalne;
 - 2) hospicjum;
 - 3) poradnie;
 - 4) laboratoria;
 - 5) pracownie diagnostyczne.

Rozdział III

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

§ 16

1. Świadczenia zdrowotne w Centrum udzielane są przez osoby wykonujące zawód medyczny posiadające wymagane uprawnienia i umiejętności medyczne z należytą starannością zawodową, i wykorzystaniem aktualnej wiedzy medycznej oraz postępu technicznego.
2. W celu zapewnienia wysokiej jakości świadczenia zdrowotne udzielane są zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa oraz z przyjętymi w Centrum standardami, procedurami, normami i instrukcjami.
3. Nadzór nad przebiegiem procesu udzielania świadczeń zdrowotnych pełni Zastępca Dyrektora ds. Medycznych.
4. Dokumentacja medyczna osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych prowadzona i administrowana jest w Centrum zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

Zasady przyjmowania pacjentów do Centrum

§ 17

1. Przyjęcia pacjentów do Centrum odbywają się na podstawie skierowania.
2. Skierowanie nie jest wymagane w stanach nagłego zagrożenia zdrowia lub życia.
3. Termin przyjęcia do Centrum może być uzgodniony bezpośrednio, telefonicznie lub za pośrednictwem osoby trzeciej.
4. Pacjenci zgłaszający się do Centrum powinni posiadać dowód osobisty lub inny dokument tożsamości ze zdjęciem oraz dowód ubezpieczenia lub inny dokument potwierdzający prawo do świadczeń.
5. Pacjent bez uzgodnionego terminu przyjęcia jest kierowany do gabinetu badań Izby Przyjęć w celu uzgodnienia terminu przyjęcia.
6. Pacjent z uzgodnionym terminem przyjęcia zgłasza się do Izby Przyjęć, po badaniu wstępnym i zarejestrowaniu jest kierowany do właściwego oddziału szpitalnego.

Zasady udzielania świadczeń w Izbie Przyjęć

§ 18

1. W Izbie Przyjęć świadczenia opieki zdrowotnej udzielane są w trybie nagłym osobie znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, we wszystkie dni tygodnia.
2. Pacjent do Izby Przyjęć może:
 - 1) zgłosić się samodzielnie w stanie nagłego pogorszenia stanu zdrowia;
 - 2) zostać przywiezionym przez Zespół Ratownictwa Medycznego.
3. Czas oczekiwania pacjenta na przyjęcie w Izbie Przyjęć jest uzależniony od jego stanu zdrowia oraz liczby oczekujących pacjentów na przyjęcie.
4. W przypadku braku dokumentów potwierdzających ubezpieczenie, świadczenia zdrowotne udzielane są pacjentowi w zakresie niezbędnym, stosownie do jego aktualnego stanu zdrowia.
5. Dyżurny Lekarz Izby Przyjęć przeprowadza badanie podmiotowe i przedmiotowe, stawia wstępną diagnozę lekarską oraz podejmuje decyzję, co do dalszego postępowania z pacjentem.
6. W celu sprawnego działania Izby Przyjęć lekarz pełniący dyżur jest zobowiązany nadzorować stan wyposażenia Izby Przyjęć w leki oraz niezbędne urządzenia, aparaturę i instrumentaria do udzielania natychmiastowej pomocy.

§ 19

1. Praca Izby Przyjęć Centrum trwa przez całą dobę i jest prowadzona na zmiany, które powinny odbywać się ściśle według rozkładu zajęć ustalonego przez Zastępcę Dyrektora ds. Medycznych i Zastępcę Dyrektora ds. Pielęgniarstwa.
2. Każdy chory zgłaszający się ze skierowaniem do szpitala lub przywieziony do szpitala przez Pogotowie Ratunkowe, powinien być niezwłocznie zbadany przez lekarza dyżurnego.
3. Jeżeli z badania wstępnego wynika, że chory wymaga hospitalizacji, a rodzaj schorzenia mieści się w profilu leczniczym szpitala i szpital dysponuje wolnym miejscem chory powinien być przyjęty.
4. Jeżeli szpital nie dysponuje wolnymi łózkami, a chory wymaga umieszczenia w szpitalu, lekarz dyżurny po zbadaniu chorego i ustaleniu możliwości przetransportowania chorego do innego szpitala, udziela w miarę potrzeby doraźną pomoc i kieruje do innego szpitala (po uprzednim porozumieniu się z tym szpitalem).

§ 20

1. Nie wolno odmówić przyjęcia z powodu braku wolnych łóżek, ciężko choremu wymagającemu natychmiastowego pozostawienia w szpitalu.

2. W przypadku gdy chory został skierowany niewłaściwie, a po udzieleniu potrzebnej pomocy doraźnej nadaje się do dalszego transportu, lekarz dyżurny może odesłać chorego zgodnie z kwalifikacją do właściwego oddziału innego szpitala, po uprzednim upewnieniu się co do możliwości umieszczenia.

§ 21

Przy badaniu i kwalifikowaniu do leczenia szpitalnego chorych, nie wymagających natychmiastowej hospitalizacji należy przestrzegać następujących zasad:

- 1) chory zgłaszający się do leczenia szpitalnego powinien przedstawić wystawione przez lekarza leczącego skierowanie na leczenie szpitalne z ustalonym lub przypuszczalnym rozpoznaniem, a także wyniki wykonanych uprzednio badań pomocniczych;
- 2) lekarz dyżurny bada chorego w Izbie Przyjęć zasięgając w razie potrzeby konsultacji właściwego lekarza dyżurnego oddziału lub ordynatora/lekarza kierującego oddziałem i w przypadku stwierdzenia wskazań do hospitalizacji kieruje chorego do właściwego oddziału;
- 3) Izba Przyjęć jest codziennie zawiadamiana o planowanych przyjęciach przez poszczególne oddziały, które prowadzą terminarz przyjęć;
- 4) oddziały są zobowiązane do rezerwowania łóżek dla pacjentów, którzy mieli wcześniej ustalony termin przyjęcia do szpitala;
- 5) pacjenci zgłaszający się do Izby Przyjęć, a nie wymagający leczenia szpitalnego otrzymują kartę informacyjną (odmowy) co do dalszego postępowania, a w miarę potrzeby otrzymują niezbędną pomoc doraźną.

§ 22

Jeżeli w czasie badania chorego w Izbie Przyjęć okaże się, że jest on chory na chorobę zakaźną inną niż gruźlica, należy bezzwłocznie skierować go do Izby Przyjęć oddziału zakaźnego (lub szpitala zakaźnego), a w pomieszczeniach Izby Przyjęć przeprowadzić doraźną dezynfekcję.

§ 23

W przypadku przywiezienia do Izby Przyjęć chorego z zaburzeniami psychicznymi, lekarz dyżurny porozumiewa się z właściwym szpitalem psychiatrycznym celem umieszczenia go w tym szpitalu (po uprzednim wykluczeniu podejrzenia o gruźlicę).

§ 24

1. Chorych przywiezionych do Izby Przyjęć w następstwie wypadku, wpisuje się do książki wypadkowej oraz powiadamia najbliższy Komisariat Policji.
2. Jeżeli chory przywieziony jest do Izby Przyjęć w stanie nieprzytomnym, lekarz dyżurny w księdze wypadków wpisuje okoliczności wypadku, miejsce znalezienia chorego, jego aktualny stan, czas i okoliczności transportu, dane personalne osób towarzyszących na podstawie relacji ustnych i posiadanych przez nich dokumentów.
3. Jeżeli lekarz dyżurny przy badaniu chorego poweźmie uzasadnione podejrzenie, że jego uszkodzenie ciała lub zaburzenie czynności pozostaje w związku z usiłowaniem zabójstwa, samobójstwa lub zatrucia jest zobowiązany niezwłocznie o danym przypadku powiadomić Komisariat Policji i dyżurnego prokuratora.

§ 25

1. Lekarz dyżurny w razie stwierdzenia potrzeby wykonania w najbliższym czasie u przyjmowanego pacjenta zabiegu operacyjnego jest zobowiązany zażądać od niego, a w razie jego nieprzytomności, niepełnoletniości lub ubezwłasnowolnienia od jego opiekunów prawnych lub faktycznych, wyrażenia zgody na piśmie na dokonanie zabiegu.
2. W razie odmowy udzielenia zgody, lekarz dyżurny jest zobowiązany uzyskać od pacjenta (rodziców lub opiekunów) pisemne oświadczenie z adnotacją że został on uprzedzony o ewentualnych następstwach niedokonania zabiegu.
3. Jeżeli nie można uzyskać oświadczenia określonego w ust. 1 i 2, a zabieg operacyjny jest konieczny i umotywowany wskazaniami żywotnymi, o jego wykonaniu na wniosek właściwego ordynatora/lekarza kierującego oddziałem decyduje Dyrektor Naczelny (po godz. 15.00 lekarz dyżurny Izby Przyjęć) po telefonicznym porozumieniu się z sądem opiekuńczym lub prokuratorem dyżurnym w godzinach popołudniowych i nocnych.
4. Odmowa wyrażenia zgody na świadczenia zdrowotne przez pacjenta nieletniego, który ukończył 16 lat, wymaga przedstawienia sprawy sądowi opiekuńczemu, który może udzielić zezwolenia na takie świadczenia; nie dotyczy to przypadku, gdy świadczenie ma być udzielone w przypadku zagrożenia utraty życia lub kalectwa.
5. Okoliczności o których mowa w ust. 1-3, powinny być odnotowane przez lekarza dyżurnego w historii choroby pacjenta, niezależnie od dołączonych oświadczeń. Adnotację lekarza dyżurnego w historii choroby podpisuje jako świadek pielęgniarka Izby Przyjęć.

§ 26

Przy przyjęciu chorego do szpitala, wypełnia się obowiązujące formularze związane z przyjęciem chorego do szpitala.

§ 27

1. Przed umieszczeniem chorego w oddziale pielęgniarka wykonuje konieczne zabiegi higieniczne:
 - 1) kąpiel chorego;
 - 2) dezynsekcje chorego i jego odzieży.
2. Lekarz dyżurny powinien nadzorować zabiegi sanitarno-higieniczne i inne czynności przy przyjmowaniu ciężko chorego.
3. Chory powinien oddać do depozytu szpitalnego swoje rzeczy osobiste, pieniądze, kosztowności oraz odzież, obuwie itp. lub oddać je rodzinie.
4. Każde dziecko musi być przez pielęgniarkę oznaczone w sposób nie budzący wątpliwości, na podstawie dokumentów przedstawionych przez rodziców lub opiekunów.
5. Po odbiór dziecka zgłasza się pielęgniarka z oddziału wskazanego przez lekarza dyżurnego.

§ 28

1. Obłożnie chorzy powinni być przetransportowani, a inni chorzy odprowadzeni do oddziału wskazanego przez lekarza dyżurnego.
2. Szpital jest zobowiązany zawiadomić rodzinę lub opiekunów chorego o:
 - 1) przyjęciu bez ich wiedzy do szpitala chorego nieletniego - w ciągu 24 godzin;
 - 2) przyjęciu chorego bez względu na wiek, w przypadku nagłym i ciężkim albo o znacznym pogorszeniu się stanu chorego lub zgonie - bezzwłocznie (telegraficznie, telefonicznie lub w inny sposób);
 - 3) o przewiezieniu chorego do innego zakładu służby zdrowia z podaniem dokładnego adresu i telefonu tego zakładu - w ciągu 24 godzin.
3. Zawiadomienia, o których mowa w ust. 2 pkt. 1, 2 i 3 dokonuje ordynator/lekarz kierujący oddziałem lub osoba przez niego upoważniona.

§ 29

W przypadku zgonu chorego w Izbie Przyjęć, zwłoki do czasu przewiezienia do chłodni szpitalnej należy umieścić w osobnym pomieszczeniu.

§ 30

Zasady pracy w Izbie Przyjęć obowiązują we wszystkich oddziałowych filiach Izby Przyjęć.

Zasady udzielania świadczeń w oddziale szpitalnym

§ 31

1. Do oddziału szpitalnego pacjent kierowany jest z Izby Przyjęć, w przypadku gdy cel leczenia nie może być osiągnięty przez leczenie ambulatoryjne.
2. W oddziale szpitalnym w ramach hospitalizacji Centrum zapewnia:
 - 1) całodobową opiekę medyczną we wszystkie dni tygodnia;
 - 2) produkty lecznicze;
 - 3) wyroby medyczne;
 - 4) badania diagnostyczne;
 - 5) inne procedury wynikające z procesu leczenia.

§ 32

Przy ustalaniu rozkładu dnia w zakresie obsługi i pielęgnowania chorych należy kierować się następującymi wytycznymi:

Godziny:	Zakres obsługi i pielęgnowania chorych:
06 ⁰⁰ - 08 ⁰⁰	zabiegi pielęgnacyjne, diagnostyczne, porządkowe, śniadanie
08 ⁰⁰ - 12 ³⁰	obchody i konsultacje lekarskie, zabiegi diagnostyczne i lecznicze
12 ³⁰ - 14 ¹⁵	obiad
14 ¹⁵ - 17 ⁰⁰	czas do dyspozycji pacjentów
17 ⁰⁰ - 18 ³⁰	kolacja
18 ³⁰ - 22 ⁰⁰	zabiegi leczniczo-pielęgnacyjne, obchód lekarski
22 ⁰⁰ - 06 ⁰⁰	cisza nocna

§ 33

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

§ 34

Badanie w celu ustalenia rozpoznania, a także rozpoczęcie leczenia powinno nastąpić niezwłocznie po przyjęciu chorego do oddziału.

§ 35

1. Lekarze oddziału są zobowiązani prowadzić na bieżąco dokumentację medyczną pacjenta zgodnie z obowiązującymi przepisami.

2. Historia choroby powinna odzwierciedlać istotny stan chorego oraz przebieg badań i leczenia w szpitalu. Wszystkie wyniki badań należy wpisywać lub wklejać do historii choroby.
3. Historie choroby należy przechowywać w pokoju lekarskim z tym, że po wyjściu lekarzy powinny znajdować się pod zamknięciem, dostępne jednak w razie potrzeby dla lekarzy dyżurnych.
4. Nazwisko ordynatora/lekarza kierującego oddziałem i asystenta odpowiedzialnych za dokumentację medyczną pacjenta powinny być wpisane na karcie „Historii choroby” lub oznaczone pieczętkami tych lekarzy.
5. W razie wydania przez ordynatora/lekarza kierującego oddziałem decyzji o wypisaniu chorego, lekarz leczący kończy historię choroby wpisując do niej rozpoznanie i epikryzę, oraz wypełnia inne dokumenty związane z wypisaniem (karta informacyjna, karta statystyczna itp.), a następnie przedkłada historię choroby w dniu wypisania ordynatorowi/lekarzowi kierującemu oddziałem do wglądu i podpisu, po czym tego samego dnia przekazuje do Działu Dokumentacji Medycznej i Rejestracji Chorych.
6. W kartach gorączkowych pielęgniarka wypisuje wszystkie parametry związane z funkcjonowaniem organizmu np. temperatura, tętno itp. zlecenia leczniczo-diagnostyczne wpisuje do karty zleceń lekarz.
7. Indywidualna dokumentacja medyczna stanowi zbiór dokumentów medycznych, zawierający dane i informacje dotyczące stanu zdrowia pacjenta oraz udzielanych świadczeń zdrowotnych i winna być prowadzona zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami.

§ 36

Obowiązkiem lekarza leczącego jest zgłoszenie ordynatorowi lub lekarzowi kierującemu oddziałem wniosku o wypisanie chorego niezwłocznie po zakończeniu leczenia szpitalnego.

§ 37

Chorych należy otaczać opieką odpowiednią do stanu zdrowia.

§ 38

1. Chorzy kierowani na badania specjalistyczne i zabiegi lecznicze powinni być, zależnie od stanu zdrowia, przeprowadzani, przewożeni na wózkach przez personel medyczny lub przenoszeni na noszach przy pomocy sanitariuszy/noszowych.
2. Chorzy z oddziałów szpitalnych kierowani na badania specjalistyczne lub konsultacje do innego szpitala muszą być przewożeni pod opieką lekarza, pielęgniarki lub innego personelu za zgodą lekarza prowadzącego.

§ 39

1. Informacji o stanie zdrowia chorych udzielają wyłącznie lekarze.
2. W czasie trwania hospitalizacji w każdej chwili na wniosek pacjenta informowany jest on o stanie swojego zdrowia przez ordynatora/lekarza kierującego oddziałem lub lekarza prowadzącego pacjenta w oddziale.
3. Pacjent może upoważnić lekarza prowadzącego do udzielania informacji o jego stanie zdrowia wskazanym przez siebie osobom.
4. Ordynator/lekarz kierujący oddziałem lub lekarz prowadzący ma obowiązek poinformowania pacjenta o konieczności wykonania badań lub zabiegu wraz z podaniem informacji o możliwości wystąpienia ewentualnych powikłań.
5. Przy wypisie pacjenta z oddziału do domu lekarz prowadzący informuje pacjenta o stanie jego zdrowia po odbyciu hospitalizacji i dalszych zaleceniach.
6. Informacja przekazywana pacjentowi na każdym etapie hospitalizacji powinna być w miarę możliwości pełna i wyrażona w sposób zrozumiały dla pacjenta.

§ 40

Odwiedziny chorych w oddziałach odbywają się zgodnie z informacjami zawartymi w „Zasadach odwiedzania pacjentów”.

Zasady odwiedzania pacjentów

§ 41

1. Odwiedzanie pacjentów w szpitalu dozwolone jest codziennie, od godziny 13³⁰ - 17⁰⁰.
2. W oddziale może zostać wprowadzony zakaz wizyt, jeżeli ważne względy organizacyjne lub sytuacja epidemiologiczna tego wymagają.
3. Rodzina lub opiekunowie mogą odwiedzać pacjentów w salach, a gdy stan pacjenta na to pozwala, wychodzić z nim na teren szpitala. Zabrania się wyprowadzania dzieci poza teren oddziału bez zgody lekarza prowadzącego bądź dyżurnego. Osoba odwiedzająca (poza rodzicami), która chce zabrać dziecko poza teren oddziału - na spacer po terenie szpitalnym, musi posiadać pisemną zgodę rodziców, legitymować się dowodem osobistym, a jej dane personalne wpisuje do zeszytu wyjść pacjentów - lekarz lub pielęgniarka dyżurna.
4. Przed wyjściem na teren szpitala pacjent powinien zgłosić się do dyżurki pielęgniarskiej i poinformować o swoim wyjściu.
5. Opuszczanie oddziału szpitalnego nie dotyczy chorych zakaźnie.
6. Jednego pacjenta może odwiedzać jedna osoba, a w szczególnych przypadkach dwie.

§ 42

Obowiązkiem osoby odwiedzającej jest:

Regulamin Organizacyjny

- 1) zapoznać się z treścią „Zasad odwiedzania pacjentów” w celu ich przestrzegania;
- 2) pozostawić w szatni zewnętrzne okrycie i bagaż podręczny;
- 3) podporządkować się poleceniom i wskazówkom personelu medycznego;
- 4) przestrzegać zasad przebywania w oddziale szpitalnym;
- 5) zachowywać się w sposób niezakłócający pracy personelu i spokoju pozostałych pacjentów.

§ 43

Osobom odwiedzającym zabrania się:

- 1) przebywania w jadalni podczas wydawania posiłków;
- 2) dostarczania pacjentom ciężko chorym artykułów spożywczych bez uprzedniego porozumienia się z lekarzem prowadzącym i pielęgniarką dyżurną;
- 3) dostarczania alkoholu i wyrobów tytoniowych na teren szpitala;
- 4) prowadzenia głośnych rozmów;
- 5) palenia tytoniu na terenie i w pomieszczeniach szpitala;
- 6) składania wizyt w stanie nietrzeźwym;
- 7) korzystania z kuchenek elektrycznych, grzałek, żelazek itp.

§ 44

1. Rodzina odwiedzająca pacjenta może zgłaszać się po informację o stanie zdrowia pacjenta wyłącznie do ordynatora lub kierownika oddziału lub lekarza prowadzącego, a w godzinach popołudniowych do lekarza dyżurnego oddziału.
2. Rodzina lub opiekunowie odwiedzający pacjenta powinni informować pielęgniarkę lub lekarza prowadzącego o ważnych własnych spostrzeżeniach dotyczących stanu zdrowia pacjenta.

§ 45

Osobom nieprzestrzegającym zaleceń i przepisów, personel medyczny ma prawo polecić opuszczenie szpitala.

Zasady postępowania w wypadku zgonu pacjenta

§ 46

1. O śmierci pacjenta zawiadamia lekarza leczącego lub lekarza dyżurnego (o ile nie było lekarza w momencie zgonu przy pacjencie) pielęgniarka dyżurna.
2. Lekarz, po stwierdzeniu zgonu pacjenta wypełnia „kartę zgonu”.
3. Zwłoki pozostają w oddziale przez okres 2 godz., po upływie dwóch godzin przenoszone są do chłodni szpitalnej na podstawie karty skierowania zwłok do chłodni.
4. Rzeczy osobiste zmarłego wpisuje się do książki depozytów, a następnie przekazuje rodzinie zmarłego.

§ 47

1. Zwłoki pacjenta mogą być przechowywane nie dłużej niż 72 godziny, licząc od godziny, w której nastąpiła śmierć pacjenta.
2. Dopuszcza się przechowywanie zwłok w chłodni dłużej niż 72 godziny, 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 w pkt. 1 i 2 ważne przyczyny, za zgodą albo na wniosek osoby lub instytucji uprawnionej do pochowania zwłok pacjenta.
3. Za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż określony w ust. 1 od osób lub instytucji uprawnionych do pochowania zwłok na podstawie ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych oraz od podmiotów, na zlecenie których przechowuje się zwłoki w związku z toczącym się postępowaniem karnym pobiera się opłatę w wysokości określonej w załączniku nr 3 do regulaminu.
4. Dopuszcza się pobieranie opłaty od gminy za przechowywanie zwłok pacjenta za okres przypadający po upływie 3 dni od dnia powiadomienia gminy o konieczności pochowania zwłok pacjenta w związku z niepochowaniem ich przez inne uprawnione osoby lub instytucje w przypadku, o którym mowa w art. 10 ust. 3 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych.

§ 48

1. Zwłoki zmarłych w szpitalu mogą być poddane badaniom pośmiertnym w Pracowni Patomorfologii, w szczególności gdy zgon nastąpił przed upływem 12 godzin od przyjęcia, z wyjątkiem gdy przedstawiciel ustawowy osoby zmarłej wyraził sprzeciw lub osoba zmarła uczyniła to za życia.
2. O dokonaniu bądź zaniechaniu badania należy sporządzić adnotację w dokumentacji medycznej z odpowiednim uzasadnieniem.

3. Dokonanie badania pośmiertnego nie może nastąpić wcześniej niż po upływie 12 godzin od stwierdzenia zgonu.
4. Dyrektor Naczelny Centrum lub Zastępca ds. Medycznych może podjąć decyzję o dokonaniu badania pośmiertnego zwłok przed upływem 12 godzin od stwierdzenia zgonu, gdy zachodzi uzasadniona potrzeba pobrania ze zwłok narządów lub tkanek dla celów leczniczych, a pacjent za życia nie wyraził sprzeciwu.
5. W przypadku pobierania ze zwłok narządów lub tkanek, zgon musi być stwierdzony komisyjnie przez trzech lekarzy (jednomyślne stwierdzenie śmierci pnia mózgu), w tym co najmniej jednego specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, jednego specjalisty w dziedzinie neurologii lub neurochirurgii oraz patologa upoważnionego przez Zakład Medycyny Sądowej.
6. Komisję, o której mowa w ust.5 powołuje i wyznacza jej przewodniczącego Dyrektor Naczelny Centrum lub Zastępca ds. Medycznych.
7. Lekarze wchodzący w skład komisji nie mogą brać udziału w postępowaniu obejmującym przeszczepianie komórek, tkanek i narządów od zmarłego, u którego dana komisja stwierdziła śmierć mózgową.

§ 49

Za ochronę zwłok na terenie szpitala (przed zamianą, uszkodzeniem, autolizą itp.) do momentu wydania przedstawicielowi ustawowemu zmarłego, odpowiada kierownik komórki organizacyjnej, u którego znajdują się zwłoki.

Zasady udzielania świadczeń w poradniach specjalistycznych

§ 50

1. Świadczenia zdrowotne realizowane w poradniach specjalistycznych obejmują czynności diagnostyczno lecznicze w zakresie niezbędnym do udzielania świadczenia zgodnie z zasadami postępowania medycznego odpowiadającymi aktualnej wiedzy medycznej.
2. Centrum udziela świadczeń zdrowotnych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w poradniach:
 - 1) Poradni Chorób Płuc i Gruźlicy dla Dorosłych;
 - 2) Poradnia Chirurgii Klatki Piersiowej.
3. Świadczenia gwarantowane w ramach ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych obejmują:
 - 1) porady specjalistyczne;
 - 2) badania diagnostyczne;
 - 3) procedury zabiegowe ambulatoryjne;
 - 4) inne świadczenia ambulatoryjne.
4. Zapisy do poradni odbywają się bezpośrednio, telefonicznie lub za pośrednictwem osoby trzeciej. Pacjent podczas zapisywania się na wizytę informowany jest o dokumentach, które musi posiadać na pierwszej wizycie.
5. W przypadku gdy pacjent nie posiada dokumentów potwierdzających prawa do świadczeń, nie może być przyjęty w ramach ubezpieczenia.
6. Brak dokumentu nie stanowi podstawy do odmowy udzielenia świadczenia, pacjent jest zobowiązany dostarczyć brakujący dokument w ciągu 7 dni od daty udzielonego świadczenia w przypadku nie spełnienia wymogu świadczenie zostanie uznane za pełno płatne.
7. W przypadku nieobecności lekarza, wizyta pacjenta jest telefonicznie odwołana z jednoczesnym ustaleniem innego terminu.

Rozdział IV

Organizacja, sposób kierowania oraz zadania poszczególnych komórek organizacyjnych przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego oraz warunki współdziałania

Dyrektor Naczelny

§ 51

Kieruje i reprezentuje Centrum, w szczególności:

- 1) ustala plany działalności Centrum;
- 2) decyduje o określaniu celów i strategii zarządzania Centrum;
- 3) zatwierdza realizację planów kadrowych i kontroluje ich wykonanie;
- 4) rozdziela zadania z zakresu zarządzania pomiędzy poszczególne komórki organizacyjne;
- 5) zarządza mieniem i odpowiada za wyniki działalności Centrum;
- 6) przestrzega zasad racjonalnego gospodarowania oraz stosowania rachunku ekonomicznego;
- 7) podejmuje decyzje we wszystkich sprawach dotyczących Centrum z wyjątkiem spraw należących do zakresu kompetencji Rady Społecznej;
- 8) współpracuje z organami samorządów terytorialnych, samorządów zawodowych, związków zawodowych i organizacji społecznych.

§ 52

Do wyłącznej kompetencji Dyrektora Naczelnego Centrum należy:

- 1) wydawanie zarządzeń regulujących wszystkie sprawy związane z funkcjonowaniem Centrum;
- 2) zawieranie umów i porozumień na wykonywanie świadczeń zdrowotnych;
- 3) nadzór nad poziomem udzielanych świadczeń zdrowotnych;
- 4) udzielanie odpowiedzi na pytania osób prawnych i fizycznych;
- 5) ustalanie odpowiedzi na wystąpienia pokontrolne;
- 6) wykonywanie uprawnień i obowiązków pracodawcy w stosunku do pracowników Centrum, oraz zwierzchnika służbowego wobec kierowników komórek organizacyjnych Centrum;
- 7) podejmowanie innych działań zastrzeżonych aktami prawnymi należących do kompetencji dyrektora samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.

§ 53

1. Zastępców zatrudnia Dyktor Naczelny.
2. Wybrane elementy z zakresu swoich obowiązków Dyktor Naczelny może powierzać zastępcom lub innym pracownikom.
3. Dyktor Naczelny Centrum na czas nieobecności swojej i Zastępcy ds. Medycznych, przekazuje obowiązki Zastępcy Dyktora ds. Medycznych, Kierownikowi Izby Przyjęć lub wyznaczonemu ordynatorowi/lekarzowi kierującemu oddziałem.

Zastępca Dyktora ds. Medycznych

§ 54

1. Kieruje i nadzoruje pracę pionu działalności podstawowej.
2. Wykonuje wyznaczone przez Dyktora Naczelnego Centrum zadania oraz zapewnia w powierzonym zakresie kompleksowe rozwiązywanie problemów wynikających z zadań Centrum.
3. Organizuje, koordynuje, kieruje i sprawuje kontrolę w zakresie działalności profilaktycznej, leczniczo-usługowej i rehabilitacyjnej, a w szczególności:
 - 1) organizuje, nadzoruje i kieruje całokształtem świadczeń zapobiegawczych, leczniczych i rehabilitacyjnych szpitala, poradni;
 - 2) opracowuje plany działalności usługowo-leczniczej oraz kontroluje ich realizację;
 - 3) planuje i koordynuje prace badawcze w zakresie zapobiegania i zwalczania chorób płuc i gruźlicy;
 - 4) współdziała w prowadzeniu bieżącej i planowanej gospodarki finansowej szpitala w zakresie działalności usługowo-leczniczej oraz przedstawia Dyktorowi Naczelnemu wnioski w tym zakresie;
 - 5) dokonuje bieżącej i okresowej analizy działalności pionu lecznictwa oraz efektów tej działalności;
 - 6) podejmuje decyzje interwencyjne wynikające z bieżącej działalności usługowo-leczniczej;
 - 7) przedkłada Dyktorowi Naczelnemu Centrum wnioski dotyczące zmian w podstawowych funkcjach i strukturze organizacyjnej podległego pionu;
 - 8) wnioskuje i opiniuje zapotrzebowanie na aparaturę medyczną;
 - 9) pełni nadzór nad prawidłowym zabezpieczeniem składników majątkowych w zakresie pełnionych kompetencji;
 - 10) odpowiada za politykę kadrową dotyczącą specjalizacji lekarzy i innego personelu medycznego, kształcenie podyplomowe z zachowaniem obowiązujących norm i standardów w tym zakresie;
 - 11) organizuje wszelkie formy szkoleń wewnątrzzakładowych przy współudziale towarzystw naukowych i samorządów zawodowych;

- 12) nadzoruje całokształt prac związanych z zakażeniami wewnątrzszpitalnymi;
- 13) współdziała z Zespołem Wojewódzkiego i Krajowego Konsultanta Medycznego w specjalnościach medycznych reprezentowanych w Centrum;
- 14) sprawuje nadzór nad prawidłowym prowadzeniem dokumentacji medycznej.

§ 55

1. Zastępca Dyrektora ds. Medycznych zastępuje Dyrektora Naczelnego Centrum w czasie jego nieobecności.
2. Zakres zastępstwa rozciąga się na wszystkie zadania i kompetencje Dyrektora Naczelnego Centrum.

Zastępca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa

§ 56

1. Sprawuje nadzór i organizuje pracę pionu pielęgniarskiego, sekretarek medycznych, sprzątaczek, salowych (salowych-noszowych), sanitariuszy, sekcji żywienia oraz sprawuje nadzór funkcjonalny nad technikami medycznymi.
2. Zastępca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa podlega bezpośrednio Dyktorowi Naczelnemu Centrum oraz ściśle współpracuje z Zastępcą Dyrektora ds. Medycznych, ordynatorami/lekarzami kierującymi oddziałem i kierownikami innych komórek organizacyjnych.

§ 57

Do zadań Zastępcy Dyrektora ds. Pielęgniarstwa w szczególności należy:

- 1) systematyczna ocena jakości realizowanych świadczeń, przestrzegania standardów opieki, wyposażenia i obsługi pielęgniarskich stanowisk pracy;
- 2) określenie ilości, rodzaju i warunków osiągania jakości świadczeń pielęgniarskich, uwzględniając cele i zadania szpitala oraz cele i funkcje pielęgniarstwa;
- 3) uczestniczenie w planowaniu strategicznym Centrum poprzez wyznaczanie dla podległego personelu zadań, terminów i sposobów ich wykonywania;
- 4) nadzorowanie stanu higieniczno-sanitarnego, będącego w zakresie obowiązków podległego personelu;
- 5) udział w opracowywaniu struktury organizacyjnej działu pielęgniarskiego; określa liczbę i rodzaj pielęgniarskich stanowisk pracy, ustala zakres obowiązków, uprawnień, odpowiedzialności oraz kwalifikacji wymaganych na poszczególnych stanowiskach;
- 6) dokonywanie analizy merytorycznej kosztów w zakresie działalności prowadzonej przez podległy personel;
- 7) decydowanie bądź współdecydowanie (w przypadku konkursu) o obsadzaniu kierowniczych stanowisk pielęgniarskich bezpośrednio podległych oraz o zwalnianiu osób z tych stanowisk;
- 8) kierowanie pracowników na szkolenia i staże organizowane poza zakładem;
- 9) opracowywanie i nadzorowanie wdrażania standardów pracy pielęgniarskiej;
- 10) nadzór nad prawidłowym prowadzeniem dokumentacji medycznej;
- 11) współpraca z organami samorządu pielęgniarek i położnych oraz innymi podmiotami prawnymi.

Zastępca Dyrektora ds. Administracyjno – Technicznych

§ 58

1. Wykonuje zadania powierzone przez Dyrektora Naczelnego Centrum.
2. Kieruje całokształtem działalności technicznej i administracyjno-gospodarczej, a w szczególności do jego zadań należy:
 - 1) organizowanie pracy i nadzór nad podległymi komórkami organizacyjnymi;
 - 2) współdziałanie w prowadzeniu bieżącej i planowanej gospodarki finansowej i techniczno-inwestycyjnej oraz przedstawianie wniosków w tym zakresie Dyktorowi Naczelnemu Centrum;
 - 3) planowanie i koordynowanie działalności inwestycyjnej i remontowo-konserwacyjnej;
 - 4) zabezpieczanie właściwej, bieżącej eksploatacji budynków i terenu administrowanego na rzecz Centrum, a także ochronę tych obiektów;
 - 5) prowadzenie gospodarki zaopatrzeniowej;
 - 6) organizowanie transportu;
 - 7) pełnienie nadzoru nad prawidłowym zabezpieczeniem majątku w zakresie ochrony ppoż;
 - 8) nadzór nad stanem technicznym obiektów, urządzeń i instalacji;
 - 9) nadzór nad sporządzaniem i prowadzeniem dokumentacji technicznej obiektów i instalacji;
 - 10) nadzór nad prawidłowym prowadzeniem gospodarki energetycznej, sprzętem, aparaturą medyczną oraz sprzętem komputerowym;
 - 11) inicjowanie i wprowadzanie nowych technologii oraz stymulowanie postępu technicznego;
 - 12) organizowanie i nadzór nad realizacją zamówień publicznych oraz zaopatrzenia;
 - 13) przygotowywanie i opracowanie umów z zakresu swoich kompetencji;
 - 14) sporządzanie wniosków o akceptację umów;
 - 15) kontrola wykonania przez dostawców (wykonawców) zawartych umów;
 - 16) kontrola zagospodarowania dostarczonego odbiorcom sprzętu i aparatury medycznej.
3. Z-ca Dyrektora ds. Administracyjno-Technicznych wykonuje czynności wynikające z zakresu pełnomocnictw udzielonych przez Dyrektora Naczelnego Centrum na czas jego nieobecności.

Główny Księgowy

§ 59

1. Sprawuje nadzór i organizuje pracę pionu finansowo-księgowego.
2. Do zadań Głównego Księgowego w szczególności należy :
 - 1) pełnienie nadzoru nad prowadzeniem rachunkowości i gospodarki finansowej Centrum zgodnie z obowiązującymi przepisami i zasadami polegającymi na zorganizowaniu obiegu i kontroli dokumentów w sposób zapewniający właściwy przebieg operacji gospodarczych, ochronę mienia, sporządzanie kalkulacji wyników kosztów oraz sprawozdawczości finansowej, terminowe przekazywanie rzetelnych informacji ekonomicznych oraz rozliczeń finansowych, nadzór nad ewidencją składników majątkowych;
 - 2) opracowywanie projektów planów finansowych;
 - 3) zapewnienie realizacji polityki finansowej Centrum;
 - 4) dokonywanie analiz finansowo-księgowych i opracowywanie wniosków w zakresie kosztów ogólnych i jednostkowych oraz realizacja funduszu płac;
 - 5) wykonywanie dyspozycji środkami pieniężnymi, w tym zatwierdzanie wszelkich dokumentów obrotu pieniężnego, dokonywanie wydatków ze środków publicznych i zaciąganie zobowiązań w zakresie udzielonego upoważnienia;
 - 6) nadzór nad inwentarzem i środkami trwałymi Centrum;
 - 7) dokonywanie wstępnej kontroli kompletności i rzetelności dokumentów dotyczących operacji gospodarczych i finansowych;
 - 8) przygotowywanie analiz niezbędnych do negocjacji z płatnikami oraz do oceny kosztów;
 - 9) uzgadnianie wszystkich zakupów i wydatków ponoszonych przez Centrum w rocznym planie finansowym;
 - 10) nadzorowanie prawidłowości i zasadności obliczania wszystkich składników wynagrodzenia za pracę oraz obliczania innych należności pieniężnych w zakresie spraw związanych z wynagrodzeniem;
 - 11) współpraca z bankami w zakresie obsługi rachunków bieżących oraz terminowych;
 - 12) zapewnienie terminowego ściągania należności i dochodzenia roszczeń spornych oraz spłaty zobowiązań;
 - 13) wykonywanie zadań wynikających z ustawy Prawo Zamówień Publicznych, w części dotyczącej wniosków i zabezpieczenia środków finansowych.
3. Główny Księgowy wykonuje czynności wynikające z zakresu pełnomocnictw udzielonych przez Dyrektora na czas jego nieobecności.

Pozostałe zadania zastępców Dyrektora Naczelnego

§ 60

Zastępcy Dyrektora:

- 1) przedkładają wnioski Dyrektorowi Naczelnemu Centrum w zakresie spraw kadrowych (przyjęć, zwolnień, przeszerogowań, itp.) podległych sobie pracowników;
- 2) są osobiście odpowiedzialni za prawidłowe zgodne z obowiązującymi przepisami działania podległych im komórek organizacyjnych;
- 3) są przełożonymi wszystkich pracowników zatrudnionych w podległych sobie pionach.

Zasady podpisywania pism

§ 61

1. Dyrektor Naczelny Centrum podpisuje dokumenty we wszystkich sprawach zastrzeżonych do jego wyłącznej kompetencji, a w szczególności:
 - 1) zarządzenia;
 - 2) polecenia przelewu bankowego, wypłaty z kasy, чеки;
 - 3) opracowania, analizy, programy, wnioski, sprawozdania itp., oraz wszelką korespondencję kierowaną bezpośrednio do władz samorządowych, administracji państwowej, placówek służby zdrowia i innych instytucji;
 - 4) podpisywanie wszelkiego rodzaju umów;
 - 5) odpowiedzi na skargi i wnioski;
 - 6) pisma zastrzeżone do podpisu Dyrektora Naczelnego Centrum innymi aktami prawa lub mające ze względu na swój charakter specjalne znaczenie.
2. W czasie nieobecności Dyrektora Naczelnego Centrum pisma, o których mowa w ust. 1, podpisuje Zastępca Dyrektora ds. Medycznych lub inna osoba przez niego upoważniona.
3. Rejestr upoważnień prowadzony jest przez Zespół Sekretaryjno-Kancelaryjny Centrum.

§ 62

1. Dyrektor Naczelny Centrum oraz Zastępcy Dyrektora ustalają zakresy działania dla komórek organizacyjnych, zgodnie z podporządkowaniem organizacyjnym ustalonym niniejszym regulaminem.
2. W przypadku uzasadnionych szczególnymi potrzebami organizacji pracy, Dyrektor Naczelny Centrum może ustanowić swojego pełnomocnika do prowadzenia spraw w zakresie określonym w pełnomocnictwie.
3. Pełnomocnictwo może być udzielone na czas określony lub nieokreślony.

4. Zasady wykonywania pełnomocnictwa określają przepisy Kodeksu Cywilnego.

Komórki organizacyjne

§ 63

1. Komórki organizacyjne Centrum tworzy, znosi i przekształca Dyrektor Naczelny, z zastrzeżeniem zawartym w ust. 2.
2. Oddziały, przychodnie specjalistyczne, poradnie – tworzy i znosi Dyrektor Naczelny Centrum po zasięgnięciu opinii Rady Społecznej oraz po uzyskaniu zgody organu prowadzącego rejestr.
3. Komórkami organizacyjnymi kierują kierownicy powoływani i odwoływani przez Dyrektora Naczelnego Centrum z zastrzeżeniem § 9 ust. 4.
4. Kierownik jest przełożonym służbowym wszystkich pracowników zatrudnionych w danej komórce organizacyjnej.
5. Zadaniem kierowników wszystkich komórek organizacyjnych jest organizowanie i koordynowanie pracy podległych pracowników oraz dbałość o ich rozwój zawodowy.
6. Kierownicy ponoszą odpowiedzialność za całokształt pracy w kierowanych przez siebie komórkach organizacyjnych, a w szczególności za:
 - 1) skutki podjętego przez siebie działania lub zaniechania działania;
 - 2) właściwą organizację pracy umożliwiającą wykonanie powierzonych zadań;
 - 3) kontrolę wykonania zadań i powierzonych obowiązków przez podległych im pracowników;
 - 4) prawidłowe przygotowanie spraw przedstawianych do decyzji Dyrektora Naczelnego Centrum lub jego zastępców;
 - 5) właściwą gospodarkę powierzonym mieniem i jego ochronę;
 - 6) nadzór nad prawidłowym prowadzeniem dokumentacji i sprawozdawczości;
 - 7) przestrzeganie właściwych przepisów BHP i ppoż. na poszczególnych stanowiskach pracy;
 - 8) dyscyplinę pracy podległych pracowników;
 - 9) kształtowanie prawidłowych stosunków międzyludzkich.
7. Ponadto kierownicy:
 - 1) sprawują kontrolę funkcjonalną nad wykonywaniem obowiązków służbowych przez podległych pracowników;
 - 2) opracowują plany rozwoju zawodowego pracowników;
 - 3) realizują politykę kadrową poprzez wnioskowanie o awansie, nagrodzie, karze, zwolnieniu podległych pracowników;
 - 4) występują o przyznanie premii uznaniowej podległym pracownikom;
 - 5) opracowują szczegółowe zakresy obowiązków i kompetencji na każdym stanowisku pracy w podległej sobie komórce organizacyjnej.
8. Kierownicy załatwiają sprawy należące do zakresu działania kierowanej przez siebie komórki organizacyjnej, które nie zostały objęte indywidualnymi zakresami czynności oraz inne zadania zlecone doraźnie przez Dyrektora Naczelnego Centrum, lub jego zastępców (zgodnie z podporządkowaniem organizacyjnym).
9. W przypadku gdy kierownik nie może pełnić swoich obowiązków z powodu urlopu, choroby lub innych przyczyn, zadania wykonuje zastępca kierownika lub inny pracownik upoważniony pisemnie przez Dyrektora Naczelnego Centrum lub jego zastępcę, stosownie do podporządkowania organizacyjnego.

§ 64

1. Indywidualne zakresy czynności pracowników, sporządza kierownik w 2 egzemplarzach, a zatwierdza Dyrektor Naczelny Centrum lub jego zastępca stosownie do podporządkowania organizacyjnego.
2. Indywidualny zakres czynności, po podpisaniu przez pracownika otrzymuje pracownik i Dział Kadr.
3. Kierownicy zobowiązani są do sporządzenia indywidualnego merytorycznego zakresu czynności w ciągu 14 dni od daty przyjęcia pracownika do pracy.

§ 65

1. Stanowiska pracy w Centrum podlegają przekazywaniu w formie protokołu zdawczo-odbiorczego w przypadku zmian w warunkach pracy (rozwiązanie, nawiązanie lub zmiana stosunku pracy itp.).
2. Bezpośredni przełożony ponosi odpowiedzialność za właściwe i terminowe rozliczanie podległych mu pracowników przy zmianie stanowisk pracy.

§ 66

Rozkład czasu pracy i porządek wewnętrzny oraz zasady wynagradzania pracowników Centrum określa Regulamin Pracy i Regulamin Wynagradzania wydany w drodze zarządzenia wewnętrznego przez Dyrektora Naczelnego Centrum, w uzgodnieniu ze związkami zawodowymi.

§ 67

Wykaz komórek organizacyjnych w poszczególnych pionach określono w strukturze organizacyjnej stanowiącej załącznik nr 1 do regulaminu. Schemat organizacyjny stanowi załącznik nr 2 do regulaminu.

Pion Dyrektora Naczelnego

Dział Kadr

§ 68

1. Do zadań działu należy prowadzenie spraw osobowych i socjalnych określonych w przepisach o służbie pracowniczej w jednostkach organizacyjnych służby zdrowia.
2. W skład działu wchodzi:
 - 1) stanowiska pracy ds. osobowych;
 - 2) stanowisko pracy ds. organizacji szkoleń;
 - 3) stanowisko pracy ds. socjalnych;
 - 4) stanowiska pracy ds. płac i zasiłków.
3. Do zadań szczególnych działu należy:
 - 1) przygotowanie materiałów i wniosków związanych z zawieraniem i rozwiązywaniem umów o pracę, zmiana uposażeń, stanowisk pracy;
 - 2) ewidencja pracowników, akt osobowych, urlopów oraz spraw związanych z czasową niezdolnością do pracy, wydawanie zaświadczeń o zatrudnieniu;
 - 3) ewidencjonowanie i wartościowanie czasu pracy pracowników w poszczególnych komórkach organizacyjnych;
 - 4) przygotowanie wniosków w sprawie awansów, wyróżnień, nagród i kar;
 - 5) przygotowanie corocznych projektów planów polityki kadrowej;
 - 6) organizacja i ewidencja szkoleń pracowników;
 - 7) kontrola nad przestrzeganiem Regulaminu Pracy;
 - 8) opracowywanie sprawozdań z zakresu działania kadr;
 - 9) kontrola realizacji urlopów wypoczynkowych i innych;
 - 10) prowadzenie spraw związanych z obsługą ubezpieczeń /ZUS/ pracowników;
 - 11) załatwianie spraw związanych z przechodzeniem pracowników na emeryturę lub rentę;
 - 12) nadzór nad racjonalnym i prawidłowym wykorzystaniem funduszu socjalnego;
 - 13) współdziałanie z Komisją Socjalną i związkami zawodowymi w zakresie rozdzielania świadczeń socjalnych;
 - 14) naliczanie i sporządzanie list płac wynagrodzeń pracowniczych z tytułu zatrudnienia;
 - 15) obliczanie i sporządzanie list do wypłaty zasiłków z ubezpieczenia społecznego;
 - 16) naliczanie i rozliczanie podatków od dochodów, rozliczanie innych potrąceń ustawowych;
 - 17) prowadzenie kart wynagrodzeń i ewidencji innych wypłat z funduszu płac;
 - 18) naliczanie składek do NFZ i przekazywanie danych do ZUS;
 - 19) sporządzanie sprawozdań z zatrudnienia i funduszu płac oraz dostarczanie niezbędnych danych do planowania prawidłowych decyzji gospodarczych;
 - 20) wykazywanie zarobków we wnioskach emerytalnych i rentowych;
 - 21) przechowywanie i zabezpieczanie dokumentów płacowych.
4. Działem kieruje kierownik.
5. Do obowiązków Kierownika Działu Kadr należy m.in.:
 - 1) planowanie, nadzór i koordynacja pracy podległego personelu;
 - 2) opracowywanie rocznych i okresowych planów zatrudnienia zgodnie z przyjętym kierunkiem polityki kadrowej w Centrum;
 - 3) nadzór i kontrola prac związanych z:

- 4) kontrolowanie przestrzegania dyscypliny pracy i zasad etyki zawodowej;
 - 5) planowanie i koordynowanie szkolenia wewnątrzzakładowego wspólnie z Inspektorami ds. BHP, ppoż i innymi kierownikami komórek organizacyjnych Centrum;
 - 6) Kierownik Działu Kadr odpowiada za przestrzeganie Kodeksu Pracy i wszystkich przepisów wykonawczych z zakresu działania kadr.
6. Kierownik Działu Kadr uprawniony jest do:
- 1) wydawania i podpisywania świadectw pracy;
 - 2) rozliczania pracowników odchodzących z pracy;
 - 3) wystawiania wniosków o zarobkach pracowników do celów emerytalnych, rentowych i innych;
 - 4) podpisywania wniosków o odszkodowanie z PZU i innych dokumentów w zakresie dodatkowego ubezpieczenia pracowników;
 - 5) prowadzenia korespondencji w zakresie działania Działu Kadr;
 - 6) wydawania pracownikom kart urlopowych, ze szczególnym uwzględnieniem zaległych urlopów.

Dział Organizacji i Informacji Medycznej

§ 69

1. W skład działu wchodzi:
 - 1) stanowiska pracy ds. organizacji;
 - 2) stanowiska pracy ds. planowania i rozliczeń usług medycznych.
2. Do zadań szczegółowych działu należy:
 - 1) opracowywanie statutu, regulaminów, instrukcji, komunikatów, ramowych zadań komórek organizacyjnych oraz projektów zmian w tym zakresie;
 - 2) opracowywanie wewnętrznych aktów normatywnych (na bazie materiałów przedstawionych przez komórki organizacyjne merytoryczne) zgodnie z zasadami techniki prawodawczej;
 - 3) katalogowanie wewnętrznych aktów normatywnych;
 - 4) projektowanie zmian w strukturze organizacyjnej oraz opracowywanie dokumentów wprowadzających te zmiany;
 - 5) działania związane z procedurą rejestracji Centrum w oparciu o obowiązujące przepisy prawa, w tym zwracanie się do podmiotu tworzącego i innych instytucji w celu uzyskania niezbędnych dokumentów;
 - 6) nadzór nad przepływem informacji dotyczącej organizacji i zarządzania Centrum;
 - 7) analiza materiału statystycznego z zakresu analiz kosztów jednostkowych procedur medycznych oraz promocji i marketingu usług zdrowotnych;
 - 8) obsługa merytoryczna Rady Społecznej;
 - 9) przygotowywanie ofert świadczeń medycznych;
 - 10) opracowywanie ujednoliconego wykazu procedur medycznych w ośrodkach usługowo medycznych zgodnie z międzynarodowymi standardami klasyfikacyjnymi;
 - 11) stała aktualizacja danych do modułu informatycznego związanego z rozliczaniem kontraktów z NFZ;
 - 12) rozliczanie umów za usługi medyczne wykonywane dla innych zlecniodawców niż NFZ, na podstawie danych zweryfikowanych, otrzymywanych z Działu Dokumentacji Medycznej i Rejestracji Chorych;
 - 13) bieżące monitorowanie realizacji kontraktu zawartego z NFZ;
 - 14) analiza cen rzeczywistych usług medycznych i ich aktualizacja w obowiązujących cennikach w Centrum po uzyskaniu akceptacji Dyrektora Naczelnego;
 - 15) przygotowanie danych do negocjacji z NFZ w sytuacjach zmian ilościowych (przesunięć) pomiędzy podmiotami umów;
 - 16) przygotowywanie ofert do konkursów ogłaszanych przez NFZ, Ministerstwo Zdrowia, konkursów na usługi medyczne ogłaszanych przez innych zlecniodawców oraz ewentualne aneksowanie zawartych umów;
 - 17) ewidencja umów na usługi medyczne;
 - 18) kontrola i analiza dokumentów otrzymywanych z NFZ pod kątem spełniania przez Centrum standardów z zakresu organizacji komórek medycznych, wymagań kwalifikacyjnych personelu i aparatury.
3. Działem kieruje kierownik.
4. Do zadań Kierownika Działu Organizacji i Informacji Medycznej należy:
 - 1) organizacja i nadzór pracy podległego personelu;
 - 2) koordynowanie i doskonalenie funkcji organizacyjnych na polecenie Dyrektora Naczelnego Centrum poprzez projektowanie zmian w strukturze organizacyjnej oraz opracowywanie dokumentów wprowadzających zmiany

Biuro Rady Prawnego

§ 70

1. W skład Biura Rady Prawnego wchodzi:
 - 1) Radca Prawny;
 - 2) Specjalista ds. prawnych.
2. Do zadań Rady Prawnego należy prowadzenie obsługi prawnej zgodnie z przepisami ustawy o radcach prawnych, a w szczególności:

- 15) tworzenie instrukcji i prowadzenie wewnętrznych szkoleń w zakresie obsługi i bezpieczeństwa sieci LAN i Internet, używania sprzętu komputerowego i oprogramowania;
 - 16) bieżąca kontrola i konserwacja oprogramowania i zawartości dysków twardych komputerów – aktualizacja oprogramowania i sterowników, usuwanie zbędnych programów i plików itp.;
 - 17) regularna kontrola antywirusowa;
 - 18) przyjmowanie i eksport kart statystycznych Mz Szp-11 do systemu PZH;
 - 19) ochrona danych przed utratą (wykonywanie regularnych kopii bezpieczeństwa) oraz ochrona przed dostępem niepowołanych osób;
 - 20) wszystkie pozostałe czynności o charakterze informatycznym, lub związane z przetwarzaniem danych ustalone z dyrekcją, a także wynikające z bieżących potrzeb pracowników.
7. Główny Specjalista ds. Informatyki ponosi odpowiedzialność:
- 1) za prawidłowe działanie Sekcji;
 - 2) za prawidłowe administrowanie zasobami informatycznymi.
8. Główny Specjalista ds. Informatyki:
- 1) wnioskuję o powołanie asystenta;
 - 2) nadzoruje pracę asystenta;
 - 3) sprawuje kontrolę nad wprowadzaniem wszelkich zmian w systemach informatycznych zgodnie z obowiązującymi przepisami;
 - 4) odpowiada za dokumentację techniczną oprogramowania i sprzętu teleinformatycznego (tj. licencje, projekty, umowy serwisowe, plany modernizacji i zakupów itp.);
 - 5) pełni obowiązki Administratora Systemu Teleinformatycznego;
 - 6) jest uprawniony w imieniu Dyrektora Naczelnego do kontaktów i współpracy z zewnętrznymi dostawcami oprogramowania i sprzętu teleinformatycznego.

Samodzielne Stanowisko ds. BHP

§ 73

Do obowiązków Inspektora BHP należy m.in.:

- 1) systematyczna kontrola warunków pracy oraz przestrzegania zasad i przepisów dotyczących BHP w tym sporządzanie rocznych analiz stanu BHP ze szczególnym uwzględnieniem wypadków przy pracy i chorób zawodowych;
- 2) bieżące informowanie Dyrektora Naczelnego Centrum o stwierdzonych zagrożeniach zawodowych wraz z wnioskami zmierzającymi do usuwania tych zagrożeń;
- 3) zgłaszanie wniosków dotyczących wymagań BHP przy opracowywaniu szczegółowych zakresów robót przy remontach kapitalnych i bieżących obiektów i urządzeń;
- 4) udział w opracowywaniu wewnętrznych regulaminów i instrukcji ogólnych, dotyczących BHP;
- 5) udział w komisjach odbioru robót remontowo-budowlanych obiektów i urządzeń;
- 6) opiniowanie szczegółowych instrukcji dotyczących BHP na poszczególnych stanowiskach pracy;
- 7) przewodniczenie komisji ustalającej okoliczności i przyczyny wypadków przy pracy powodujących u pracowników lżejsze uszkodzenie ciała. Sporządzanie i przechowywanie dokumentacji tych wypadków;
- 8) opracowywanie wniosków wynikających z badań okoliczności i przyczyn tych wypadków;
- 9) sporządzanie dokumentacji wypadków w drodze do pracy i z pracy;
- 10) kierowanie do ZUS dokumentacji w celu ustalenia grup inwalidzkich i uszczerbku na zdrowiu z tytułu:
 - a) wypadków przy pracy,
 - b) chorób zawodowych;

- 4) z kierownikami właściwych komórek organizacyjnych w zakresie organizowania i zapewnienia odpowiedniego poziomu szkoleń w dziedzinie BHP oraz zapewnienia właściwej adaptacji zawodowej nowo zatrudnionych pracowników;
- 5) z laboratoriami upoważnionymi, zgodnie z odrębnymi przepisami do dokonywania badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia lub warunków uciążliwych występujących w środowisku pracy, w zakresie organizowania tych badań i pomiarów oraz sposobów ochrony pracowników przed tymi czynnikami lub warunkami.

§ 75

Inspektor ds. BHP jest uprawniony do :

- 1) przeprowadzania kontroli przestrzegania zasad i przepisów BHP na wszystkich stanowiskach pracy Centrum;
- 2) występowania z wnioskami o wstrzymanie pracy sprzętu i urządzeń w razie bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia pracowników;
- 3) występowania do kierowników komórek organizacyjnych Centrum z zaleceniami usunięcia stwierdzonych zagrożeń i szkodliwości zawodowych oraz uchybień w zakresie BHP;
- 4) występowania z wnioskami odsunięcia od pracy pracowników zatrudnionych przy pracy dla nich zabronionej.

Pełnomocnik ds. Ochrony Informacji Niejawnych

§ 76

Do zadań Pełnomocnika ds. Ochrony Informacji Niejawnych należy:

- 1) zapewnienie ochrony informacji niejawnych;
- 2) ochrona systemów i sieci teleinformatycznych;
- 3) nadzorowanie przestrzegania zasad przy przetwarzaniu danych osobowych;
- 4) kontrola informacji niejawnych oraz przestrzeganie przepisów w tym zakresie;
- 5) okresowa kontrola ewidencji materiałów i obiegu dokumentów niejawnych;
- 6) opracowanie planu ochrony informacji niejawnych w Centrum i nadzorowanie jej realizacji;
- 7) szkolenie pracowników w zakresie ochrony informacji niejawnych w Centrum.

Samodzielne Stanowisko ds. Obronnych

§ 77

1. Stanowisko to pełni Inspektor ds. Obronnych.
2. Realizuje zadania na rzecz bezpieczeństwa i obronności kraju.
3. Do zadań Inspektora ds. Obronnych w szczególności należy:
 - 1) opracowywanie dokumentów z zakresu spraw obronnych;
 - 2) organizacja i prowadzenie szkoleń w zakresie spraw obronnych;
 - 3) skreślony;
 - 4) skreślony;
 - 5) nadzór nad magazynowaniem i konserwacją sprzętu OC.

Samodzielne Stanowisko ds. Kontroli Wewnętrznej

§ 78

1. Stanowisko to pełni Inspektor ds. Kontroli Wewnętrznej.
2. Inspektor ds. Kontroli Wewnętrznej przygotowuje roczny plan kontroli Centrum i przedstawia go do zatwierdzenia Dyrektorowi Naczelnemu.
3. Przedmiotem kontroli we wszystkich komórkach organizacyjnych Centrum powinny być objęte następujące zagadnienia:
 - 1) zgodność organizacji z obowiązującą strukturą organizacyjną;
 - 2) zadania i ich realizacja w poszczególnych komórkach organizacyjnych;
 - 3) prawidłowy obieg dokumentów;
 - 4) ocena efektywności i gospodarności zarządzania finansowego;
 - 5) realizacja zaleceń z kontroli bieżącej;
 - 6) wykorzystanie wyników kontroli w poprawie procesu zarządzania;
 - 7) przestrzeganie obowiązujących aktów normatywnych zewnętrznych i wewnętrznych;
4. Przeprowadzanie kontroli i rekontroli wg. uzgodnionego i zatwierdzonego przez Dyrektora Naczelnego planu.
5. Przeprowadzanie kontroli pozaplanowych zleconych przez Dyrektora Naczelnego.

Zespół Sekretaryjno-Kancelaryjny

§ 79

1. Zespołem kieruje kierownik.
2. W skład Zespołu wchodzi stanowiska pracy ds. obsługi kancelarii i sekretariatu.
3. Zakres zadań Zespołu określa Instrukcja Kancelaryjna wprowadzona Zarządzeniem Dyrektora Naczelnego Centrum oraz indywidualne zakresy czynności poszczególnych pracowników Zespołu.

Pion Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych

Zasady współpracy przedsiębiorstw Centrum

§ 80

1. Do zadań przedsiębiorstw Centrum należy udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych:
 - 1) szpitalnych;
 - 2) innych niż szpitalne oraz ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych.
2. Komórki organizacyjne jednego przedsiębiorstwa udzielają świadczeń na rzecz komórek organizacyjnych drugiego przedsiębiorstwa.

Pełnomocnik ds. Praw Pacjenta

§ 81

1. Do działalności podstawowej Biura należy:
 - 1) monitorowanie przestrzegania praw pacjentów leczonych w Centrum, a w szczególności:
 - a) udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z obowiązującymi przepisami,
 - b) w ramach swojej działalności występuje w imieniu pacjenta, na jego prośbę lub członka rodziny w ramach udzielonych pełnomocnictw i zgodnie z ogólnie obowiązującymi przepisami w podmiotowej sprawie,
 - c) pełni funkcje łącznika pomiędzy chorym leczonym w szpitalu a środowiskiem rodzinnym, zakładem pracy, placówką oświaty i wychowania, pomocy społecznej ochrony zdrowia i innymi instytucjami państwowymi i organizacjami społecznymi,
 - d) przyjmuje skargi od pacjentów na działanie personelu,
 - e) podejmuje działania wyjaśniające w zakresie złożonych skarg i wniosków,
 - f) udziela odpowiedzi na pytania i skargi pacjentów,
 - g) prowadzi badania środowiskowe pacjenta, ustala jego sytuację społeczną w celu udzielenia wszechstronnej pomocy zgodnie z kompetencjami,
 - h) prowadzi rejestr skarg i wniosków,
 - i) przedstawia Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych okresowe informacje dotyczące przestrzegania praw pacjenta oraz działań podejmowanych w tym zakresie 2 razy w roku;
 - 2) realizacja innych zadań zleconych przez Zastępcę Dyrektora ds. Medycznych.
2. W skład struktury Pełnomocnika ds. Praw Pacjenta wchodzi:
 - 1) Pełnomocnik ds. Praw Pacjenta;
 - 2) pracownik socjalny.

Zasady pracy oddziału szpitalnego

§ 82

1. Oddział jest podstawową komórką organizacyjną profilaktyczno-leczniczą i rehabilitacyjną szpitala.
2. Oddział może dzielić się na pododdziały.
3. W skład oddziału mogą wchodzić gabinety badań diagnostycznych.
4. Oddział lub pododdział może dzielić się na odcinki pielęgniarskie.
5. Odcinki pielęgniarskie ustala Zastępca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa.
6. Oddziałem kieruje ordynator lub lekarz kierujący oddziałem, bezpośrednio podległy Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych.
7. W czasie nieobecności ordynatora lub lekarza kierującego oddziałem, oddziałem kieruje zastępca ordynatora/lekarza kierującego oddziałem, a jeśli nie ma utworzonego stanowiska zastępcy - wyznaczony przez ordynatora/lekarza kierującego oddziałem lekarz.
8. Za pracę oddziału i dobór kadry medycznej lekarskiej odpowiada ordynator lub lekarz kierujący oddziałem.
9. Ordynator lub lekarz kierujący oddziałem odpowiada za funkcjonowanie oddziału pod względem merytorycznym, administracyjnym, gospodarczym, a w szczególności za powierzony majątek.
10. Ordynator lub lekarz kierujący oddziałem może pisemnie przekazać na innego pracownika odpowiedzialność za powierzony majątek. Przekazanie takiego pełnomocnictwa następuje za zgodą Dyrektora Naczelnego Centrum.
11. Personel zatrudniony w oddziale służbowo podlega ordynatorowi lub lekarzowi kierującemu oddziałem.
12. Rozkład pracy lekarzy zatrudnionych w oddziale ustala ordynator lub lekarz kierujący oddziałem w porozumieniu z Zastępcą Dyrektora ds. Medycznych.
13. W zakresie ustalonym przez Zastępcę Dyrektora ds. Pielęgniarstwa - pracą pielęgniarek kieruje pielęgniarka oddziałowa.
14. W skład personelu oddziału szpitalnego wchodzi:
 - 1) lekarze;
 - 2) pielęgniarka oddziałowa;

- 3) pielęgniarki;
- 4) sekretarki lub rejestratorki.

§ 83

1. Personelowi zatrudnionemu w oddziale nie wolno w nim przebywać po zakończeniu pracy i przekazaniu jej następnej zmianie - bez uzyskania zgody bezpośredniego przełożonego.
2. W wyjątkowych przypadkach ordynator/lekarz kierujący oddziałem może zezwolić na wniosek pielęgniarki oddziałowej, na pełnienie przez pielęgniarkę prywatnego dyżuru pielęgniacyjno-opiekuńczego przy chorym.

§ 84

Niniejsze postanowienia stosuje się odpowiednio do samodzielnych pododdziałów szpitalnych.

§ 85

1. Ordynator lub lekarz kierujący oddziałem odpowiedzialny jest za sprawne funkcjonowanie oddziału pod względem lekarskim, diagnostykę, leczenie i rehabilitację chorych oraz pod względem administracyjnym i gospodarczym.
2. Organizuje i koordynuje pracę w o oddziale, nadzoruje pod względem fachowym i etycznym pracę podległego personelu oraz dba o przestrzeganie dyscypliny pracy.
3. Ordynator/lekarz kierujący oddziałem posiada prawo wyboru metod leczenia. W razie potrzeby wprowadzenia nowych metod leczenia obowiązany jest porozumieć się z Z-cą Dyrektora ds. Medycznych i zasięgnąć opinii właściwego specjalisty, konsultanta.
4. W zakresie lecznictwa ordynator lub lekarz kierujący oddziałem jest zobowiązany:
 - 1) zbadać nowo przyjętego pacjenta, ustalić rozpoznanie wstępne, diagnostykę, metody leczenia i rehabilitację;
 - 2) przestrzegać zasady, aby każdy ciężko chory, nowo przybyły do oddziału był niezwłocznie zbadany i otrzymał pomoc lekarską;
 - 3) dokonywać obchodu oddziału w ustalonych godzinach wraz z personelem;
 - 4) omawiać z lekarzami zatrudnionymi w oddziale wybrane przypadki chorobowe, sposób ustalenia rozpoznania i metody ich leczenia;
 - 5) nadzorować wydawanie i przechowywanie środków odurzających i psychotropowych potrzebnych do zaspokojenia bieżących potrzeb niezbędnych w procesie udzielania świadczeń i czuwać nad ich właściwym rozchodowaniem i ewidencjonowaniem;
 - 6) sprawować kontrolę nad prawidłowym żywieniem chorych;
 - 7) w ustalonych dniach i godzinach udziela rodzinom informacji o stanie zdrowia chorych, a w przypadku stwierdzenia nagłego pogorszenia się stanu zdrowia chorego, powinien dopilnować aby rodzina została o tym zawiadomiona w trybie pilnym;
 - 8) kontrolować uprawnienia pielęgniarek do wykonywania iniekcji dożylnych;
 - 9) kontrolować stan bezpieczeństwa chorych w oddziale i wykonanie wydanych w tym przedmiocie zarządzeń i poleceń;
 - 10) kontrolować racjonalne wykorzystanie łóżek;
 - 11) informować chorego lub jego rodzinę zgłaszających chęć wypisania z oddziału, wbrew opinii lekarskiej o następstwach przedwczesnego wypisania oraz wypisać chorego dopiero po otrzymaniu od niego bądź od jego rodziny (opiekunów prawnych) pisemnego oświadczenia, że wypisuje się go na własne żądanie i odpowiedzialność, i że zostali uprzedzeni o następstwach przedwczesnego wypisania z oddziału;
 - 12) postępować wobec chorego zgodnie z Kartą Praw Pacjenta.
5. Ordynator lub lekarz kierujący oddziałem jest przełożonym personelu zatrudnionego w oddziale. W przypadku braku etatowego zastępcy, wyznacza na czas swojej nieobecności, swojego zastępcę spośród podległych mu lekarzy.
6. Ordynator lub lekarz kierujący oddziałem wydaje opinię o podległym personelu, występuje z wnioskami w sprawie przyjmowania, zwalniania, przenoszenia, nagradzania i karania tego personelu.
7. Kieruje pracą lekarzy specjalizujących się w oddziale, kontroluje przebieg ich specjalizacji oraz zapewnia im właściwe warunki pracy.
8. Opiniuje przed opublikowaniem prace naukowe prowadzone w oddziale przez asystentów oddziału.
9. Ordynator lub lekarz kierujący oddziałem jest odpowiedzialny za realizację programów z zakresu promocji zdrowia i zapobiegania zakażeniom szpitalnym.
10. Nadzoruje i współpracuje w opracowywaniu ujednoliconego wykazu procedur medycznych zgodnie z obowiązującymi standardami.
11. Bierze czynny udział w ekonomizacji procesów leczenia w Centrum.
12. Nadzoruje prawidłowość prowadzenia dokumentacji medycznej.
13. Kontroluje i podpisuje receptariusz oraz nadzoruje gospodarkę lekami w oddziale.
14. Dbą o terminowe i dokładne opracowania statystyczne wg. obowiązujących przepisów.
15. W zakresie administracyjno-gospodarczym - ordynator lub lekarz kierujący oddziałem:
 - 1) odpowiada za skuteczną ochronę składników majątkowych znajdujących się w oddziale i nadzoruje prawidłowe ich użytkowanie;

- 2) dba o zaopatrzenie oddziału we wszystko co jest niezbędne do jego sprawnego funkcjonowania.
16. Ordynator lub lekarz kierujący oddziałem nadzoruje realizację świadczeń zdrowotnych w oddziale zgodnie z zawartym kontraktem.
17. Odpowiada za realizację przyznanego budżetu na funkcjonowanie oddziału.
18. Ordynator lub lekarz kierujący oddziałem powiadamia niezwłocznie Z-cę Dyrektora ds. Medycznych o każdym przypadku, co do którego zachodzi podejrzenie, iż jest wynikiem przestępstwa.
19. Ordynator lub lekarz kierujący oddziałem wykonuje czynności bezpośrednio wiążące się z zakresem jego działalności, a nie objęte niniejszym zakresem czynności.

§ 86

1. Lekarz starszy asystent:
 - 1) podlega bezpośrednio ordynatorowi lub lekarzowi kierującemu oddziałem;
 - 2) może być wyznaczony do zastępowania ordynatora lub lekarza kierującego oddziałem.
2. Stosownie do poleceń ordynatora/lekarza kierującego oddziałem - do obowiązków starszego asystenta należy:
 - 1) szkolenie lekarzy stażystów i młodszych asystentów;
 - 2) nadzór nad prawidłowym prowadzeniem dokumentacji medycznej przez podległych mu lekarzy;
 - 3) zapisywanie leków w receptariuszach i przedstawianie ich do podpisu ordynatorowi lub lekarzowi kierującemu oddziałem, kontrola gospodarki lekami;
 - 4) pełnienie dyżurów lekarskich w szpitalu;
 - 5) uczestnictwo w obchodach lekarskich;
 - 6) kontrolowanie wykonywania pracy przez podległy mu personel lekarski, a na dyżurach również personel pielęgniarski;
 - 7) nadzór nad utrzymywaniem w należytym stanie sprzętu i aparatury medycznej;
 - 8) przeprowadzanie konsultacji lekarskich;
 - 9) nadzór nad prawidłowym doбором diet.

§ 87

1. Lekarzem dyżurnym oddziału może być ordynator/lekarz kierujący oddziałem, starszy asystent, asystent lub młodszy asystent zatrudniony w Centrum, wyznaczony do pełnienia tej funkcji zgodnie z ustalonym rozkładem dyżurów.
2. Rozkład dyżurów w poszczególnych oddziałach pionach dyżurowych ustalają ordynatorzy lub lekarze kierujący oddziałem w porozumieniu z zastępcą Dyrektora ds. Medycznych, który je zatwierdza.
3. Rozkłady miesięczne dyżurów lekarskich, planowane są z dwutygodniowym wyprzedzeniem.
4. Jeżeli w oddziale wyznaczono równocześnie dwóch lub więcej lekarzy dyżurnych oddziału, jeden z nich wyznaczony przez ordynatora lub lekarza kierującego oddziałem jest zwierzchnikiem pozostałych.
5. Lekarz dyżurny oddziału podlega w zakresie wykonywania swych czynności w oddziale ordynatorowi/lekarzowi kierującemu oddziałem, a w trakcie pełnienia dyżuru poza godzinami jego urzędowania, lekarzowi dyżurnemu Izby Przyjęć.
6. Lekarz dyżurny oddziału jest obowiązany:
 - 1) rozpocząć dyżur o godzinie ustalonej w rozkładzie dyżurów;
 - 2) kończyć dyżur po rozpoczęciu normalnej ordynacji lekarskiej w oddziale, a w dniu świątecznym po zgłoszeniu się zastępcy, któremu lekarz dyżurny oddziału powinien przekazać informacje z odbytego dyżuru i zapoznać ze stanem ciężko chorych;
 - 3) przebywać w oddziale przez cały czas trwania dyżuru z wyjątkiem wezwań na konsultację;
 - 4) dokładnie zbadać każdego chorego skierowanego do leczenia przez lekarza Izby Przyjęć i po ustaleniu przy pomocy wszystkich dostępnych środków rozpoznania, wytyczyć linię postępowania i rozpocząć leczenie;
 - 5) na prośbę lekarza dyżurnego izby przyjęć lub lekarza dyżurnego innego oddziału, przeprowadzić badanie konsultacyjne lub uczestniczyć w poradzie lekarskiej powołanej w celu ustalenia rozpoznania lub uzgodnienia dalszego postępowania;
 - 6) wykonywać obchody lekarskie popołudniowe i wieczorne;
 - 7) prowadzić, zgodnie z postępowaniem wiedzy lekarskiej, postępowanie terapeutyczne u chorych pozostawionych jego opiece;
 - 8) uczestniczyć i wykonywać samodzielnie (w zakresie udzielonych przez ordynatora lub lekarza kierującego oddziałem kompetencji) wynikające z postawionych wskazań zabiegi u chorych przyjętych do szpitala w czasie dyżuru;
 - 9) w przypadkach wątpliwych każdorazowo zasięgnąć opinii ordynatora lub lekarza kierującego oddziałem lub wezwać go na konsultację, jeżeli istnieją trudności w rozpoznaniu lub postępowaniu z chorym;
 - 10) prowadzić dokładną i systematyczną dokumentację chorych przyjętych w czasie dyżuru, ciężko chorych, u których występują znaczniejsze różnice w stanie zdrowia oraz chorych przeniesionych z innych oddziałów (szpitali), a także zmarłych;
 - 11) nadzorować pracę personelu średniego i pomocniczego oddziału, kontrolować wykonanie wydanych zleceń i pielęgnowanie ciężko chorych;
 - 12) dopilnować potrzebnego zaopatrzenia oddziału w leki, krew, tlen i aparaturę potrzebną na okres dyżuru;

- 13) udawać się bezzwłocznie na wezwanie personelu pielęgniarskiego do chorych wymagających natychmiastowej pomocy;
 - 14) w wypadku zgonu pacjenta w oddziale - postępować zgodnie z „Zasadami postępowania w wypadku zgonu pacjenta” obowiązującymi w Centrum;
 - 15) udzielać w miarę posiadanych danych - informacji o stanie zdrowia pacjenta, członkom rodziny bądź opiekunom chorego.
7. Lekarz dyżurny oddziału jest obowiązany składać raport z odbytego dyżuru ordynatorowi lub lekarzowi kierującemu oddziałem.
 8. Lekarz dyżurny oddziału powinien ponadto wykonywać czynności zlecone mu przez ordynatora lub lekarza kierującego oddziałem, Zastępcę Dyrektora ds. Medycznych lekarza dyżurnego Izby Przyjęć bezpośrednio wiążące się z zakresem jego działalności, a nie objęte niniejszym regulaminem.

§ 88

1. Lekarze zatrudnieni w Centrum mogą zostać zobowiązani do pełnienia w szpitalu dyżuru na wezwanie.
2. Grafik dyżurów ustala ordynator lub lekarz kierujący oddziałem, a zatwierdza Zastępca Dyrektora ds. Medycznych.
3. Lekarz pełniący dyżur na wezwanie jest obowiązany do podania wiadomości pod jakim adresem i numerem tel w tym dniu przebywa - lekarzowi dyżurnemu Izby Przyjęć lub lekarzowi dyżurnemu oddziału.
4. Lekarz pełniący dyżur na wezwanie jest obowiązany przybyć do szpitala w czasie nie dłuższym niż 60 minut od zgłoszenia, na każde wezwanie lekarza dyżurnego Izby Przyjęć, lekarza dyżurnego oddziału lub pielęgniarki Izby Przyjęć w celu:
 - 1) ustalenia rozpoznania bądź sposobu postępowania u chorego przyjętego w czasie trwania dyżuru;
 - 2) wykonanie zabiegu operacyjnego, znieczulenia;
 - 3) udzielenia pomocy zespołowi lekarzy dyżurnych w razie wypadku zbiorowego, awarii itp.
5. Lekarz pełniący dyżur na wezwanie powinien poza tym wykonać czynności zlecone mu przez Zastępcę Dyrektora ds. Medycznych, ordynatora lub lekarza kierującego oddziałem bezpośrednio wiążące się z zakresem jego działalności, a nie objęte niniejszym regulaminem.

§ 89

1. Zadania pielęgniarki oddziałowej zawarte są w § 123 i 124 niniejszego Regulaminu.

§ 90

1. Pielęgniarka odcinkowa podlega bezpośrednio pielęgniarce oddziałowej, pośrednio szczególnie w zakresie realizowanych zadań diagnostycznych i terapeutycznych ordynatorowi/lekarzowi kierującemu oddziałem lub lekarzowi dyżurnemu oddziału.
2. W wykonywaniu swoich obowiązków pielęgniarka odcinkowa współpracuje z lekarzem leczącym, pielęgniarkami oraz innymi członkami zespołu terapeutycznego.
3. Pielęgniarka odcinkowa jest zobowiązana do zapewnienia całości opieki pielęgniarskiej powierzonym jej pacjentom.
4. Pielęgniarka odcinkowa świadczy opiekę osobom hospitalizowanym poprzez pomoc w osiągnięciu samodzielnego zaspakajania potrzeb biologicznych, psychicznych, społecznych i kulturowych oraz współdziałania w medycznych zabiegach diagnostycznych i leczniczych.
5. W szczególności do zadań pielęgniarki odcinkowej należy :
 - 1) ustalenie rozpoznania problemów pielęgnacyjnych poszczególnych pacjentów na podstawie danych uzyskanych od innych członków zespołu terapeutycznego;
 - 2) planowanie opieki pielęgnacyjnej stosownie do stanu zdrowia pacjenta, diagnozy pielęgniarskiej i lekarskiej oraz ustalonego postępowania diagnostycznego i leczniczo-rehabilitacyjnego;
 - 3) realizowanie opieki pielęgniarskiej według ustalonego planu i aktualnego stanu pacjenta oraz zaleconego programu diagnostyczno-leczniczego.
6. Stałe kontrolowanie wykonywanych działań i ocenianie wyników postępowania pielęgnacyjnego.
7. Kształtowanie umiejętności i postaw w zakresie podniesienia i utrzymania lub zachowania zdrowia oraz postaw prozdrowotnych u pacjentów.
8. Utrzymywanie sprawności technicznej narzędzi, sprzętu, aparatury, niezbędnych do udzielania pierwszej pomocy oraz wykonywania zabiegów leczniczo-pielęgnacyjnych.
9. Zabezpieczenie i właściwe przechowywanie leków i środków dezynfekcyjnych, zgodnie z obowiązującymi przepisami i aktualną wiedzą.
10. Pielęgniarka odcinkowa jest zobowiązana do wykonywania powierzonych jej zadań zgodnie z posiadanymi kompetencjami, ze standardami opieki ustalonymi w zakładzie oraz zasadami etyki zawodowej.
11. Pielęgniarka planując i realizując indywidualny program opieki kieruje się dobrem pacjenta, poszanowaniem jego podmiotowości i gotowości osobistej.
12. Pielęgniarka odcinkowa ponosi osobistą odpowiedzialność za dokonaną ocenę sytuacji pacjenta i wyniki działań podjętych osobiście lub zleconych innym osobom.

13. W sytuacjach kiedy działanie przekracza jej wiedzę i umiejętności, jest zobowiązana do poszukiwania kompetentnej konsultacji i pomocy.

14. Pielęgniarka odcinkowa:

- 1) dokonuje wyboru sposobu wykonywania zabiegów pielęgniarstkich, których została nauczona w trakcie kształcenia i doskonalenia zawodowego;
- 2) decyduje o sposobie przygotowania pacjentów do zabiegów diagnostycznych i leczniczych, do których została odpowiednio przygotowana np.: do dobierania udzielanych informacji oraz treści udzielanych wskazówek odnośnie do zachowania się w czasie i po zabiegu;
- 3) informuje chorego o sposobie zachowania się w czasie pobytu w szpitalu i po leczeniu szpitalnym, w zakresie niezbędnych do realizacji celów opieki, np. żywienia, sposobu i trybu postępowania, pracy zawodowej itp.;
- 4) może samodzielnie udzielać pierwszej pomocy w przypadkach nagłego pogorszenia stanu zdrowia pacjenta;
- 5) podaje leki na pisemne zlecenie lekarza;
- 6) korzysta z dokumentacji lekarskiej w zakresie niezbędnym do ustalenia diagnozy pielęgniarstkiej;
- 7) zgłasza swoje uwagi, spostrzeżenia i propozycje odnośnie do stanu chorego i postępowania pielęgnacyjnego oraz standardów opieki pielęgniarstkiej w oddziale;
- 8) przydziela zadania i nadzoruje pracę salowych i sanitariuszy w czasie dyżurów popołudniowych i nocnych;
- 9) jest współodpowiedzialna za sprzęt znajdujący się na danym odcinku pracy, leki, materiały, odzież ochronną itp.;
- 10) zgłasza uwagi odnośnie obsługi i wyposażenia stanowiska pracy oraz pracy działów pomocniczych szpitala.

§ 91

1. Pielęgniarka anestezjologiczna w wykonywaniu swoich czynności fachowych podlega ordynatorowi/lekarzowi kierującemu oddziałem, służbowo zaś pielęgniarce oddziałowej.
2. Pielęgniarka anestezjologiczna spełnia określone czynności z zakresu służby anestezjologicznej w obsługiwanym przez siebie odcinku oddziału jak: sale - przedoperacyjne, operacyjne, pooperacyjne, sale chorych, pokoje sprzętu i aparatury.
3. Do obowiązków pielęgniarki anestezjologicznej należy :
 - 1) utrzymanie w komplecie i w stanie gotowości do nagłego użycia znajdującej się aparatury, sprzętu i środków pomocniczych;
 - 2) przygotowanie sterylizacja i konserwacja bieżąca, aparatury, sprzętu, materiałów potrzebnych do należytej pracy;
 - 3) pomoc lekarzowi anestezjologowi w jego czynnościach fachowych i wykonywanie przez niego zleconych innych czynności i zabiegów anestezjologicznych;
 - 4) natychmiastowe meldowanie lekarzowi anestezjologowi o każdej zauważonej przez siebie i inny personel zmianie w stanie zdrowia chorych;
 - 5) współpraca z pielęgniarkami z bloku operacyjnego i innych oddziałów;
 - 6) wykonywanie zleceń położonych, wchodzących w zakres jej czynności fachowych, a nie wymienionych w niniejszym zakresie czynności.

Lekarz epidemiolog

§ 92

Do zadań lekarza epidemiologa należy koordynacja pracy Zespołu ds. Zakażeń Szpitalnych oraz:

- 1) opracowywanie i wdrażanie programów w zakresie profilaktyki i zwalczania zakażeń szpitalnych;
- 2) identyfikacja i rejestracja przypadków zakażeń wewnątrzszpitalnych;
- 3) wdrażanie działań obniżających ryzyko występowania zakażeń wewnątrzszpitalnych u pacjentów i pracowników;
- 4) edukacja wszystkich pracowników w zakresie zapobiegania i kontroli zakażeń;
- 5) współpraca z ordynatorami/lekarzami kierującymi oddziałem, pielęgniarkami oddziałowymi kierownikami wszystkich komórek organizacyjnych w celu podnoszenia standardów opieki i kontroli stanu epidemiologiczno-sanitarnego w Centrum;
- 6) opracowanie standardów sanitarno-epidemiologicznych obowiązujących pacjentów i pracowników w oparciu o obowiązujące przepisy z uwzględnieniem potrzeb i możliwości Centrum;
- 7) współpraca z Powiatową i Wojewódzką Stacją Sanitarno-Epidemiologiczną;
- 8) udział w szkoleniach z zakresu epidemiologii;
- 9) nadzór nad przestrzeganiem przepisów ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.

Poradnia Chorób Płuc i Gruźlicy dla Dorosłych

§ 93

1. Do zadań Poradni należy:

- 1) udzielanie świadczeń konsultacyjnych dla dorosłych;
- 2) udzielanie świadczeń profilaktyczno-leczniczych i rehabilitacyjnych chorym z chorobami płuc i gruźlicy;
- 3) wykonywanie badań czynnościowych układu oddechowego oraz prowadzenie rehabilitacji układu oddechowego pacjentów;
- 4) współdziałanie z Wojewódzką i Powiatową Stacją Sanitarno-Epidemiologiczną w zakresie organizacji profilaktyki i promocji zdrowia.
2. W skład personelu Poradni wchodzi:
 - 1) lekarze;
 - 2) pielęgniarki
 - 3) sekretarki lub rejestratorki.
3. Poradnią kieruje kierownik.
4. Kierownik Poradni jest odpowiedzialny za sprawne funkcjonowanie Poradni pod względem lekarskim za właściwe leczenie chorych, a także pod względem administracyjnym i gospodarczym.
5. Organizuje i koordynuje pracę w Poradni, nadzoruje pod względem fachowym i etycznym pracę podległego sobie personelu.
6. Kierownik posiada prawo wyboru metod leczenia. W przypadku wprowadzenia nowych metod leczenia obowiązany jest porozumieć się z Z-cą Dyrektora ds. Medycznych i zasięgnąć opinii właściwego specjalisty, konsultanta.
7. W zakresie leczenia do zadań Kierownika należy:
 - 1) zbadać i omówić przypadek pacjenta, u którego rozpoznanie i wybór metody leczenia jest trudny do ustalenia przez lekarza prowadzącego;
 - 2) konsultować przypadki trudne diagnostycznie z oddziałami szpitalnymi Centrum;
 - 3) bieżąca analiza stanu epidemiologicznego ze szczególnym uwzględnieniem gruźlicy prątkującej;
 - 4) nadzór nad właściwą gospodarką lekami, a zwłaszcza przeciwprątkowymi;
 - 5) orzekanie o stanie zdrowia pacjentów z gruźlicą i chorobami płuc;
 - 6) nadzór nad prawidłowym prowadzeniem dokumentacji medycznej;
 - 7) terminowe przygotowanie opracowań statystycznych;
 - 8) nadzór nad realizacją zawartego kontraktu na usługi medyczne, organizowanie spotkań informacyjno-szkoleniowych z personelem poradni.
8. Kierownik jest odpowiedzialny za realizowanie programów promocji zdrowia w Poradni.
9. Kierownik odpowiada za skuteczną ochronę składników majątkowych znajdujących się w Poradni i nadzoruje prawidłowe ich wykorzystanie.

Poradnia Chirurgii Klatki Piersiowej

§ 94

1. Do zadań Poradni w szczególności należy:
 - 1) świadczenie usług z zakresu porady i konsultacji specjalistycznej kwalifikującej do leczenia operacyjnego i zachowawczego w obrębie:
 - a) oskrzeli i płuc,
 - b) krtani i tchawicy,
 - c) serca, śródpiersia i opłucnej,
 - d) przełyku,
 - e) tarczycy i grasicy,
 - f) innych schorzeń których zakres objęty jest kontraktem z NFZ;
 - 2) wykonywanie zabiegów diagnostycznych w zakresie płuc i oskrzeli, bronchoskopia w pełnym zakresie z identyfikacją materiału;
 - 3) profilaktyka i promocja zdrowia.
2. W skład personelu Poradni wchodzi:
 - 1) lekarze;
 - 2) pielęgniarki;
 - 3) sekretarki lub rejestratorki.
3. Poradnią kieruje koordynator.
4. Zadania kierownika odpowiadają zadaniom kierownika Poradni Chorób Płuc i Gruźlicy odpowiednio do zakresu porad w poradni.

Poradnia Rehabilitacji

§ 95

1. W strukturze Poradni Rehabilitacji działa:
 - 1) gabinet badań czynnościowych;
 - 2) gabinety fizjoterapii.
2. Do zadań Poradni w szczególności należy:

- 1) ocena sprawności fizycznej chorego i określenie dla niego programu usprawniającego w zakresie rehabilitacji leczniczej;
 - 2) świadczenie usług z zakresu instruktażu rehabilitacyjnego;
 - 3) rehabilitacja chorych hospitalizowanych w oddziałach Centrum;
 - 4) konsultacja z zakresu rehabilitacji osób kierowanych do Centrum;
 - 5) wykonywanie badań /prób/ wysiłkowych układu krążenia i oddychania.
3. W skład personelu Poradni wchodzi:
- 1) fizjoterapeuci;
 - 2) technicy.
4. Poradnią kieruje kierownik.
5. Kierownik Poradni Rehabilitacji w porozumieniu z lekarzem prowadzącym pacjenta ustala program leczenia i rehabilitacji.
6. Zadania kierownika odpowiadają zadaniom kierownika Poradni Chorób Płuc i Gruźlicy odpowiednio do zakresu pracy w poradni.

Hospicjum

§ 96

1. Hospicjum sprawuje stacjonarną i domową wielodyscyplinarną opiekę medyczną, psychologiczną i społeczną nad chorymi znajdującymi się w terminalnym okresie choroby głównie z powodu choroby nowotworowej oraz opiekę nad rodzinami chorych.
2. Szczególnym zadaniem Hospicjum jest:
 - 1) leczenie przejściowego pogorszenia się stanu zdrowia chorego, u którego wyczerpały się możliwości leczenia przyczynowego;
 - 2) zwalczanie wszechogarniającego bólu;
 - 3) leczenie objawowe innych dolegliwości;
 - 4) łagodzenie cierpień psychicznych i duchowych;
 - 5) pomoc w rozwiązywaniu problemów społecznych;
 - 6) wspieranie rodzin w czasie trwania choroby i osierocenia.
3. Wskazaniem do opieki tego typu są:
 - 1) rozpoznanie terminalnej fazy choroby nie poddającej się leczeniu przyczynowemu;
 - 2) trudności w osiągnięciu pełnej kontroli objawów chorobowych w sytuacjach kryzysowych;
 - 3) objawy psychicznego nieprzystosowania chorego do stanu terminalnego - problemy psychiczne i duchowe;
 - 4) trudne warunki domowe;
 - 5) potrzeba czasowego odciążenia rodziny.
4. Przy podejmowaniu opieki stacjonarnej należy kierować się założeniem, że po opanowaniu stanu, który jest powodem hospitalizacji, chory powinien, przynajmniej potencjalnie, mieć możliwość powrotu do domu.
5. W skład personelu Hospicjum wchodzi:
 - 1) lekarze;
 - 2) pielęgniarki;
 - 3) sekretarki lub rejestratorki.
7. Hospicjum kieruje kierownik.
8. Zadania kierownika są równoważne z zadaniami ordynatora lub lekarza kierującego oddziałem opisanymi w § 85 niniejszego Regulaminu.

Laboratorium Diagnostyczne

§ 97

1. Zadaniem Laboratorium Diagnostycznego jest wykonanie badań z zakresu analityki lekarskiej.
2. Laboratorium prowadzi szeroki zakres badań biochemicznych, serologicznych, analityki ogólnej.
3. Zakres badań ustala Zastępca Dyrektora ds. Medycznych na wniosek kierownika laboratorium.
4. Materiały do badania należy przekazywać do laboratorium zgodnie z obowiązującymi procedurami.
5. W Laboratorium prowadzona jest ewidencja obrotu gotówkowego przy zastosowaniu kasy fiskalnej.
6. W strukturze Laboratorium występują następujące pracownice:
 - 1) pracownia analityki ogólnej;
 - 2) pracownia biochemii;
 - 3) pracownia hematologii;
 - 4) pracownia immunologii transfuzjologicznej;
 - 5) pracownia koagulologii;
 - 6) pracownia gazometrii.
7. W skład personelu Laboratorium Diagnostycznego wchodzi:
 - 1) diagności laboratoryjni;
 - 2) technicy;
 - 3) sekretarki lub rejestratorki;

- 4) pomoce laboratoryjne.
8. Laboratorium kieruje kierownik.
9. Do zadań Kierownika Laboratorium należy koordynacja i nadzór nad działalnością laboratorium, a w szczególności:
 - 1) ustalanie z Zastępcą Dyrektora ds. Medycznych wykazu wykonywanych badań;
 - 2) ustalenie odpowiednich dla potrzeb diagnostycznych metod wykonywania badań;
 - 3) kontrolowanie dokładności wykonywania badań;
 - 4) ustalenie sposobu dostarczania materiału do badania i ich ilości;
 - 5) decydowanie o przyjęciu badań nieobjętych zakresem działania pracowni;
 - 6) czuwanie nad terminowością wykonywanych badań;
 - 7) autoryzacja wyników badań;
 - 8) nadzór nad sprawnym działaniem aparatury i sprzętu medycznego;
 - 9) nadzór nad prawidłowym prowadzeniem dokumentacji.

Laboratorium Mikrobiologiczne

§ 98

1. Wykonuje szeroki zakres badań bakteriologicznych w kierunku prątku gruźlicy i innych drobnoustrojów oraz badania mykologiczne.
2. W strukturze Laboratorium Mikrobiologicznego zawarte są następujące pracownie:
 - 1) pracownia bakteriologii ogólnej;
 - 2) pracownia bakteriologii gruźlicy;
 - 3) pracownia mykologii;
 - 4) pracownia serologii i zakażeń przenoszonych drogą krwi;
 - 5) pracownia epidemiologii i zakażeń szpitalnych.
3. W skład personelu Laboratorium Mikrobiologicznego wchodzi:
 - 1) diagności laboratoryjni;
 - 2) technicy;
 - 3) sekretarki lub rejestratorki;
 - 4) pomoce laboratoryjne.
4. Laboratorium kieruje kierownik.
5. Zadania kierownika odpowiadają zadaniom kierownika laboratorium diagnostycznego.

Pracownia Diagnostyki Obrazowej

§ 99

1. Wykonuje wielonarządowe radiologiczne badania diagnostyczne oraz badania ultrasonograficzne.
2. Pracownia powinna być wyposażona w odpowiednie aparaty i przyrządy, urządzenia pomocnicze, środki ochronne przed promieniami oraz materiał zużywalny.
3. Aparaty i przyrządy powinny być starannie czyszczone, właściwie konserwowane i poddawane okresowej kontroli.
4. W Pracowni należy przestrzegać przepisów ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. Prawo atomowe (Dz. U. Nr 42, poz. 276 z późn. zm.) oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2006 w sprawie szczegółowych warunków bezpiecznej pracy z urządzeniami radiologicznymi (Dz. U. Nr 180, poz. 1325), rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 sierpnia 2005 w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej (Dz. U. Nr 194, poz. 1625).
5. W Pracowni prowadzona jest ewidencja obrotu gotówkowego przy zastosowaniu kasy fiskalnej.
6. Pracownia Diagnostyki Obrazowej składa się z:
 - 1) gabinetów badań radiologicznych;
 - 2) gabinetu badań ultrasonograficznych.
7. W skład personelu Pracowni wchodzi:
 - 1) lekarze;
 - 2) technicy;
 - 3) inspektor ochrony radiologicznej;
 - 4) sekretarki medyczne lub rejestratorki.
8. Pracownię kieruje kierownik.
9. Do zadań Kierownika Pracowni należy koordynacja i nadzór nad działalnością pracowni, a w szczególności:
 - 1) ustalenie najbardziej odpowiedniej dla potrzeb i warunków metody badania pacjentów;
 - 2) kontrolowanie dokładności wykonywanych badań;
 - 3) autoryzacja opisywanych badań radiologicznych;
 - 4) współpraca ze wszystkimi ordynatorami/lekarzami kierującymi oddziałem i kierownikami pracowni diagnostycznych;

- 5) czuwanie nad terminowym wydawaniem wyników badań;
 - 6) dbanie o właściwe używanie aparatury do badań, także o ich prawidłowy stan techniczny;
 - 7) nadzór nad prawidłowym prowadzeniem dokumentacji;
 - 8) kierowanie na szkolenia z zakresu ochrony radiologicznej.
10. Kierownik dba, aby podległy mu personel w swojej pracy przestrzegał przepisów BHP i sanitarno-epidemiologicznych.

Pracownia Diagnostyki Bronchologicznej

§ 100

1. Wykonuje badania i zabiegi bronchoskopowe służące diagnostyce i leczeniu chorób płuc.
2. W skład personelu Pracowni wchodzi:
 - 1) lekarze;
 - 2) pielęgniarki;
 - 3) sekretarki lub rejestratorki.
3. Pracownią kieruje kierownik.
4. Do zadań Kierownika należy koordynacja i nadzór nad działalnością pracowni, a w szczególności:
 - 1) jest odpowiedzialny za wykonywane w pracowni badania diagnostyczne;
 - 2) kontroluje dokładność wykonywanych badań;
 - 3) autoryzuje wychodzące z pracowni opisy badań bronchologicznych;
 - 4) czuwa nad terminowym wydawaniem wyników badań;
 - 5) sprawuje nadzór nad prawidłowym prowadzeniem dokumentacji.

Pracownia Patomorfologii

§ 101

1. Wykonuje sekcje, badania biopsyjne wycinków endoskopowych i materiałów operacyjnych oraz badania cytologiczne i histopatologiczne.
2. Materiał do badania histopatologicznego pobrany przez lekarza powinien być przesłany do pracowni w stanie świeżym, natychmiast po zabiegu, bądź w stanie utrwalonym zgodnie z obowiązującymi procedurami.
3. Sposób utrwalania materiału określa Kierownik Pracowni.
4. Pracownia może odmówić przyjęcia materiału nieodpowiednio pobranego lub nieodpowiednio zabezpieczonego.
5. Pracownia Patomorfologii składa się z:
 - 1) gabinetu autopsji;
 - 2) gabinetu badań histopatologicznych;
 - 3) gabinetu badań cytologicznych;
 - 4) gabinetu badań histochemicznych;
 - 5) archiwum preparatów.
6. W skład personelu Pracowni wchodzi:
 - 1) lekarze;
 - 2) technicy;
 - 3) sekretarki lub rejestratorki.
7. Pracownią kieruje kierownik.
8. Do zadań Kierownika należy koordynacja i nadzór nad działalnością pracowni, a w szczególności:
 - 1) w zakresie postępowania ze zwłokami do obowiązków Kierownika należy wykonywanie sekcji zwłok, a w przypadku wykonywania sekcji zwłok przez asystentów, kontrolowanie ich pracy i przeglądanie materiału sekcyjnego;
 - 2) wstrzymanie dalszego wykonywania sekcji w razie uzasadnionego podejrzenia, że śmierć nastąpiła wskutek przestępstwa i zawiadomienie o tym Dyrektora Naczelnego Centrum;
 - 3) przestrzeganie zasady, aby sekcja zwłok wykonywana była po zapoznaniu się z historią choroby zmarłego;
 - 4) ustalanie terminów sekcji w porozumieniu z właściwymi ordynatorami/lekarzami kierującymi oddziałem, aby umożliwić zainteresowanym lekarzom obecność podczas sekcji;
 - 5) nadzór nad zachowaniem odpowiednich środków ostrożności zgodnie z obowiązującymi przepisami;
 - 6) osobiste lub przez osobę upoważnioną przeglądanie materiału nadesłanego do pracowni w celu zbadania histopatologicznego i ustalenie rozpoznania;
 - 7) kontrolowanie dokładności wykonania badań oraz sprawdzanie ich wyników;
 - 8) sprawdzanie i autoryzowanie protokołów sekcyjnych;
 - 9) nadzór nad prawidłowym prowadzeniem dokumentacji pracowni.
9. Kierownik pracowni może odmówić wykonania sekcji do czasu prawidłowego wypełnienia dokumentacji oraz wykonania badania histopatologicznego, jeżeli materiał przesłany do badania nie został należycie przygotowany.

Bank Krwi

§ 102

1. Zajmuje się gospodarką krwi w Centrum, a w szczególności zaopatrywaniem Centrum w krew i jej składniki.

2. Prowadzi dokumentację przychodu i rozchodu krwi, jej składników, płynów konserwujących oraz surowic.
3. Prowadzi szkolenia personelu szpitala w zakresie krwiodawstwa i krwiolecznictwa oraz udzielanie konsultacji w tym zakresie.
4. Bank Krwi podlega kierownikowi Laboratorium Diagnostycznego.

Izba Przyjęć

§ 103

1. Izba Przyjęć kieruje kierownik, który podlega bezpośrednio Z-cy Dyrektora ds. Medycznych i zastępuje go podczas jego nieobecności.
2. W czasie nieobecności równoczesnej Dyrektora Naczelnego i Zastępcy ds. Medycznych, Kierownik Izby Przyjęć zastępuje Dyrektora Naczelnego.
3. Do zadań Izby Przyjęć należy:
 - 1) przyjmowanie do szpitala chorych zakwalifikowanych do leczenia szpitalnego;
 - 2) badanie lekarskie chorych zgłaszających się do szpitala;
 - 3) udzielanie pomocy doraźnej chorym, którzy zostali zakwalifikowani do przyjęcia w późniejszym terminie.

§ 104

1. O przyjęciu chorego do oddziału szpitalnego zgłaszającego się bezpośrednio lub skierowanego przez lekarza albo uprawnioną instytucję orzeka Lekarz Dyżurny Izby Przyjęć, po zapoznaniu się ze stanem zdrowia pacjenta.
2. Chorym w stanie zagrożenia życia jest udzielana natychmiastowa kwalifikowana pomoc medyczna według procedur obowiązujących w medycynie ratunkowej.

§ 105

W Izbie Przyjęć powinien znajdować się spis telefonów i adresy szpitali dyżurnych, komisariatów policji, straży pożarnej, lekarza wojewódzkiego i lekarza krajowego, a ponadto telefony służbowe pracowników zajmujących kierownicze stanowiska w szpitalu.

§ 106

1. W strukturze Izby Przyjęć znajdują się gabinety lekarzy konsultantów oraz Dział dokumentacji Medycznej i Rejestracji Chorych.
2. W skład personelu Izby Przyjęć wchodzi:
 - 1) lekarz dyżurny - kierownik zespołu dyżurującego;
 - 2) pielęgniarka koordynująca i nadzorująca;
 - 3) pielęgniarki;
 - 4) salowe;
 - 5) rejestratorka/sekretarka medyczna.
3. Personel Izby Przyjęć podlega w wykonywaniu swoich czynności Kierownikowi Izby Przyjęć, a w godzinach popołudniowych i nocnych - lekarzowi dyżurnemu (kierownikowi zespołu dyżurującego).
4. Kierownik zespołu dyżurującego w godzinach popołudniowych i nocnych jest odpowiedzialny za całokształt pracy szpitala oraz jest zwierzchnikiem całego personelu dyżurującego.
5. Ostateczną decyzję dotyczącą pilnego przyjęcia chorego do szpitala, podejmuje kierownik zespołu dyżurującego.

§ 107

1. W Izbie Przyjęć prowadzi się:
 - 1) książkę przyjęć chorych do szpitala;
 - 2) książkę odmów;
 - 3) książkę udzielonych porad i zabiegów ambulatoryjnych;
 - 4) książkę ewidencji chorych zakwalifikowanych w późniejszym terminie do leczenia szpitalnego;
 - 5) książkę raportów;
 - 6) wykaz wolnych łóżek w poszczególnych oddziałach szpitala aktualizowany na bieżąco;
 - 7) książkę wypadkową.
2. Za prawidłowe prowadzenie dokumentacji medycznej w Izbie Przyjęć oraz podział zakresów czynności dyżurującego personelu lekarskiego odpowiedzialny jest Kierownik Izby Przyjęć.
3. Pielęgniarka koordynująca i nadzorująca Izby Przyjęć w porozumieniu z Kierownikiem Izby Przyjęć ustala zakresy czynności dla personelu pielęgniarskiego i pomocniczego.

§ 108

Do zadań Kierownika Izby Przyjęć w szczególności należy:

- 1) organizacja pracy podległego personelu, zarządzanie i administrowanie Izba Przyjęć;
- 2) zapewnienie ciągłości dyżurowej fachowego personelu medycznego oraz pomocniczego;
- 3) nadzór nad kwalifikowaniem pacjentów zgłoszonych na Izbę Przyjęć do leczenia szpitalnego;
- 4) nadzór nad prawidłowym przyjęciem pacjentów i obiegiem dokumentacji medycznej;

- 5) współpraca z oddziałami szpitalnymi Centrum w zakresie przyjęć pacjentów, ruchu chorych wewnątrzoddziałowego, konsultacji specjalistycznych;
- 6) nadzór i realizacja zawartego kontraktu na usługi medyczne;
- 7) bieżąca analiza bazy łóżkowej;
- 8) nadzór nad bieżącą sprawozdawczością oraz opracowaniem sprawozdań okresowych i rocznych;
- 9) nadzór nad właściwym wyposażeniem w sprzęt i leki;
- 10) analiza skarg i wniosków dotyczących działalności Izby Przyjęć;
- 11) udział w naradach organizowanych przez dyrekcję Centrum;
- 12) organizowanie odpraw informacyjno-szkoleniowych z podległym personelem;
- 13) współpraca z kierownikami komórek organizacyjnych Centrum.

§ 109

1. Lekarz Dyżurny Izby Przyjęć jest odpowiedzialny za sprawne funkcjonowanie Izby Przyjęć pod względem medycznym, administracyjnym i gospodarczym.
2. Obowiązkiem Lekarza Izby Przyjęć w zakresie opieki nad pacjentem w Izbie Przyjęć jest:
 - 1) zbadać każdego pacjenta, który zgłosił się w Izbie Przyjęć;
 - 2) zbadać każdego pacjenta, który zgłosił się na leczenie szpitalne ze skierowaniem;
 - 3) w przypadku zgłoszenia się pacjenta bez skierowania, po zbadaniu pacjenta podjąć decyzję:
 - a) konieczności wezwania konsultanta,
 - b) konieczności umieszczenia w szpitalu,
 - c) możliwości odmowy leczenia;
 - 4) w przypadku kiedy pacjent wymaga leczenia szpitalnego a hospitalizacja jest niemożliwa, Lekarz Dyżurny Izby Przyjęć powinien skierować pacjenta do odpowiedniego szpitala;
 - 5) udzielić doraźnej pomocy i wskazówek rodzinie lub opiekunom co do dalszego postępowania z pacjentem nie wymagającym leczenia szpitalnego, wydać kartę informacyjną, wpisać do książki odmów rozpoznanie i przyczynę odmowy;
 - 6) w przypadku zaplanowanej operacji uzyskać od pacjenta lub rodziny wyrażenie zgody pisemnej na dokonanie operacji;
 - 7) w przypadku stwierdzenia u pacjenta choroby zakaźnej innej niż gruźlica, wymagającej hospitalizacji, powinien porozumieć się ze szpitalem zakaźnym i odesłać pacjenta zapewniając mu transport;
 - 8) w razie zagrożenia życia wezwać zespół reanimacyjny i równocześnie rozpocząć działania resuscytacyjne.
3. Ponadto Lekarz Dyżurny Izby Przyjęć nadzoruje czynności związane z przyjęciem pacjenta i dba o prawidłowe, sprawne funkcjonowanie przyjęć pacjenta do szpitala.
4. Lekarz Dyżurny ma obowiązek zgłaszania o istotnych faktach (pożar, wypadek i inne), które wydarzyły się na dyżurze, dyrekcji Centrum oraz odpowiednim służbom, a także opisać te zdarzenia w raporcie lekarskim.
5. Lekarz Dyżurny Izby Przyjęć wykonuje inne czynności wiążące się z jego działalnością a nie objęte niniejszym zakresem, jeżeli zostaną zlecone przez kierownika Izby Przyjęć lub Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych.
6. Lekarz Dyżurny Izby Przyjęć w godz. od 15.00 do 8.00 oraz w dni świąteczne i wolne od pracy, zastępuje Dyrektora Naczelnego Centrum.

§ 110

Zadania pielęgniarki koordynującej i nadzorującej odpowiadają zadaniom pielęgniarki oddziałowej oddziału szpitalnego.

§ 111

1. Pielęgniarka Izby Przyjęć podlega w wykonywaniu swoich czynności fachowych pielęgniarce koordynującej i nadzorującej oraz lekarzowi dyżurnemu.
2. Pielęgniarka Izby Przyjęć zastępuje Z-cę Dyrektora ds. Pielęgniarstwa poza godzinami jego pracy.
3. Realizuje pełno profilową opiekę pielęgniarską wynikającą z celów i zadań Izby Przyjęć.
4. Zapewnia kompleksową opiekę pielęgniarską osobom zwracającym się o pomoc do Izby Przyjęć.
5. Dokonuje wstępnej oceny problemów pacjenta.
6. Określa priorytety działań i celów interwencji pielęgniarskiej stosownie do stanu pacjenta.
7. Dokonuje wyboru najwłaściwszych działań zgodnych z aktualnym poziomem wiedzy pielęgniarskiej oraz możliwościami organizacyjnymi i sprzętowymi Izby Przyjęć.
8. Organizuje sprawne przyjęcie chorego do oddziałów zgodnie z przyjętymi procedurami.
9. Zakłada obowiązującą dokumentację chorego.
10. Wykonuje wg zasad i we właściwym czasie zlecenia lekarskie oraz potwierdza ich wykonanie w dokumentacji.
11. Informuje (stosownie do stanu psychicznego i poziomu intelektualnego pacjenta) o celowości zleceń i zabiegów pielęgnacyjno-leczniczych oraz sposobie postępowania i zachowania się w trakcie badań diagnostycznych i leczenia.
12. Zapewnia bezpieczeństwo psychofizyczne pacjentom do czasu przekazania pacjenta do oddziału.
13. Udziela i organizuje pierwszą pomoc w stanach zagrożenia życia oraz w sytuacjach kryzysowych w Izbie Przyjęć.
14. Zabezpiecza leki i środki dezynfekujące zgodnie z obowiązującymi przepisami.

15. Utrzymuje w należytym stanie i gotowości narzędzia, sprzęt i aparaturę niezbędną do udzielenia pierwszej pomocy.
16. Informuje o zasadach funkcjonowania oddziałów, trybie przyjęć, prawach i obowiązkach pacjenta.
17. Współdziała w sprawowaniu nadzoru nad jakością pracy personelu pomocniczego zatrudnionego w Izbie Przyjęć.

Dział Dokumentacji Medycznej i Rejestracji Chorych

§ 112

1. Dział Dokumentacji Medycznej i Rejestracji Chorych podlega bezpośrednio Kierownikowi Izby Przyjęć.
2. W skład Działu wchodzi następujące stanowiska pracy:
 - 1) stanowiska pracy ds. rejestracji chorych;
 - 2) stanowiska pracy ds. statystyki medycznej;
 - 3) stanowiska pracy ds. dokumentacji archiwalnej;
 - 4) stanowisko pracy ds. transportu sanitarnego.
3. Do zadań Działu Dokumentacji Medycznej i Rejestracji Chorych należy prowadzenie dokumentacji związanej z przyjęciem, pobytem i wypisem chorego ze szpitala, a w szczególności:
 - 1) prowadzenie księgi głównej chorych i innych ksiąg pomocniczych;
 - 2) archiwum medyczne;
 - 3) korespondencji dotyczącej pobytu chorego w szpitalu (np. wystawianie zaświadczeń o pobycie, wykonywanie odpisów dokumentacji, pobieranie za nie opłat, itp.);
 - 4) rejestracja udzielanych świadczeń medycznych zgodnie z zawartym kontraktem i pozalimitowych;
 - 5) przekazywanie do właściwych organów administracji terenowej służby zdrowia, zgłoszeń dotyczących przyjęcia do szpitala pacjentów z chorobą zakaźną, nowotworową, zawodową itp., zgodnie z obowiązującymi przepisami;
 - 6) ustalanie w przypadkach wątpliwych tożsamości chorego przyjętego do szpitala oraz współpraca z pracownikiem socjalnym;
 - 7) rejestracja zgonów;
 - 8) sporządzanie sprawozdań z wykonanych świadczeń zdrowotnych dla NFZ;
 - 9) nadzorowanie prawidłowego wypełniania przez oddziały historii chorób i innej dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami w przypadku stwierdzonych nieprawidłowości zwrot dokumentacji do uzupełnienia;
 - 10) terminowe sporządzanie obowiązujących sprawozdań o ruchu chorych;
 - 11) sporządzenie komputerowej bazy danych statystyczno-analitycznej działalności szpitala;
 - 12) czuwanie nad zachowaniem tajemnicy lekarskiej zawartej w dokumentacji pacjenta;
 - 13) zbieranie i przetwarzanie danych statystycznych z pracy szpitala i poradni oraz terminowe opracowanie obowiązujących sprawozdań;
 - 14) prowadzenie dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej:
 - a) sporządzenie i podpisywanie dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej polega na zapisaniu sekwencji danych na informatycznym nośniku danych i podpisaniu tych danych w formie podpisu elektronicznego,
 - b) dla oznaczenia daty sporządzenia dokumentu, złożenia podpisu na dokumencie, oraz w celu zachowania chronologii wpisów w dokumentacji zbiorczej wewnętrznej stosuje się znaczniki czasu.
4. Szczegółowe zasady prowadzenia dokumentacji medycznej regulują przepisy zawarte w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r., w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U z 2010 r. Nr 252, poz. 1697 z późn. zm.).
5. Ścisła współpraca z Izbą Przyjęć oddziałami i innymi komórkami organizacyjnymi Centrum.
6. Za udostępnienie dokumentacji medycznej w sposób określony w art.28 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r., o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2009 Nr 52, poz. 417 z późn. zm.) Centrum pobiera opłatę. Tryb i zasady pobierania opłaty zostały określone w Rozdziale VI niniejszego Regulaminu.
7. Działem kieruje koordynator.
8. Do obowiązków Koordynatora Działu Dokumentacji i Rejestracji Chorych należy w szczególności:
 - 1) nadzorowanie prawidłowego prowadzenia księgi głównej chorych i innej dokumentacji związanej z pobytem chorego w szpitalu;
 - 2) przekazywanie do właściwych organów zgłoszeń dotyczących przyjętych do szpitala chorych z chorobą gruźlicy, nowotworową itp., zgodnie z obowiązującymi przepisami;
 - 3) ustalenie w porozumieniu z pracownikiem socjalnym w przypadkach wątpliwych tożsamości chorych przyjętych do szpitala;
 - 4) nadzór nad pracą dyspozytora transportu sanitarnego;
 - 5) przestrzeganie właściwego przechowywania i rozliczania druków dotyczących zaświadczeń o czasowej niezdolności do pracy, blankietów recept;
 - 6) nadzorowanie prawidłowego terminowego sporządzania obowiązujących sprawozdań do Narodowego Funduszu Zdrowia, Ministerstwa Zdrowia, PZH itp.;

- 7) nadzorowanie prowadzenia korespondencji dotyczącej pobytu chorego w szpitalu, a w szczególności udostępniania dokumentacji medycznej osobom fizycznym i prawnym zgodnie z obowiązującymi przepisami;
- 8) kontrola przyjmowanych kart historii chorób, przekazywanych przez oddziały w dniu wypisania pacjentów;
- 9) nadzorowanie prowadzenia archiwum medycznego;
- 10) czuwanie nad zachowaniem tajemnicy lekarskiej zawartej w dokumentacji medycznej.

Blok Operacyjny

§ 113

1. Blok Operacyjny organizacyjnie wchodzi w skład Oddziału Chirurgii Klatki Piersiowej.
2. Pracą bloku kieruje Kierownik Bloku Operacyjnego, który podlega Ordynatorowi/lekarzowi kierującemu Oddziałem Chirurgii Klatki Piersiowej.
3. Do obowiązków Kierownika Bloku Operacyjnego należy:
 - 1) nadzór nad całością pracy bloku;
 - 2) dbanie o należyte zaopatrzenie i konserwację aparatury, sprzętu i materiału operacyjnego;
 - 3) ustalanie planu operacji;
 - 4) kontrola sprawności aparatury oraz sterylności materiałów i sprzętu operacyjnego;
 - 5) kontrola dokumentacji i sprawozdawczości operacyjnej.

§ 114

1. Blok Operacyjny powinien być utrzymany w stanie stałego pogotowia operacyjnego i tak zorganizowany, aby personel, aparatura oraz zestawy operacyjne z narzędziami, bielizną chirurgiczną i materiałami opatrunkowymi były przygotowane do wykonania operacji o każdej porze.
2. Pomieszczenia bloku operacyjnego powinny być utrzymywane w stanie wzorowej czystości i porządku, zgodnie z obowiązującymi przepisami. Po zakończonej operacji bieliznę chirurgiczną należy przesłać do pralni, a narzędzia i sprzęt do sterylizacji.

§ 115

1. Aparaturę i zestawy operacyjne przechowuje się w odpowiednich pomieszczeniach, starannie konserwowane i chronione przed zniszczeniem.
2. Zawartość zestawów operacyjnych z narzędziami, bielizną chirurgiczną i materiałami opatrunkowymi przygotowanymi do operacji, powinna być ściśle przeliczona i ewidencjonowana. Zestawów operacyjnych nie wolno wynosić i używać poza blokiem operacyjnym.
3. Personel bloku operacyjnego jest zobowiązany do noszenia ubrania i obuwia przeznaczonego do pracy w bloku.

§ 116

1. W czasie trwania operacji, cały personel znajdujący się w sali operacyjnej jest podporządkowany w sprawach dotyczących przeprowadzania zabiegu lekarzowi operującemu, a w sprawach ogólnego postępowania i bezpieczeństwa życia i zdrowia operowanego anestezjologowi.
2. Wstęp do sali operacyjnej w czasie operacji, poza zespołem operującym ma personel medyczny, który uzyskał zezwolenie lekarzy odpowiedzialnych za przebieg operacji.
3. Operacje odbywają się według ustalonego planu, który umieszczony jest na tablicy operacyjnej i zawiera:
 - 1) godzinę rozpoczęcia zabiegu;
 - 2) numer sali, w której będzie się odbywał zabieg;
 - 3) imię i nazwisko pacjenta;
 - 4) wiek i wagę;
 - 5) nazwę oddziału, z którego jest pacjent;
 - 6) rodzaj i nazwę operacji;
 - 7) skład zespołu operacyjnego.
4. Wszelkie zmiany w planie operacyjnym mogą nastąpić wyłącznie za zgodą kierownika bloku operacyjnego lub ordynatora/lekarza kierującego oddziałem, z którego jest pacjent, w porozumieniu z lekarzem anestezjologiem.
5. W bloku operacyjnym, a szczególnie w sali operacyjnej w czasie trwania operacji obowiązuje bezwzględna cisza.

§ 117

1. W bloku operacyjnym należy prowadzić dokumentację wykonanych zabiegów w księdze operacyjnej, według obowiązujących przepisów.
2. Dokładne sporządzenie opisów operacyjnych powinno nastąpić bezpośrednio po zakończeniu operacji.
3. Opisy operacyjne sporządza lekarz operujący.
4. Koordynatorem karty okołoperacyjnej jest pielęgniarka instrumentariuszka.

§ 118

Personel bloku operacyjnego jest zobowiązany zachować w tajemnicy służbowej przebieg zabiegu operacyjnego.

§ 119

Zadania pielęgniarki oddziałowej bloku odpowiadają zadaniom pielęgniarki oddziałowej oddziału.

§ 120

1. Pielęgniarka instrumentariuszka podlega bezpośrednio pielęgniarce oddziałowej bloku operacyjnego.
2. Do obowiązków instrumentariuszki należy każdorazowe przygotowanie sali operacyjnej do zabiegu operacyjnego i instrumentowania w czasie trwania tego zabiegu.
3. W szczególności instrumentariuszka jest zobowiązana:
 - 1) sprawdzić liczbę narzędzi i materiałów przed rozpoczęciem i po zakończeniu operacji;
 - 2) przygotować i podawać właściwe narzędzia chirurgiczne, leki, płyny i materiały opatrunkowe;
 - 3) przygotować sterylne narzędzia, bieliznę i materiały potrzebne do zabiegu operacyjnego;
 - 4) nadzorować ułożenie chorego na stole operacyjnym i przeniesienia chorego ze stołu operacyjnego po operacji;
 - 5) dokładnie umyć, wysuszyć, ułożyć i oddać do sterylizacji narzędzia chirurgiczne po zakończeniu zabiegów operacyjnych.
4. Instrumentariuszka jest obowiązana nosić w czasie pracy ustaloną odzież ochronną oraz zachować higienę osobistą.
5. Instrumentariuszka jest obowiązana wykonywać polecenia kierownika bloku operacyjnego, ordynatora/lekarza kierującego oddziałem, lekarzy operujących oraz pielęgniarki oddziałowej nie objęte niniejszym zakresem czynności a wynikające z pracy bloku operacyjnego.

Apteka Szpitalna

§ 121

1. Apteka jest komórką organizacyjną wchodzącą w skład Centrum.
2. W skład struktury organizacyjnej apteki wchodzi:
 - 1) ekspedycja leków;
 - 2) izba recepturowa zewnętrzna;
 - 3) izba recepturowa wewnętrzna;
 - 4) pracownia aseptycznego przygotowania leków;
 - 5) pracownia leku cytostatycznego;
 - 6) pomieszczenia magazynowe w tym:
 - a) leków gotowych,
 - b) materiałów opatrunkowych,
 - c) materiałów łatwopalnych,
 - d) wyrobów medycznych;
3. W skład personelu apteki wchodzi:
 - 1) farmaceuci;
 - 2) technicy;
 - 3) stanowiska administracyjne i pomocnicze.
4. Aptekę kieruje kierownik.
5. Do zadań kierownika apteki należy:
 - 1) organizacja i nadzór pracy podległego personelu;
 - 2) odpowiedzialność za prawidłowe realizowanie zadań apteki.

§ 122

Ramowe zadania apteki:

- 1) zamawianie, przyjmowanie i zaopatrywanie komórek organizacyjnych Centrum w leki, artykuły sanitarne, środki dezynfekcyjne zgodnie z ustawą o zamówieniach publicznych i obowiązującymi przepisami wewnętrznymi Centrum wydanymi na podstawie tejże ustawy:
 - a) kontrola prawidłowości wypisywanych leków (nazwa, dawka, postać, ilość itp.),
 - b) wyjaśnienie niejasności z oddziałami;
- 2) opisywanie receptariuszy (przygotowanie etykiet), dla receptury wewnętrznej, zewnętrznej i magazynu opatrunkowego;
- 3) wykonywanie leków recepturowych:
 - a) proszków złożonych i prostych na łożo tzw. suchej oraz mikstur na łożo tzw. mokrej (leki wewnętrzne),
 - b) przygotowanie leków zewnętrznych (maści, czopki, płyny itp.),
 - c) wykonywanie recepturowych leków zapasowych (podłoża maściowe, krople do użytku wewnętrznego i inne),
 - d) fasowanie spirytusów,
 - e) prowadzenie książek laboratoryjnych,
 - f) produkcja kropli ocznych w boksie;
- 4) przygotowywanie leków gotowych na oddziały wg. receptariuszy (magazyn leków gotowych);
- 5) kontrolowanie przygotowanych leków (ekspedycja);
- 6) uzupełnianie przygotowanych i sprawdzonych „apteczek” oddziałowych wg. receptariuszy w leki;
- 7) nadzór nad prawidłowym rozprowadzaniem leków na oddziały wg. tygodniowego harmonogramu pracy, szczególnie nadzór nad lekami psychotropowymi i spirytusem;

- 8) przechowywanie i magazynowanie w/w artykułów oraz utrzymywanie właściwych zapasów środków farmaceutycznych i artykułów sanitarnych;
- 9) uzupełnianie zapasów bieżących /podręcznych/ w leki z magazynów - wypisywanie braków;
- 10) przyjmowanie dostaw - kontrola jakości i ilości otrzymanych leków wg. faktur;
- 11) właściwe zabezpieczanie przechowywanych leków silnie działających, psychotropowych, odurzających oraz alkoholu etylowego;
- 12) realizowanie otrzymywanych z Instytutu Nadzoru Farmaceutycznego komunikatów wstrzymań i wycofań leków:
 - a) kontrola własna magazynów aptecznych, eliminacja serii leków wstrzymanych lub wycofanych,
 - b) rozsyłanie zweryfikowanych komunikatów na oddziały w celu wyeliminowania leków wg. komunikatu z apteczek oddziałowych;
- 13) comiesięczne kontrolowanie stanów w magazynie leków reglamentowanych;
- 14) udział w posiedzeniach Komitetu Terapeutycznego opracowującego kolejne wydania Szpitalnej Listy Leków;
- 15) obsługa darów:
 - a) prowadzenie dokumentacji przyjęcia,
 - b) prowadzenie kartotek rozchodu darów na oddziały,
 - c) fasowanie - dostosowanie wielkości opakowań do potrzeb oddziałów;
- 16) przyrządzanie we własnym zakresie leków recepturowych oraz koncentratów płynów infuzyjnych i innych;
- 17) kontrola tożsamości i jakości leków w oddziałach szpitala, poradniach specjalistycznych i gabinetach diagnostycznych;
- 18) przyjmowanie z oddziałów do zniszczenia przeterminowanych leków odurzających oraz opracowywanie protokołów zniszczenia (powołanie komisji w porozumieniu z Nadzorem Farmaceutycznym);
- 19) rejestrowanie specyfikacji towarowych i korygujących, prowadzenie w Aptece dokumentacji obrotu lekiem;
- 20) przygotowywanie sprawozdań miesięcznych oraz rocznych dotyczących kosztów leczenia poniesionych przez poszczególne oddziały szpitalne;
- 21) przekazywanie specyfikacji, rachunków i sprawozdań do księgowości;
- 22) prowadzenie archiwum Apteki (recepty, faktury, kartoteki itp.);
- 23) przestrzeganie zakazu przyjmowania z oddziałów zwrotów leków, pełnowartościowych do ponownego ich wykorzystania (w ramach oszczędności). Do Apteki należy jedynie ich rejestracja na podstawie zgłoszeń pisemnych i telefonicznych (przesunięcia leków między oddziałami gruźliczymi i niegruźliczymi);
- 24) czuwanie nad realizacją zaleceń pokontrolnych stacji Sanitarno-Epidemiologicznej dotyczących jakości wody wodociągowej oraz stałe kontrolowanie w Instytucie Leków jakości wody destylowanej (skład chemiczny czystość mikrobiologiczna);
- 25) podnoszenie kwalifikacji własnych personelu Apteki;
- 26) możliwość organizowania i prowadzenia w Aptece w ramach stażu podyplomowego szkoleń dla absolwentów wyższych i średnich szkół farmaceutycznych.

Pion Zastępcy Dyrektora ds. Pielęgniarstwa

Pielęgniarka Oddziałowa

§ 123

1. Pielęgniarka oddziałowa podlega służbowo i funkcjonalnie Z-cy Dyrektora ds. Pielęgniarstwa, a w zakresie wykonywanych czynności diagnostycznych i leczniczych ordynatorowi/lekarzowi kierującemu oddziałem.
2. Pielęgniarka oddziałowa jest odpowiedzialna za zagwarantowanie kompleksowej i ciągłej opieki pielęgniarskiej pacjentom hospitalizowanym w oddziale.
3. Pielęgniarka oddziałowa ma prawo doboru swoich bezpośrednich pracowników a także prawo oceny ich pracy z możliwością wystąpienia do Z-cy Dyrektora ds. Pielęgniarstwa o nagrodę bądź karę.
4. Pielęgniarka oddziałowa wykonuje swoje obowiązki zgodnie z obowiązującymi przepisami o zawodzie pielęgniarki i przyjętymi zasadami etyki zawodowej i egzekwuje przestrzeganie tychże przepisów przez podległych jej pracowników.
5. Pielęgniarka oddziałowa odpowiada za prawidłowe funkcjonowanie oddziału pod względem merytorycznym, administracyjnym i gospodarczym, a w szczególności za powierzony majątek.

§ 124

1. Do zadań Pielęgniarki Oddziałowej w szczególności należy:
 - 1) zapewnienie kompleksowe, całodobowe świadczeń pielęgniarskich nad pacjentem;
 - 2) stworzenie warunków organizacyjno-technicznych do wykonywania zadań w oddziale;
 - 3) organizowanie pracy pielęgniarek i dobór prawidłowych metod postępowania pielęgniacyjnego stosownie do kwalifikacji personelu i stanu zdrowia pacjenta, ustalonego planu leczenia oraz wyposażenia oddziału;
 - 4) monitorowanie i ocena jakości pracy pielęgniarskiej;
 - 5) ustalanie podziału obowiązków, odpowiedzialności i uprawnień zgodnie z kwalifikacjami i umiejętnościami podległego personelu;
 - 6) zapewnienie prawidłowego obiegu informacji w zespole;
 - 7) planowanie szkoleń wewnątrzoddziałowych;
 - 8) przeprowadzanie okresowej oceny podległego personelu;
 - 9) prowadzenie bieżącej kontroli wykonywanych zadań;
 - 10) udzielanie porad pielęgniarkom w sprawach pielęgnowania pacjentów;
 - 11) przeprowadzanie okresowej kontroli na dyżurach popołudniowych, nocnych oraz w dni wolne od pracy w zakresie zadań wykonywanych przez podległy personel;
 - 12) prowadzenie i nadzór nad prawidłową gospodarką lekami;
 - 13) dbanie o prawidłowy stan higieniczno-sanitarny oddziału oraz przestrzeganie przepisów BHP i ppoż;
 - 14) nadzorowanie żywienia pacjentów;
 - 15) nadzór nad przestrzeganiem praw pacjenta;
 - 16) nadzór nad dokumentacją medyczną sporządzaną przez podległy personel;
 - 17) rozliczanie czasu pracy.

- 2) współpraca z lekarzem epidemiologiem;
- 3) identyfikacja i rejestracja przypadków zakażeń wewnątrzszpitalnych;
- 4) wdrażanie działań obniżających ryzyko występowania zakażeń wewnątrzszpitalnych u pacjentów i pracowników;
- 5) edukacja wszystkich pracowników w zakresie zapobiegania i kontroli zakażeń;
- 6) współpraca z ordynatorami/lekarzami kierującymi oddziałem, pielęgniarkami oddziałowymi i kierownikami wszystkich komórek organizacyjnych w celu podnoszenia standardów opieki i kontroli stanu epidemiologiczno-sanitarnego Centrum.

Pielęgniarka ds. Promocji Zdrowia

§ 127

Do zadań szczególnych Pielęgniarki ds. Promocji Zdrowia należy:

- 1) promowanie zdrowego stylu życia i warunków im sprzyjających wśród pacjentów i personelu;
- 2) dostarczanie informacji, wiedzy i umiejętności niezbędnych dla zachowania zdrowia;
- 3) udział w programach dotyczących promocji zdrowia;
- 4) prowadzenie edukacji pro zdrowotnej w środowisku pracy;
- 5) współpraca z lokalnym samorządem i mediami w zakresie polityki promującej zdrowie.

Sekcja Żywienia

§ 128

1. Do zadań Sekcji należy wykonywanie wszystkich czynności związanych z prawidłowym żywieniem pacjentów a w szczególności:
 - 1) kontrolowanie wszystkich zobowiązań dotyczących żywienia chorych, a zawartych w umowie;
 - 2) ścisła współpraca z ordynatorami/lekarzami kierującymi oddziałem, lekarzami i pielęgniarkami oddziałowymi w zakresie opracowywania diet specjalnych;
 - 3) prowadzenie poradnictwa dietetycznego na zlecenie lekarzy;
 - 4) kontrola planowanych jadłospisów dekadowych;
 - 5) kontrola zgodności (ilości) zapotrzebowanych posiłków przez oddziały szpitalne z faktyczną liczbą chorych w oddziale oraz kontrola gramatury porcji i walorów organoleptycznych;
 - 6) współpraca z Działem Dokumentacji Medycznej i Rejestracji Chorych.
2. Sekcja żywienia podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Pielęgniarstwa.
3. W skład sekcji wchodzi stanowiska pracy ds. zamówień, kontroli i rozliczeń żywienia chorych.

Pion Zastępcy Dyrektora ds. Administracyjno-Technicznych

Dział Administracyjno-Gospodarczy

§ 129

Dział zapewnia obsługę administracyjno-gospodarczą Centrum zgodnie z potrzebami pionu działalności podstawowej, a w szczególności:

- 1) realizacja umów dotyczących zadań działu;
- 2) zapewnienie właściwego stanu sanitarno-higienicznego, porządku, czystości na terenach działania Centrum i w bezpośrednim otoczeniu oraz w pomieszczeniach i obiektach gospodarczych i administracyjnych;
- 3) przeprowadzanie okresowej deratyzacji;
- 4) zapewnienie właściwej ochrony mienia Centrum przed włamaniem i kradzieżą;
- 5) zabezpieczenie potrzeb Centrum w zakresie transportu gospodarczego;
- 6) rozliczanie kosztów usług pralniczych;
- 7) nadzór nad racjonalną i oszczędną gospodarką materiałową;
- 8) zapewnienie czystej bielizny dla oddziałów szpitalnych i innych komórek organizacyjnych;
- 9) organizacja i nadzór pracy: centrali telefonicznej (rozliczanie rozmów) portierni, pracowników gospodarczych obsługa wind i szatni;
- 10) administrowanie zasobami mieszkaniowymi Centrum;
- 11) prowadzenie kartotek odzieżowych;
- 12) sporządzanie okresowych sprawozdań zgodnie z obowiązującymi przepisami o sprawozdawczości;
- 13) prowadzenie zakładowego archiwum i składnicy akt;
- 14) prowadzenie rejestru gruntów Centrum oraz nadzór nad mieniem powierzonym przez samorząd województwa mazowieckiego;
- 15) prowadzenie spraw związanych z majątkiem Centrum (podatki, ubezpieczenia itp.).

§ 130

1. W skład Działu wchodzi:
 - 1) stanowiska pracy ds. administracyjnych;
 - 2) stanowiska pracy ds. gospodarczych;
 - 3) stanowiska pracy ds. transportu gospodarczego;
 - 4) stanowisko pracy ds. archiwum niemedyceznego.
2. Kierownik Działu Administracyjno-Gospodarczego kieruje pracą w dziale w tym nadzoruje:
 - 1) administrowanie pomieszczeniami Centrum;
 - 2) realizację obsługi pralniczej;
 - 3) obsługę gospodarczą;
 - 4) obsługę w zakresie ochrony Centrum;
 - 5) obsługę w zakresie gospodarki odpadami w tym odpadami niebezpiecznymi;
 - 6) prowadzenie archiwum zakładowego;
 - 7) utrzymanie czystości na terenie wokół szpitala;
 - 8) transport gospodarczy Centrum.
3. Kierownik Działu Administracyjno-Gospodarczego sporządza sprawozdania z zakresu ochrony środowiska oraz prowadzi korespondencję w zakresie swoich kompetencji.

Dział Zamówień Publicznych i Przetargów

§ 131

1. Do zadań Działu Zamówień Publicznych i Przetargów należy zapewnienie dostaw materiałów i sprzętu niezbędnego do wykonywania zadań statutowych Centrum z uwzględnieniem procedur przewidzianych ustawą o zamówieniach publicznych, a w szczególności:
 - 1) planowanie zakupu materiałów w oparciu o analizę ich zużycia oraz w oparciu o dane uzyskane od zlecającego postępowanie przetargowe;
 - 2) współdziałanie z Urzędem Zamówień Publicznych w zakresie metodyki i organizacji procedur zamówień publicznych;
 - 3) organizacja procedur przetargowych lub innych form udzielania zamówień publicznych i przetargów organizowanych w oparciu o Kodeks Postępowania Cywilnego;
 - 4) sporządzanie wniosków o akceptację wyników procedur przetargowych;
 - 5) organizacja dostaw, w tym transportu, ubezpieczenia oraz załatwianie formalności celno-podatkowych;
 - 6) przeprowadzanie kontroli wykonywania przez dostawców /wykonawców/ zawartych umów;
 - 7) kontrola zagospodarowania dostarczonego odbiorcom sprzętu i aparatury medycznej;
 - 8) utrzymanie właściwego poziomu zapasów i rytmiki dostaw;
 - 9) upływnianie zapasów zbędnych i nadmiernych;
 - 10) prowadzenie wymaganej przepisami dokumentacji:
 - a) prowadzenie zakładowego rejestru oferentów,

- b) przechowywanie atestów i certyfikatów dopuszczających do stosowania w jednostkach służby zdrowia sprowadzonych materiałów,
- c) przygotowywanie raportów z udzielanych zamówień niezbędnych dla celów sprawozdawczych i kontrolnych.

§ 132

1. W skład Działu wchodzi:
 - 1) stanowisko pracy ds. organizacji przetargów;
 - 2) stanowiska pracy ds. realizacji kontraktów i dostaw;
 - 3) stanowiska pracy ds. obsługi magazynu.
2. Działem kieruje kierownik.
3. Do zadań Kierownika działu należy:
 - 1) organizacja, koordynacja i nadzór nad powierzonymi zadaniami;
 - 2) przygotowywanie dokumentacji przetargowych zgodnie z Ustawą Prawo Zamówień Publicznych, ze szczególnym uwzględnieniem kompletności, poprawności i terminów;
 - 3) przygotowanie projektu planu udzielania zamówień publicznych na roboty budowlane, dostawy oraz usługi;
 - 4) publikacja ogłoszenia o planowanych zamówieniach publicznych w Biuletynie Zamówień Publicznych i Dzienniku Urzędowym Wspólnot Europejskich;
 - 5) zapewnienie obsługi prac Komisji Przetargowej;
 - 6) przechowywanie dokumentacji zamówień publicznych;
 - 7) zaopatrywanie Centrum w artykuły niezbędne do jego prawidłowego funkcjonowania zgodnie z obowiązującym w Centrum Regulaminem Postępowania o Zamówienie Publiczne.

Dział Techniczno-Energetyczny

§ 133

1. Do zadań Działu Techniczno-Energetycznego należy zapewnienie warunków technicznych dla racjonalnej gospodarki obiektami budowlanymi, aparaturą medyczną, sprzętem gospodarczym, urządzeniami i instalacjami energetycznymi oraz inną infrastrukturą techniczną Centrum.
2. Ponadto do zadań działu w szczególności należy:
 - 1) nadzór nad urządzeniami kotłowni, instalacją CO i wodno-kanalizacyjnej wewnętrznej i zewnętrznej;
 - 2) nadzór i prowadzenie niezbędnej konserwacji urządzeń i sprzętu;
 - 3) planowanie remontów kapitalnych i bieżących budynków w oparciu o zgłoszone potrzeby i protokoły okresowych przeglądów budowli;
 - 4) zlecenie wykonania dokumentacji technicznej (projektowo-kosztorysowej) niezbędnej do planowej gospodarki remontowej;
 - 5) sprawdzanie paszportyzacji, napraw i ewidencji sprzętu medycznego;
 - 6) nadzór, konserwacja, drobne naprawy urządzeń i instalacji elektrycznych oraz nadzór nad stacjami trafo, liniami W.N. i N.N. jak również instalacją oświetleniową wewnętrzną i zewnętrzną;
 - 7) zapewnienie sprawnej łączności teleinformatycznej wewnętrznej i zewnętrznej;
 - 8) nadzór nad instalacją gazów medycznych, wentylacji mechanicznej i klimatyzacji.

§ 134

1. W skład Działu wchodzi:
 - 1) stanowiska ds. obsługi energetyki cieplnej i sieci wodno-kanalizacyjnej;
 - 2) stanowiska ds. obsługi elektrycznej;
 - 3) stanowiska ds. obsługi ogólnobudowlanej;
 - 4) stanowisko ds. obsługi teleinformatycznej;
 - 5) stanowisko ds. obsługi sprzętu medycznego;
 - 6) stanowisko ds. obsługi gazów medycznych.
2. Kierownik Działu Techniczno-Energetycznego kieruje pracą działu, w tym nadzoruje sprawowanie obsługi, konserwacji i eksploatacji urządzeń grzewczych, elektrycznych, gazów medycznych, wentylacji mechanicznej i klimatyzacji stanowiących wyposażenie Centrum poprzez:
 - 1) przygotowanie kosztorysów i opinii technicznych do konkretnych przedsięwzięć remontowo-budowlanych;
 - 2) sporządzanie planów konserwacji urządzeń, sprzętu, aparatury medycznej, technicznej, ich napraw i remontów;
 - 3) przeprowadzanie napraw i remontów obiektów Centrum;
 - 4) prowadzenie paszportów technicznych aparatury, sprzętu medycznego i innego sprzętu wymagającego ścisłego nadzoru;
 - 5) sporządzanie wykazu aparatury, sprzętu medycznego znajdującego się w Centrum oraz gromadzenie dokumentacji technicznej, w tym atestów/ certyfikatów tych urządzeń;
 - 6) konserwację i naprawę obiektów infrastruktury technicznej Centrum oraz utrzymanie obiektów Centrum w stanie sprawności techniczno-eksploatacyjnej.

3. Planowanie i wnioskowanie w sprawie przedsięwzięć dotyczących robót budowlanych.

Samodzielne Stanowisko ds. Ochrony Przeciwpowarowej

§ 135

1. Do obowiązków Inspektora ds. Ochrony Przeciwpowarowej należy m.in.:

- 1) przeprowadzanie kontroli zabezpieczenia przeciwpowarowego w zajmowanych przez Centrum pomieszczeniach, obiektach i terenach;
- 2) przeprowadzanie kontroli przestrzegania przez pracowników przepisów i poleceń jednostek nadrzędnych, dotyczących ochrony przeciwpowarowej oraz zarządzeń i regulaminów wewnętrznych;
- 3) zgłaszanie Z-cy Dyrektora ds. Administracyjno-Technicznych stwierdzonych zagrożeń powarowych wraz z wnioskami zmierzającymi do usuwania tych zagrożeń;
- 4) udział w kontrolach prowadzonych przez organy ochrony przeciwpowarowej i jednostkę nadrzędną;
- 5) planowanie potrzeb w zakresie wyposażenia pomieszczeń, obiektów i terenów w podręczny sprzęt gaśniczy i urządzenia przeciwpowarowe;
- 6) zapewnienie wyposażenia budynków i pomieszczeń w podręczny sprzęt gaśniczy oraz przestrzeganie terminów atestacji sprzętu oraz wnioskowanie o jej wykonanie;
- 7) opracowywanie i wprowadzanie w życie instrukcji bezpieczeństwa powarowego oraz planów ewakuacyjnych na wypadek zagrożenia życia pacjentów i personelu a dotyczących zajmowanych przez Centrum terenów, budynków i pomieszczeń;
- 8) opracowywanie i ustalanie treści: instrukcji, tablic, znaków informacyjnych dotyczących bezpieczeństwa powarowego oraz umieszczanie ich w stosownych miejscach przy współudziale kierowników działów: administracyjno-gospodarczego i technicznego;
- 9) udział w pracach komisji: powarowo- technicznej i BHP;
- 10) udział w komisjach odbioru robót budowlanych;
- 11) organizowanie i przeprowadzanie raz do roku szkoleń praktycznych przeciwpowarowych dla pracowników Centrum.

2. Inspektor ds. Ochrony PPOŻ. współpracuje z:

- 1) Działem Kadr w zakresie organizowania szkoleń pracowników z zakresu ochrony p/poż;
- 2) Powiatową Komendą Straży Powarnej w zakresie zabezpieczenia przeciwpowarowego budynków, pomieszczeń i terenów;
- 3) Inspektorem ds. Obronnych Centrum;
- 4) Działem Techniczno-Energetycznym oraz z Działem Administracyjno-Gospodarczym w zakresie utrzymania i zapewnienia bezpieczeństwa ppoż;
- 5) Inspektorem ds. Kontroli Wewnętrznej.

3. Inspektor ds. Ochrony PPOŻ. uprawniony jest do:

- 1) przeprowadzania kontroli stanu ochrony przeciwpowarowej oraz przestrzegania przepisów i zasad w tym zakresie na wszystkich stanowiskach pracy Centrum;
- 2) występowania do kierowników komórek organizacyjnych Centrum z zaleceniami usunięcia stwierdzonych zagrożeń i uchybień w zakresie ochrony przeciwpowarowej;
- 3) występowania do Z-cy Dyrektora ds. Administracyjno-Technicznych z wnioskami o:
 - a) usunięcie stwierdzonych zagrożeń w zakresie ochrony przeciwpowarowej,
 - b) przestrzeganie przeciwpowarowych wymagań budowlanych,
 - c) przywrócenie bezpiecznej eksploatacji instalacji i urządzeń stanowiących wyposażenie obiektów i pomieszczeń,
 - d) zastosowanie kary porządkowej w stosunku do pracowników odpowiedzialnych za zaniedbania obowiązków w zakresie ochrony przeciwpowarowej,
 - e) wstrzymanie pracy maszyn i urządzeń w razie bezpośredniego zagrożenia powarem;

4. Inspektor ds. Ochrony PPOŻ. odpowiada za:

- 1) ilościowe i asortymentowe wyposażenie pomieszczeń, obiektów i terenów w podręczny sprzęt gaśniczy i urządzenia przeciwpowarowe;
- 2) sprawne funkcjonowanie sprzętu gaśniczego i urządzeń przeciwpowarowych;
- 3) prowadzenie i przechowywanie dokumentacji dotyczącej ochrony przeciwpowarowej Centrum.

Pion Głównego Księgowego
Dział Ekonomiczno-Finansowy
§ 136

1. Do zadań Działu należy:
 - 1) racjonalne gospodarowanie środkami finansowymi, przeznaczonymi na wykonywanie zadań statutowych oraz planów ekonomiczno-gospodarczych poprzez:
 - a) opracowanie i przekazywanie planów finansowych wynikających z działalności Centrum,
 - b) dokonywanie analizy gospodarki finansowej i opracowanie wniosków wynikających z tych analiz;
 - 2) koordynacja problematyki finansowo-księgowej komórek organizacyjnych Centrum;
 - 3) prawidłowe i terminowe sporządzanie sprawozdań;
 - 4) prowadzenie rachunkowości zgodnie z obowiązującymi przepisami;
 - 5) zapewnienie ochrony mienia poprzez:
 - a) prawidłową ewidencję wszystkich składników majątkowych,
 - b) rozliczanie osób materialnie odpowiedzialnych za to mienie;
 - 6) prawidłowe i terminowe dokonanie rozliczeń finansowych;
 - 7) prawidłowe i terminowe dochodzenie roszczeń i windykacja należności;
 - 8) dokonywanie w ramach kontroli wewnętrznej czynności związanych ze sprawozdaniem wstępnej kontroli operacji gospodarczych;
 - 9) należyte przechowywanie i zabezpieczenie dokumentacji księgowej i sprawozdawczej.
2. W skład działu wchodzi:
 - 1) Sekcja Planowania, Księgowości i Likwidatury;
 - 2) Sekcja Inwentarzowa i Rozliczeń Materiałowych;
3. Do zadań Sekcji Planowania, Księgowości i Likwidatury należy:
 - 1) opracowywanie i przygotowanie dokumentacji do operacji gotówkowych i bezgotówkowych;
 - 2) likwidatura i obsługa kasowa;
 - 3) ewidencja księgowa wydatków i dochodów oraz zaciągniętych zobowiązań;
 - 4) sprawozdawczość finansowa;
 - 5) opracowanie planu rzeczowo-finansowego i budżetu Centrum;
 - 6) dokonywanie analiz i wykonywanych zadań i realizacji budżetu;
 - 7) opracowywanie i sporządzanie sprawozdań GUS oraz dostarczanie niezbędnych danych do planowania i podejmowania prawidłowych decyzji gospodarczych;
 - 8) prowadzenie księgowości syntetycznej, analitycznej, gospodarczej i ZFŚS;
 - 9) analityka kosztów i ich rozliczania;
 - 10) wystawianie faktur lub rachunków uproszczonych za sprzedane usługi medyczne na podstawie cenników sporządzonych przez Dział Organizacji i Informacji Medycznej;
 - 11) terminowe rozliczanie się z wystawianych faktur i rachunków;
 - 12) zapewnienie prawidłowego obiegu dokumentacji finansowej, zgodnie z Instrukcją Obiegu Dokumentów Księgowych;
 - 13) rozliczanie należności i zobowiązań, windykacja należności;
 - 14) monitorowanie zmian wysokości wskaźników ekonomicznych Centrum.
4. Do zadań Sekcji Inwentarzowej i Rozliczeń Materiałowych należy:
 - 1) prowadzenie pełnej ewidencji wszystkich składników majątkowych:
 - a) środków trwałych - w księgach inwentarzowych,
 - b) wyposażenia - w księgach inwentarzowych,
 - c) materiałów w kartotekach ilościowo-wartościowych;
 - 2) przygotowanie materiałów do zarządzanych spisów z natury poszczególnych składników majątkowych;
 - 3) przygotowanie właściwej dokumentacji do kasacji środków trwałych i wyposażenia;
 - 4) wycena i rozliczenie arkuszy spisów z natury;
 - 5) wycena i prawidłowa ewidencja przedmiotów skasowanych;
 - 6) prawidłowa ewidencja zmian zachodzących w stanie składników majątkowych;
 - 7) stała kontrola stanu księgowego składników majątkowych w poszczególnych komórkach organizacyjnych oraz ich oznakowanie;
 - 8) prowadzenie ewidencji przychodu i rozchodu oraz stanu w ujęciu ilościowym i wartościowym materiałów w poszczególnych magazynach;
 - 9) ustalanie kosztów zużycia materiałów przez poszczególne komórki organizacyjne Centrum;
 - 10) kontrola obrotu materiałowego, rozliczanie wszystkich remanentów, dokonywanych w poszczególnych magazynach.
5. Działem kieruje Zastępca Głównego Księgowego.
6. Zadania i organizację pracy w Dziale regulują odrębne procedury wewnętrzne wprowadzone Zarządzeniem Dyrektora Centrum.

Rozdział V

Warunki współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą

§ 137

1. Centrum realizując swoje zadania współpracuje z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia pacjentów i ciągłości postępowania.
2. Współpraca z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą odbywa się w ramach podpisanych umów i porozumień, w przedmiocie świadczeń zdrowotnych.
3. Centrum może ogłaszać i przystępować do konkursów na świadczenie usług medycznych.
4. Centrum przyjmuje pacjentów skierowanych z innych jednostek opieki zdrowotnej na zasadach określonych w umowach.
5. W przypadku konieczności kontynuowania diagnostyki lub leczenia w innej jednostce opieki zdrowotnej pacjent jest kierowany na zasadach określonych przepisami prawa.
6. Korzystanie z bazy diagnostycznej innej placówki opieki zdrowotnej możliwe jest na zasadach zawartych w umowach z tymi zakładami.
7. Materiał biologiczny, wysyłany do innych zakładów diagnostycznych jest odpowiednio zabezpieczony zaś wyniki badań archiwizowane wg przyjętych w Centrum zasad.
8. Transport sanitarny niezbędny do realizacji świadczeń zdrowotnych w zakresie współdziałania z innymi podmiotami leczniczymi dostępny jest całodobowo na podstawie umowy zawartej z podmiotem zewnętrznym.
9. Centrum prowadzi szkolenia w zakresie specjalizacji i staży podyplomowych dla pracowników innych podmiotów leczniczych na podstawie akredytacji i na zasadach określonych przez Ministra Zdrowia.

Rozdział VI

Zasady udostępniania i pobierania opłat za dokumentację medyczną

§ 138

1. Centrum udostępnia dokumentację medyczną:

- 1) pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu bądź osobie upoważnionej przez pacjenta;
- 2) po śmierci pacjenta, prawo wglądu w dokumentację medyczną ma osoba upoważniona przez pacjenta za życia;
- 3) podmiotom udzielającym świadczeń zdrowotnych, jeżeli dokumentacja ta jest niezbędna do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych;
- 4) organom władzy publicznej, Narodowemu Funduszowi Zdrowia, organom samorządu zawodów medycznych oraz konsultantom krajowym i wojewódzkim, w zakresie niezbędnym do wykonywania przez te podmioty ich zadań, w szczególności kontroli i nadzoru;
- 5) ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, sądom, w tym sądom dyscyplinarnym, prokuraturom, lekarzom sądowym i rzecznikom odpowiedzialności zawodowej, w związku z prowadzonym postępowaniem;
- 6) uprawnionym na mocy odrębnych ustaw organom i instytucjom, jeżeli badanie zostało przeprowadzone na ich wniosek;
- 7) organom rentowym oraz zespołom do spraw orzekania o niepełnosprawności, w związku z prowadzonym przez nie postępowaniem;
- 8) podmiotom prowadzącym rejestry usług medycznych, w zakresie niezbędnym do prowadzenia rejestrów;
- 9) zakładom ubezpieczeń, za zgodą pacjenta lub w związku z toczącym się postępowaniem;
- 10) lekarzowi, pielęgniarkę lub położnej, w związku z prowadzeniem procedury oceniającej podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o akredytacji w ochronie zdrowia, w zakresie niezbędnym do jej przeprowadzenia;
- 11) dokumentacja medyczna może być udostępniona także szkole wyższej lub jednostce badawczo-rozwojowej do wykorzystania dla celów naukowych, bez ujawniania nazwiska i innych danych umożliwiających identyfikację osoby, której dokumentacja dotyczy;
- 12) wojewódzkiej komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, o której mowa w art. 67 e ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, w zakresie prowadzonego postępowania;
- 13) spadkobiercom w zakresie prowadzonego postępowania przed wojewódzka komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych;
- 14) osobom wykonującym czynności kontrolne na podstawie art. 39ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, w zakresie niezbędnym do ich prowadzenia.

2. W przypadku gdy udostępnienie dokumentacji nie jest możliwe, odmowa następuje w formie pisemnej wraz z podaniem przyczyny.

§ 139

Gdy udostępnienie następuje na wniosek organu lub podmiotu uprawnionego, to odbywa się ono na podstawie decyzji Dyrektora Naczelnego Centrum, chyba, że dokumentacja jest niezbędna do zapewnienia dalszego leczenia a zwłoka w jej wydaniu mogłaby narazić pacjenta na szkodę na zdrowiu – w takim przypadku decyzję o udostępnieniu dokumentacji na zewnątrz innym zakładom lub lekarzowi może podjąć ordynator/lekarz kierujący oddziałem, lekarz prowadzący lub inny lekarz sprawujący opiekę nad pacjentem.

§ 140

Dokumentacja medyczna jest udostępniana:

- 1) do wglądu na miejscu;
- 2) poprzez sporządzenie jej wyciągów, odpisów lub kopii;
- 3) poprzez wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, jeśli uprawniony organ lub podmiot żąda udostępnienia oryginałów tej dokumentacji;
- 4) w formie zapisu elektronicznego;
- 5) za udostępnienie dokumentacji medycznej Centrum pobiera opłatę od organów lub podmiotów z wyjątkiem organów rentowych, których uprawnienia określają odrębne przepisy.

§ 141

1. Pacjent lub osoba upoważniona składa na piśmie podanie do Dyrektora Naczelnego Centrum o wydanie kserokopii dokumentacji medycznej z pobytu w szpitalu, bądź leczenia ambulatoryjnego.
2. Podanie podpisane przez Dyrektora Naczelnego odbierane jest przez Dział Dokumentacji Medycznej i Rejestracji Chorych w celu skopiowania dokumentacji medycznej pacjenta.

3. Przed przekazaniem kopii dokumentacji medycznej ordynator/lekarz kierujący oddziałem lub kierownik poradni lub koordynator Działu Dokumentacji Medycznej i Rejestracji Chorych potwierdza na niej „Za zgodność z oryginałem”, stempluje imienną pieczęcią i potwierdza własnoręcznym podpisem.
4. Kopię dokumentacji medycznej wydawanej przez archiwum zatwierdza Z-ca Dyrektora ds. Medycznych.
5. Kalkulację kosztu kopiowania dokumentacji ustala się na podstawie: ilość kopii x koszt odbitki.
6. Koszt jednej strony wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej nie może przekroczyć 0,002 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale począwszy od pierwszego dnia następnego miesiąca ogłoszonemu przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”.
7. Koszt jednej strony kopii dokumentacji nie może przekroczyć 0,0002 przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa w ust. 7.
8. Koszt sporządzenia wyciągu, odpisu lub kopii dokumentacji medycznej na elektronicznym nośniku danych nie może przekroczyć 0,002 przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa w ust. 7.
9. Pacjent lub osoba przez niego upoważniona uiszcza wyliczoną kwotę i kwituje odbiór kserokopii dokumentacji medycznej.
10. Opłaty nie pobiera się w przypadku udostępniania dokumentacji medycznej w związku z postępowaniem przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych.
11. Z odpłatności zwolnione są organy rentowe określone w art. 77 ust. 5 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych .

Rozdział VII

Organizacja procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat

§ 142

1. Centrum może udzielać świadczeń zdrowotnych także na rzecz pacjentów nie objętych ubezpieczeniem oraz prowadzić poza medyczną działalność gospodarczą, pod warunkiem, że nie powoduje to ograniczenia w udzielaniu świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów ubezpieczonych w zakresie finansowania Centrum ze środków publicznych, udzielanych na podstawie zawartych w tym przedmiocie umów z NFZ.
2. Świadczenia zdrowotne w Centrum udzielane są przez osoby wykonujące zawód medyczny oraz spełniające wymagania zdrowotne określone w obowiązujących przepisach, zgodnie z aktualnym poziomem wiedzy oraz możliwościami sprzętowymi.
3. Świadczenia udzielane są zgodnie z kolejnością zgłaszania się pacjentów w godzinach pracy poszczególnych komórek organizacyjnych.
4. Pacjent ubezpieczony otrzymuje bezpłatne świadczenie zdrowotne pod warunkiem przedstawienia dokumentu potwierdzającego uprawnienie do świadczeń opieki zdrowotnej.
5. W przypadku stanu nagłego dokument, o którym mowa w ust. 1, może zostać przedstawiony w innym czasie, nie później niż w terminie 30 dni od dnia rozpoczęcia udzielania świadczenia opieki zdrowotnej, o ile chory nadal przebywa w szpitalu.
6. Jeżeli przedstawienie dokumentu, o którym mowa w ust. 4, w terminie określonym w ust. 5 nie jest możliwe, dokument ten powinien być przedstawiony w terminie 7 dni od dnia zakończenia udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.
7. W razie nieprzedstawienia dokumentu, o którym mowa w ust. 4, w terminach określonych w ust. 5 i 6, świadczenie zostaje udzielone na koszt świadczeniobiorcy.
8. Późniejsze niż przewidziane w ust. 5 i 6 przedstawienie dokumentu, o którym mowa w ust. 4, nie może stanowić podstawy odmowy zwolnienia z kosztów, albo ich zwrotu.
9. Przepisy ust. 1-8 nie stosuje się do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych dzieciom do ukończenia 18 roku życia.
10. W Centrum obowiązuje cennik określający wysokość opłat za udzielane w Centrum świadczenia zdrowotne.
11. Świadczenia zdrowotne podlegają rozliczeniu na podstawie stawek określonych w cenniku w następujących przypadkach:
 - 1) wykonania świadczeń zdrowotnych osobom nieuprawnionym do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych, z zastrzeżeniem ust. 4, w szczególności na rzecz pacjentów nieubezpieczonych, z wyjątkiem nieubezpieczonych, których koszty leczenia pokrywa Narodowy Fundusz Zdrowia lub budżet państwa;
 - 2) gdy pacjent nie posiadał skierowania, w przypadku gdy jest ono wymagane i nie zachodzi tryb nagły;
 - 3) gdy pacjent posiada skierowanie od lekarza nie będącego lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego, który nie podpisał z Centrum umowy na usługi medyczne (laboratoryjne, radiologiczne, itp), z wyjątkiem skierowań do leczenia szpitalnego i ambulatoryjnego;
 - 4) pacjentów, którzy nie przedstawili dokumentu potwierdzającego uprawnienie do świadczeń opieki zdrowotnej, zgodnie z ust.7;
 - 5) pacjentów, których stan zdrowia nie wymaga dalszego leczenia szpitalnego, a którzy nadal przebywają w szpitalu.

Rozdział VIII

Zasady i wysokość pobieranych opłat

§ 143

1. W przypadku udzielania świadczeń zdrowotnych za odpłatnością, pacjent zgłaszający się do właściwej komórki Centrum, otrzymuje pisemną informację o cenie za wybraną usługę medyczną na podstawie obowiązującego cennika usług medycznych.
2. Po uzyskaniu informacji o kosztach usługi medycznej pacjent zobowiązany jest do wpłaty ustalonej kwoty w punkcie w którym dokonuje się ewidencji obrotu gotówkowego przy zastosowaniu kasy fiskalnej.
3. Po dokonaniu wpłaty pacjent zgłasza się z oryginałem paragonu do komórki medycznej, która udziela świadczenia zdrowotnego.
4. Cennik podstawowy świadczeń medycznych udzielanych w Centrum stanowi załącznik nr 3 do Regulaminu.
5. Aktualizacja cennika następuje zgodnie z art. 45 ust. 1 i 2 ustawy o działalności leczniczej i jest wprowadzana zarządzeniem Dyrektora Naczelnego Centrum.

Rozdział IX

Postanowienia końcowe

§ 144

1. Organizację i zadania poszczególnych komórek organizacyjnych, w tym zakresy czynności pracowników oraz warunki współdziałania między nimi dla zapewnienia sprawności funkcjonowania szpitala pod względem leczniczym, administracyjnym i gospodarczym określają:
 - 1) Regulamin Pracy;
 - 2) Instrukcja Obiegu Dokumentów;
 - 3) zakresy czynności pracowników.
2. Personel Centrum zobowiązany jest do zachowania w tajemnicy służbowej wszystkiego o czym powyższym wiadomość w toku czynności leczniczych i administracyjnych. Zwolnienie od obowiązku zachowania tajemnicy regulują odrębne przepisy.
3. Personel Centrum ma obowiązek znać i respektować prawa pacjenta.
4. Sprawy nie uregulowane w niniejszym Regulaminie oraz Statucie Centrum, a dotyczące funkcjonowania i wykonywania zadań przez Centrum zostaną określone w drodze odrębnych procedur i zarządzeń Dyrektora Naczelnego Centrum zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
5. Niniejszy regulamin organizacyjny ustalony przez Dyrektora Naczelnego Centrum podlega opinii Rady Społecznej.
6. Regulamin wchodzi w życie z dniem określonym w zarządzeniu Dyrektora Naczelnego Centrum.

Załączniki

Załącznik nr 1 do Regulaminu Organizacyjnego

Struktura organizacyjna Mazowieckiego Centrum Leczenia Chorób Płuc i Gruźlicy

Lp.	Struktura organizacyjna	Kody literowe stosowane w korespondencji
I	PION DYREKTORA NACZELNEGO	D
1	DZIAŁ KADR	D/SP
2	DZIAŁ ORGANIZACJI i INFORMACJI MEDYCZNEJ	D/OM
3	BIURO RADCY PRAWNEGO	D/RP
4	KOORDYNATOR PROCESU ZARZĄDZANIA RYZYKIEM	D/KR
5	SAMODZIELNA SEKCJA ds. INFORMATYKI	D/SI
6	SAMODZIELNE STANOWISKO ds. BHP	D/BH
7	PEŁNOMOCNIK ds. OCHRONY INFORMACJI NIEJAWNEJ	D/IN
8	SAMODZIELNE STANOWISKO ds. OBRONNYCH	D/OB
9	SAMODZIELNE STANOWISKO ds. KONTROLI WEWNĘTRZNEJ	D/KW
10	ZESPÓŁ SEKRETARYJNO-KANCELARYJNY	D/SK
II	PION ZASTĘPCY DYREKTORA ds. MEDYCZNYCH	M
	IZBA PRZYJĘĆ	M/IP
1	1. gabinety lekarzy konsultantów, ekg; 2. Dział Dokumentacji Medycznej i Rejestracji Chorych.	M/DM
2	ODDZIAŁ I CHOROÓB PŁUC I GRUŻLICY DLA DZIECI	M/OI
3	ODDZIAŁ III CHOROÓB PŁUC 1. Pododdział Onkologiczny	M/OIII
4	ODDZIAŁ IV CHOROÓB PŁUC i GRUŻLICY	M/OIV
5	ODDZIAŁ V CHOROÓB PŁUC i GRUŻLICY	M/OV
6	ODDZIAŁ VI CHOROÓB PŁUC i GRUŻLICY	M/OVI
7	ODDZIAŁ VII ANESTEZJOLOGII i INTENSYWNEJ TERAPII 1. Pododdział Intensywnej Terapii Pooperacyjnej; 2. Pododdział Intensywnej Terapii Pulmunologiczno-Kardiologicznej.	M/OVII
8	ODDZIAŁ VIII CHOROÓB PŁUC i GRUŻLICY	M/OVIII
9	ODDZIAŁ X CHOROÓB PŁUC i GRUŻLICY	M/OX
10	ODDZIAŁ XI CHIRURGII KŁATKI PIERSIOWEJ 1. Pododdział chirurgii ogólnej - dzienny	M/OXI
11	ODDZIAŁ XII CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH KŁATKI PIERSIOWEJ 1. gabinet ekg; 2. gabinet echokardiografii; 3. gabinet badań holterowskich.	M/OXII
12	BLOK OPERACYJNY	M/BO
13	HOSPICJUM STACJONARNE	M/HS
14	HOSPICJUM DOMOWE	M/HD
15	LABORATORIUM DIAGNOSTYCZNE 1. pracownia analityki ogólnej; 2. pracownia biochemii; 3. pracownia hematologii; 4. pracownia immunologii transfuzjologicznej; 5. pracownia koagulologii; 6. pracownia gazometrii.	M/LD

Regulamin Organizacyjny

16	LABORATORIUM MIKROBIOLOGICZNE 1. pracownia bakteriologii ogólnej; 2. pracownia bakteriologii gruźlicy; 3. pracownia mykologii; 4. pracownia serologii zakażeń przenoszonych drogą krwi; 5. pracownia epidemiologii i zakażeń szpitalnych;	M/LM
----	---	------

17	PRACOWNIA DIAGNOSTYKI OBRAZOWEJ 1. gabinety radiologiczne; 2. gabinet USG.	M/DO
18	PRACOWNIA PATOMORFOLOGII 1. gabinet autopsji; 2. gabinet histopatologii; 3. gabinet cytologii.; 4. archiwum preparatów; 5. gabinet badań histochemicznych.	M/PA
19	PRACOWNIA DIAGNOSTYKI BRONCHOLOGICZNEJ	M/ BR
20	PORADNIA CHORÓB PŁUC i GRUŹLICY dla DOROSŁYCH	M/PG
21	PORADNIA CHIRURGII KŁATKI PIERSIOWEJ	M/PCH
22	PORADNIA REHABILITACYJNA 1. gabinet badań czynnościowych; 2. gabinet fizjoterapii.	M/PR
23	APTEKA	M/AP
24	BANK KRWI	M/BK
25	PEŁNOMOCNIK DS. PRAW PACJENTA	M/BP
26	LEKARZ EPIDEMIOLOG	M/LE
27	AMBULATORIUM ZAKŁADOWE	M/AZ
28	KAPELAN SZPITALNY	M/KS

III.	PION Z-CY DYREKTORA ds. PIEŁĘGNIARSTWA	P
1	PIEŁĘGNIARKI ODDZIAŁOWE 1. zespoły pielęgniarskie; 2. zespół techników medycznych; 3. zespół sekretarek medycznych; 4. zespół personelu pomocniczego.	P/PO
2	PIEŁĘGNIARKA EPIDEMIOLOGICZNA	P/PE
3	PIEŁĘGNIARKA ds. PROMOCJI ZDROWIA	P/PZ
4	DZIAŁ HIGIENY	P/DH
5	SEKCJA ŻYWIENIA	P/SŻ

IV.	PION Z-CY DYREKTORA ds. ADMINISTRACYJNO-TECHNICZNYCH	A
1	DZIAŁ ADMINISTRACYJNO-GOSPODARCZY	AG
2	DZIAŁ ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH I PRZETARGÓW	A/ZP
3	DZIAŁ TECHNICZNO-ENERGETYCZNY	A/TE
4	SAMODZIELNE STANOWISKO ds. OCHRONY PPOŻ	A/PP

V.	PION GŁÓWNEGO KSIĘGOWEGO	K
1	DZIAŁ EKONOMICZNO-FINANSOWY 1. Sekcja Planowania, Księgowości i Likwidatury; 2. Sekcja Inwentarzowa i Rozliczeń Materiałowych.	K/EF

1. Jednostki organizacyjne poza strukturą Centrum

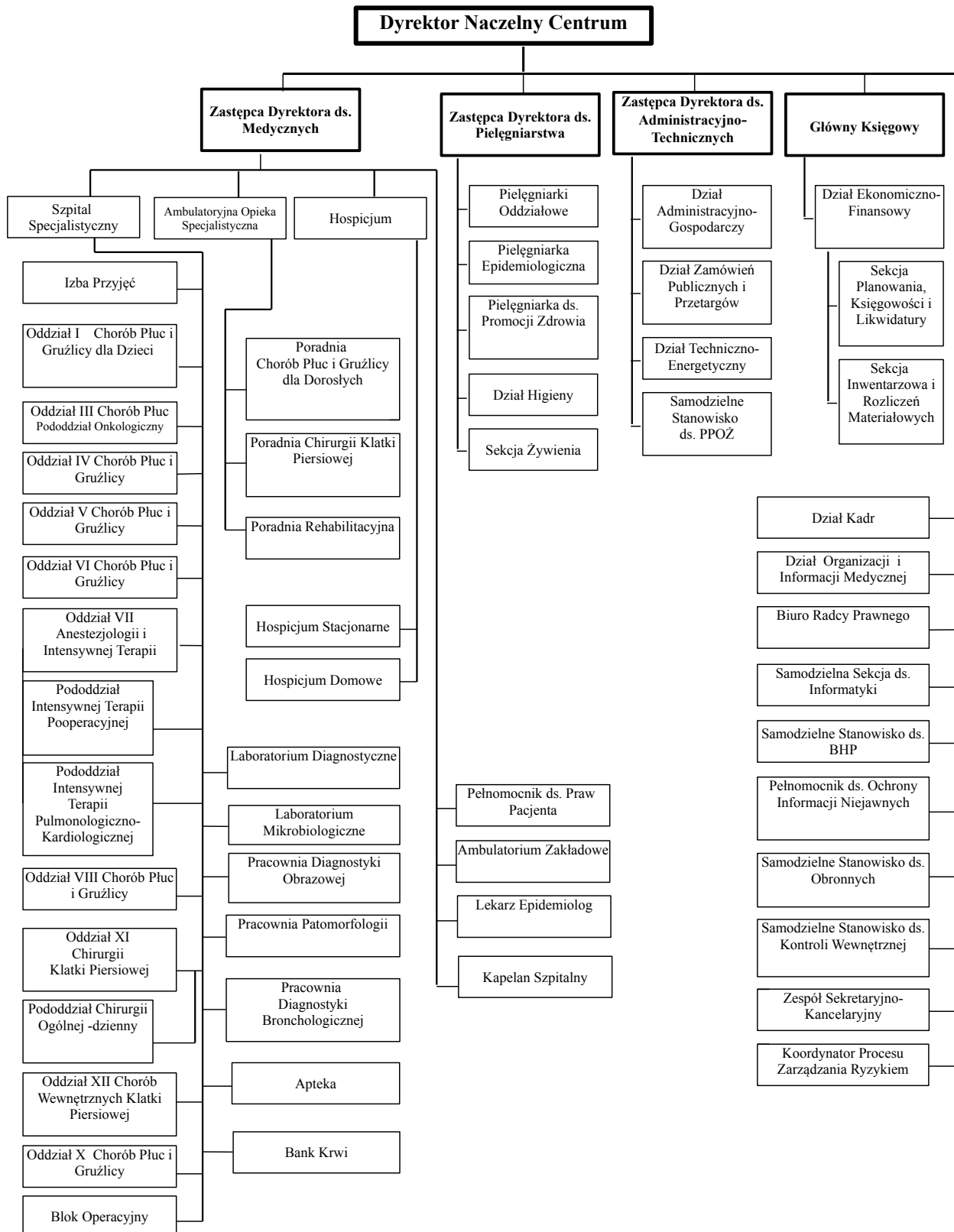
- 1) Związki Zawodowe;
- 2) Zespół Szkół Ogólnokształcących.

2. Organy kolegialne

- 1) Rada Społeczna;
- 2) Kolegium Dyrekcyjne;
- 3) Rada Ordynatorów.

3. Zespoły problemowe

- 1) Komitet Terapeutyczny;
- 2) Zespół ds. Jakości z Sekcją ds. Zdarzeń Niepożądanych;
- 3) Komitet ds. Zakażeń Szpitalnych;
- 4) Zespół ds. Kontroli Zakażeń Szpitalnych;
- 5) Komitet Transfuzjologiczny;
- 6) Zespół ds. Analiz Zgonów;
- 7) Zespół ds. Oceny Przyjęć Pacjentów;
- 8) Zespół Konsultantów;
- 9) Szpitalny Zespół Żywieniowy;
- 10) Zespół ds. Profilaktyki Odleżyn.

Schemat organizacyjny Mazowieckiego Centrum Leczenia Chorób Płuc i Gruzlicy

Cennik usług medycznych**Pracownia Diagnostyki Bronchologicznej**

Lp.	Nazwa badania	Cena netto w zł
1.	Bronchoskopia fiberoskopowa - oglądanie	300,00
2.	Bronchoskopia fiberoskopowa + wycinek	335,00
3.	Bronchoskopia fiberoskopowa + szczotka	350,00
4.	Bronchoskopia fiberoskopowa + BAL lub wypłukanie	315,00
5.	Bronchoskopia fiberoskopowa + wycinek + szczotka	390,00
6.	Bronchoskopia fiberoskopowa + wycinek + szczotka + BAL lub wypłukanie materiału	410,00
7.	Bronchoskopia fiberoskopowa + szczotka + wypłukanie materiału	380,00
8.	Bronchoskopia fiberoskopowa + wycinek + wypłukanie + oglądanie	360,00
9.	Inne bronchoskopie - bronchoskopia sztywna	330,00
10.	Bronchoskopia sztywna + pobranie wycinka	370,00
11.	Bronchoskopia sztywna + szczotka	390,00
12.	Bronchoskopia sztywna + wypłukanie materiału	350,00
13.	Bronchoskopia sztywna + pobranie wycinka + szczotka	390,00
14.	Bronchoskopia sztywna + pobranie wycinka + szczotka + wypłukanie materiału	425,00
15.	Bronchoskopia sztywna + szczotka + wypłukanie	425,00
16.	Bronchoskopia sztywna + wycinek + wypłukanie	390,00
17.	Zamknięta endoskopowa biopsja płuca pod fluoroskopem	650,00
18.	Usunięcie ciała obcego z tchawicy i oskrzeli	450,00
19.	Miejscowe endoskopowe wycięcie (zniszczenie) tkanki oskrzela	600,00
20.	Esofagoscopia - oglądanie	170,00
21.	Esofagoscopia - pobranie wycinka	220,00
22.	Esofagoscopia + szczotka	230,00
23.	Esofagoscopia + pobranie wycinków + szczotka	270,00
24.	Biopsja układu limfatycznego przez bronchofiberoskop	480,00
25.	Biopsja układu limfatycznego - nakłucie przez skórne obwodowych węzłów chłonnych	110,00
26.	Otwarta biopsja oskrzela	120,00
27.	Wideotorakoscopia	3 500,00

Wszystkie zabiegi wykonywane są sprzętem sterylnym, a nie dezynfekowanym. Cena wyżej wymienionych procedur medycznych nie obejmuje dodatkowej diagnostyki z zakresu histopatologii, mykologii, bakteriologii ogólnej i gruźlicy. Dysponując odpowiednim zapleczem oferujemy dodatkowe usługi, zamieszczone w cennikach poniżej.

Pracowni Patomorfologii

Ceny dotyczące materiałów pobranych przy bronchoskopii

Lp.	Nazwa badania	Cena netto w zł
1.	Badanie cytologiczne (1 materiał) od jednego pacjenta (popłuczyny, szczotka, wycinek)	50,00
2.	Badanie cytologiczne (2 materiały) od jednego pacjenta (popłuczyny, szczotka, wycinek)	84,00
3.	Badanie cytologiczne (3 materiały) od jednego pacjenta (popłuczyny, szczotka, wycinek)	100,00
4.	Badanie cytologiczne (4 materiały) od jednego pacjenta (popłuczyny, szczotka, wycinek)	135,00
5.	Badanie cytologiczne (5 materiałów) od jednego pacjenta (popłuczyny, szczotka, wycinek)	162,00
6.	Badanie cytologiczne (6 materiałów) od jednego pacjenta (popłuczyny, szczotka, wycinek)	200,00
7.	Badanie cytologiczne (7 materiałów) od jednego pacjenta (popłuczyny, szczotka, wycinek)	245,00

Pracownia Histopatologii

Lp.	Nazwa badania	Cena netto w zł
1	Badanie biopsyjne pojedynczej zmiany chorobowej (jedno-, dwuwycinkowe) (np. pojedyncza zmiana skórna do 1 cm średnicy, wycinki z tarczycy, szyjki macicy, wyskrobiny z jamy, usunięta drobna kłykcinca, polip, wyrostek robaczkowy, pęcherzyk żółciowy itp.)	55,00
2	Badanie wycinków endoskopowych (gastroscopia, rektoscopia, bronchoskopia, cystoscopia) 1-4 wycinków	55,00
3	Badanie wycinków endoskopowych (gastroscopia, rektoscopia, bronchoskopia, cystoscopia) >5 wycinków	80,00
4	Mapping pęcherza moczowego (ponad 4 wycinki)	80,00
5	Badanie materiału z abrazji szyi oraz jamy macicy (całość), zmiana skórna ś. > 1 cm mnogie,	80,00

Regulamin Organizacyjny

	drobne zmiany na skórne (2-4) od jednego pacjenta	
6	Badanie wycinków z biopsji gruczołowej prostaty (TRU-CUT - 5-6 wycinków)	90,00
7	Badanie materiału operacyjnego nienowotworowego np. tarczyca, prostata, sutek, żołądek, torbiel jajnika, szyjka macicy itp.	150,00
8	Badanie materiału operacyjnego nowotworowego wymagającego pobierania wielu wycinków np. jelito, żołądek, sutek, macica z przydatkami, prostata z węzłami okolicznymi, pęcherz moczowy z węzłami i ewent. prostatą itp.	250,00
9	Mocz "na komórki nowotworowe"	55,00
10	Badanie płynów z jam ciała	55,00
11	Konsultacja powierzchniowych preparatów	65,00
12	Barwienie preparatów cytologii ginekologicznej	5,00
13	Barwienie i ocena preparatów cytologii ginekologicznej	40,00
14	Wykonanie preparatu histopatologicznego (błoczek parafinowy bez oceny mikroskopowej)	8,00
15	Szczoteczka /BCI/	40,00
16	Wykonanie preparatu Immunohistochemia	120,00
17	Wykonanie preparatu HER 2	220,00

Laboratorium Mikrobiologiczne

Pracownia Bakteriologii Gruźlicy

Lp.	Nazwa badania	Cena netto w zł
1	Posiew na podłożu Loewensteina + bakterioskopie (w kierunku gruźlicy)	52,00
2	Lekowrażliwości prątka (4 leki) - SM, INH, ETB, RMP	69,00
3	Lekowrażliwości prątka (4 leki) - ETA, CS, OFL, CAP	69,00
4	Lekowrażliwości prątka (4 leki) - amikacyna, biseptol, davercin, clofasimina	69,00
5	PCR	285,00
6	MGIT preparat + posiew	129,00
7	MGIT preparat + posiew + identyfikacja	168,00

Pracownia Bakteriologii Ogólnej

Lp.	Nazwa badania	Cena netto w zł
1	Posiew krwi i płynów tlenowo i beztlenowo w systemie automatycznym	74,00
2	Posiew krwi i płynów tlenowo w systemie automatycznym	52,00
3	Posiew z antybiogramem (wszystkie materiały)	41,00
4	Czystość pochwy	41,00
5	Kał w kierunku Rota i Adenowirusów	33,00
6	Posiew kału na SS	32,00

Lp.	Nazwa badania	Cena netto w zł
1	Kontrola prawidłowości sterylizacji za pomocą sporali	18,00
2	Kontrola czystości powierzchni	22,00

Pracownia Mykologii

Lp.	Nazwa badania	Cena netto w zł
1	Posiewy grzyby	29,00
2	Mykogram	79,00
3	Identyfikacja szczepów grzybów	44,00
4	Badanie serologiczne w kierunku Aspergilozy	47,00
5	Preparat w kierunku dermatofitów (bez pobrania)	22,00

Pracownia Mykologii materiały pobrane przy bronchoskopii

Lp.	Nazwa badania	Cena netto w zł
1	Posiew - grzyby	31,00
2	Preparat - grzyby	18,00
3	Identyfikacja szczepów grzybów	29,00

Pracownia Serologii i Zakażeń Przenoszonych Drogą Krwi

Lp.	Nazwa badania	Cena netto w zł
1	Odczyn Latex R - test lateksowy	19,00
2	Odczyn Walera - Rosego - test lateksowy	19,00
3	ASO - test lateksowy + ilościowe	19,00
4	Antygen HBS	21,00

Regulamin Organizacyjny

5	BNP	48,00
6	Miano przeciwciał HBS - test ilościowy AUSAB	34,00
7	Przeciwciał HIV	33,00
8	IGE	38,00
9	HCV	34,00
10	PSA	29,00
11	TSH	21,00
12	FT4	19,00
13	FT3	19,00
14	WR testem TPHA	19,00
15	PCT prokalcytonina	79,00
16	Clastridium toksyna A i B	82,00
17	PRO BNP	49,00

Laboratorium Diagnostyczne

Pracownia Hematologii

Lp.	Nazwa badania	Cena netto w zł
1	Morfologia z aparatu + rozmaz + płytki	9,00
2	Leukogram	8,00
3	Oznaczanie odsetka retikulocytów	12,00
4	Oporność osmotyczna	9,00
5	Eozynofilie	8,00
6	OB.	5,00

Pracownia Koagulologii

Lp.	Nazwa badania	Cena netto w zł
1	Wskaźnik protrombiny - PT	8,00
2	Fibrynogen	10,00
3	Koalionowo-kefalinowy APTT	9,00
4	D-dimery - półilościowo	25,00
5	D-dimery - ilościowo	22,00

Pracownia Serologii Grup Krwi i Prób Krzyżowych

Lp.	Nazwa badania	Cena netto w zł
1	Grupa krwi	24,00
2	Wykrywanie przeciwciał	18,00
3	Próba zgodności serologicznej	35,00
4	BTA (odczyn Coombsa)	18,00

Pracownia Biochemii

Lp.	Nazwa badania	Cena netto w zł
1	Glukoza	7,00
2	Mocznik	7,00
3	Kreatynina	7,00
4	Kwas moczowy	7,00
5	Białko całkowite lub albuminy	7,00
6	Elektrolit sód i potas (jonogram)	10,00
7	Elektrolit - wapń	7,00
8	Chlorki	8,00
9	Żelazo (poziom w surowicy)	8,00
10	Cholesterol całkowity	7,00
11	AspAT (GOT)	7,00
12	ALAT (GPT)	7,00
13	Fosfataza alkaliczna	8,00
14	Alfa amylaza	7,00
15	Magnez	8,00
16	GGTP	8,00
17	Bilirubina całkowita	7,00
18	Bilirubina całkowita +związana	16,00
19	Fosfor nieorganiczny	8,00
20	LDH	8,00

Regulamin Organizacyjny

21	CPK	7,00
22	Trójglicerydy	7,00
23	HDL	9,00
24	CK-MB mass - ilościowo	28,00
25	Lipidogram	22,00
26	Gazometria	21,00
27	TIBC	7,00
28	Troponina T - ilościowo	29,00
29	Kreatynina klirens	13,00
30	Wapń zjonowany	12,00
31	CRP ilościowo	10,00

Pracownia Analityki Ogólnej

Lp.	Nazwa badania	Cena netto w zł
1	Mocz - badanie ogólne	8,00
2	Mocz - białko	7,00
3	Mocz - glukoza	8,00
4	Mocz - liczba Addisa	10,00
5	Badanie płynów z jam ciała	18,00
7	Kał - pasożyty	14,00
8	Kał - krew utajona bez diety	18,00

W cenę wyżej wymienionych procedur wliczone są koszty opakowań bez pobierania materiału- pobranie materiału w cenie 3 zł. Każdy wynik posiada normy.

Gabinety diagnostyczne w oddziale

Lp.	Nazwa badania	Cena netto w zł
1	Diagnostyka echokardiograficzna /VIVID - 4/	90,00
2	Ambulatoryjne monitorowanie czynności serca aparatem holtera firmy NORTH EAST MONITORING	120,00
3	Elektrokardiogram	30,00
4	Badanie wysiłkowe serca na ergonometrze rowerowym	150,00
5	Test troponinowy	40,00

Pracownia Diagnostyki Obrazowej

Lp.	Nazwa badania	Cena netto w zł
1	Diagnostyka ultrasonograficzna tarczycy	90,00
2	Diagnostyka ultrasonograficzna klatki piersiowej	90,00
3	Diagnostyka ultrasonograficzna jamy brzusznej	90,00
4	Diagnostyka ultrasonograficzna innych "małych narządów"	90,00
5	Diagnostyka ultrasonograficzna ginekologiczna	90,00
6	Diagnostyka ultrasonograficzna kilku narządów podczas jednego badania	cena badania głównego + 50% ceny za każde następne
7	Nakłucie jamy brzusznej i ewakuacja płynu	90,00
8	Nakłucie jamy opłucnowej i ewakuacja płynu	90,00
9	Ultrasonografia tętnic	100,00
10	Ultrasonografia żył	110,00
11	Rentgenogram kości twarzy - zatoki - 1 projekcja	40,00
12	Rentgenogram kości twarzy - zatoki - 2 projekcje	66,00
13	Zdjęcie rentgenowskie czaszki - inne 1 projekcja	44,00
14	Zdjęcie rentgenowskie czaszki - inne 2 projekcje	66,00
15	Zdjęcie rtg kręgosłupa szyjnego - 1 projekcja	39,00
16	Zdjęcie rtg kręgosłupa szyjnego - 2 projekcje	66,00
17	Zdjęcie rtg kręgosłupa piersiowego - 1 projekcja	39,00
18	Zdjęcie rtg kręgosłupa piersiowego - 2 projekcje	66,00
19	Zdjęcie rtg kręgosłupa lędźwiowo - krzyżowego - 1 projekcja	39,00
20	Zdjęcie rtg kręgosłupa lędźwiowo - krzyżowego - 2 projekcje	66,00
21	Tomografia klatki piersiowej - 1 warstwy	39,00

Regulamin Organizacyjny

22	Tomografia klatki piersiowej - 2 warstwy	66,00
23	Zdjęcie rtg żeber /mostka/ obojczyków	39,00
24	Zdjęcie boczne klatki piersiowej	37,00
25	Rutynowe zdjęcie klatki piersiowej + boczne zdjęcie klp	70,00
26	Rutynowe zdjęcie klatki piersiowej PA	45,00
27	Zdjęcie rtg klatka piersiowa bok z barytem	39,00
28	Seriogram górnego odcinka przewodu pokarmowego	165,00
29	Seriogram dolnego odcinka przewodu pokarmowego	253,00
30	Rentgenogram - pasaż jelit	204,00
31	Zdjęcie rtg brzucha	39,00
32	Zdjęcie rtg kości barku i ramienia - 1 projekcja	39,00
33	Zdjęcie rtg kości barku i ramienia - 2 projekcje	66,00
34	Zdjęcie kości łokcia/przedramienia - 1 projekcja	39,00
35	Zdjęcie kości łokcia/przedramienia - 2 projekcje	66,00
36	Zdjęcie rtg nadgarstka/dłoni - 1 projekcja	39,00
37	Zdjęcie rtg nadgarstka/dłoni - 2 projekcje	66,00
38	Zdjęcie rtg kości miednicy/biodra - 1 projekcja	39,00
39	Zdjęcie rtg kości miednicy/biodra - 2 projekcje	66,00
40	Zdjęcie rtg uda/kolana/podudzia - 1 projekcja	39,00
41	Zdjęcie rtg uda/kolana/podudzia - 2 projekcje	66,00
42	Zdjęcie rtg kostki/stopy - 1 projekcja	39,00
43	Zdjęcie rtg kostki/stopy - 2 projekcje	66,00
44	Wydruk zdjęcia na kliszy - format mały	11,00
45	Wydruk zdjęcia na kliszy - format duży	17,00
46	Wydruk zdjęcia na kliszy do seriogramu, pasaż jelit	22,00
47	Diagnostyka ultrasonograficzna z wykonaniem drenażu	150,00

Konsultacje specjalistyczne oraz badania z zakresu mechaniki oddychania

Lp.	Nazwa badania	Cena netto w zł
1	Konsultacja lekarza pulmonologa	120,00
2	Konsultacja lekarza chirurga	120,00
3	Konsultacja lekarza kardiologa	120,00
4	Konsultacja lekarza pulmonologa dziecięcego	120,00
5	Konsultacja lekarza laryngologa	120,00
6	Konsultacja lekarza onkologa	120,00
7	Spirometria bez leku	40,00
8	Spirometria z lekiem	48,00
9	Badanie chlorków w pocie	27,00
10	Pletyzmografia	70,00
11	Dyfuzja (Dlco)	80,00
12	Podatność (Cst)	70,00
13	Konsultacja lekarza specjalisty w siedzibie świadczeniobiorcy	150,00
14	Konsultacja lekarza specjalisty w siedzibie świadczeniobiorcy -cito	300,00

Opłata za przechowywanie zwłok

Lp.	Nazwa	Cena netto w zł
1	Opłata za przechowywanie zwłok powyżej 72 godz. (za każdą rozpoczętą godzinę)	3,00

Koszt osobodnia

Lp.	Nazwa badania	Cena netto w zł
1	Oddział Chorób Płuc i Gruźlicy	202,00
2	Oddział Chirurgii Klatki Piersiowej	420,00
3	Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii	960,00
4	Oddział Chorób Wewnętrznych Klatki Piersiowej	320,00

Do kosztu osobodnia należy doliczyć koszty procedur medycznych oraz koszty leków.

Opłata za udostępnienie dokumentacji medycznej

Lp.	Nazwa	Cena netto w zł
1	Opłata za jedną stronę wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej	7,00
2	Opłata za jedną stronę kopii dokumentacji medycznej	0,70
3	Opłata za sporządzenie wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej na elektronicznym nośniku danych	7,00