REGULAMIN ORGANIZACYJNY

WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO IM. ŚW. RAFAŁA W CZERWONEJ GÓRZE

Wydanie 10
Obowiązuje od dnia 2026-10-15

Spis treści

Rozdział I – Postanowienia ogólne ... 3
Rozdział II – Część organizacyjna ... 6
Cele i zadania Szpitala ... 6
Struktura organizacyjna Szpitala ... 7
Rodzaj prowadzonej działalności leczniczej oraz zakres i miejsce udzielania świadczeń ... 8
Ogólne zasady udzielania świadczeń ... 9
Rozdział III – Przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych ... 11
Udzielanie stacjonarnych świadczeń zdrowotnych ... 11
Przyjęcie do Szpitala ... 11
Proces diagnostyczno – leczniczo – pielęgnacyjny w oddziale ... 13
Wypisanie ze Szpitala ... 20
Udzielanie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych ... 21
Udzielanie świadczeń w pracowniach diagnostycznych ... 23
Organizacja i zadania komórek organizacyjnych szpitala ... 23
Zasady współdziałania z podmiotami zewnętrznymi w zakresie zapewnienia diagnostyki, leczenia, rehabilitacji i ciągłości postępowania ... 24
Rozdział IV – Usługi i świadczenia odpłatne ... 24
Rozdział V – Organizacja i sposób kierowania Szpitalem ... 25
Podstawowe zasady organizacyjne ... 25
Wydawanie wewnętrznych aktów normatywnych ... 25
Polityka informacyjna Szpitala ... 25
Udzielanie pełnomocnictw ... 26
Sporządzanie i podpisywanie pism ... 26
Nadzór nad majątkiem Szpitala ... 27
Stanowiska kierownicze ... 28
Zastępowanie pracowników na kierowniczych stanowiskach ... 28
Przyjmowanie i zdawanie funkcji kierowniczej ... 29
Kierowanie Szpitalem ... 29
Obowiązki i uprawnienia Dyrektora (D) ... 30
Obowiązki i uprawnienia Zastępcy Dyrektora ds. Planów i Finansów (DF) ... 31
Obowiązki i uprawnienia Zastępcy Dyrektora ds. Technicznych (DT) ... 34
Obowiązki i uprawnienia Głównego Księgowego (DE) ... 36
System Kontroli Zarządczej i Zarządzania ryzykiem ... 38
Koordynator Kontroli Zarządczej (DU) ... 38
Obowiązki, uprawnienia i odpowiedzialność kierowników oddziałów i działów medycznych ... 39
Wspólne obowiązki, uprawnienia i odpowiedzialność osób zajmujących kierownicze stanowiska w szpitalu ... 41
Przepisy porządkowe ... 43
Postanowienia końcowe ... 43

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione.

Rozdział I – Postanowienia ogólne

§ 1

Niniejszy Regulamin Organizacyjny zwany dalej Regulaminem określa:

1. Podstawy prawne działania Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
2. Strukturę organizacyjną Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
3. Rodzaj prowadzonej działalności leczniczej oraz zakres i miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych.
4. Przebieg procesu udzielania świadczeń stacjonarnych i ambulatoryjnych.
5. Organizację i zadania poszczególnych komórek organizacyjnych.
6. Usługi i świadczenia, za które Szpital pobiera opłaty.
7. Podstawowe zasady organizacji i sposób kierowania Szpitalem.

§ 2

1. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Św. Rafała w Czerwonej Górze jest podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej prowadzonym w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.
2. Podmiotem tworzącym Szpital jest Województwo Świętokrzyskie, które działa przez swoje organy:
   1) Sejmik Województwa Świętokrzyskiego
   2) Zarząd Województwa Świętokrzyskiego.
3. Szpital posiada osobowość prawną i jest wpisany do rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji oraz samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy w Kielcach, X Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem 0000009315.
4. Szpital wpisany jest do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego przez Wojewodę Świętokrzyskiego, pod numerem księgi rejestrowej: 000000014607-W-26.
5. Szpital działa na podstawie:
   5.1 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej,
   5.2 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
   5.3 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych,
   5.4 Ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości,
   5.5 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta,
   5.6 Wpisu do właściwego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
   5.7 Statutu nadanego przez Sejmik Województwa Świętokrzyskiego,
   5.8 Innych przepisów prawnych dotyczących podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą działającego w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione.

6. Siedzibą Szpitala jest miejscowość Chęciny, ul. Czerwona Góra 10 oraz miasto Kielce, ul. Jagiellońska 72.
7. Szpital posiada identyfikator wg systemu REGON: 000296213 oraz Numer Identyfikacji Podatkowej: NIP 959 12 89 964.
8. Szpital prowadzi działalność na terenie województwa świętokrzyskiego.

§ 3

Użyte w niniejszym Regulaminie określenia oznaczają:

1. **świadczenie zdrowotne** – zgodnie z ustawą o działalności leczniczej, jest to działanie służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia oraz inne działania wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych, regulujących zasady jego wykonywania, w szczególności związane z:
   1.1. badaniem i poradą lekarską,
   1.2. leczeniem szpitalnym i ambulatoryjnym,
   1.3. badaniem i terapią psychologiczną,
   1.4. rehabilitacją leczniczą,
   1.5. opieką nad zdrowym dzieckiem,
   1.6. opieką nad pacjentem,
   1.7. badaniem diagnostycznym, w tym z analityką medyczną,
   1.8. pielęgnacją chorych,
   1.9. pielęgnacją niepełnosprawnych i opieką nad nimi,
   1.10. orzekaniem i opiniowaniem o stanie zdrowia,
   1.11. zapobieganiem powstawaniu urazów i chorób poprzez działania profilaktyczne oraz szczepienia ochronne,
   1.12. czynnościami z zakresu zlecania zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.
2. **osoba wykonująca zawód medyczny** - osoba, która na podstawie odrębnych przepisów uprawniona jest do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz osoba legitymująca się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny,
3. **ambulatoryjna opieka specjalistyczna** - udzielanie świadczeń zdrowotnych osobom niewymagającym leczenia w warunkach opieki całodobowej, nie wymagającym hospitalizacji,
4. **ambulatoryjne, specjalistyczne świadczenie zdrowotne** – świadczenie zdrowotne obejmujące w szczególności:
   4.1. badanie i poradę lekarską,
   4.2. badanie diagnostyczne,
   4.3. leczenie ambulatoryjne,
   4.4. świadczenie pielęgniarskie,
   4.5. rehabilitację leczniczą,
   4.6. orzekanie o stanie zdrowia,
5. **porada specjalistyczna** – świadczenie specjalistyczne lub zespół takich świadczeń, udzielony w ramach poradni specjalistycznych przez lekarza specjalistę lub zespół osób uprawnionych do udzielania ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych,

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione.

6. **promocja zdrowia** - działanie umożliwiające poszczególnym osobom i społeczności zwiększenie kontroli nad czynnikami warunkującymi stan zdrowia i przez to jego poprawę, promowanie zdrowego stylu życia oraz środowiskowych i indywidualnych czynników sprzyjających zdrowiu,
7. **pacjent** – osoba fizyczna, korzystająca z określonych rodzajowo świadczeń zdrowotnych,
8. **Szpital** używane zamiennie – WSS, WSS w Czerwonej Górze, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Św. Rafała w Czerwonej Górze,
9. **ŚCChP** – Świętokrzyskie Centrum Chorób Płuc
10. **Przychodnia** używane zamiennie – Wojewódzka Przychodnia Specjalistyczna Szpitala w Czerwonej Górze, ul. Jagiellońska 72, Kielce lub WPS w Kielcach
11. **Przychodnia przyszpitalna** – Przychodnia przy Szpitalu w Czerwonej Górze; Chęciny, ul. Czerwona Góra 10
12. **ZOL** – Zakład Świadczeń Opieki Długoterminowej Zakład Opiekuńczo – Leczniczy; Chęciny ul. Czerwona Góra 10
13. **prawa i obowiązki pacjenta** – także prawa i obowiązki przedstawiciela ustawowego, opiekuna lub opiekuna faktycznego osoby małoletniej korzystającej ze świadczeń zdrowotnych,
14. **przedsiębiorstwo** – zespół składników majątkowych, za pomocą, których Szpital wykonuje określony rodzaj działalności leczniczej,
15. **media** – część infrastruktury technicznej Szpitala służąca zasilaniu odpowiednich jego zasobów w gaz, wodę, energię elektryczną, energię cieplną, parę, gazy medyczne oraz odprowadzeniu i utylizacji ścieków oraz odpadów,
16. **środowisko opieki** – ta część infrastruktury Szpitala, w jakiej przebywa pacjent, jego bliscy oraz personel, w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych lub bezpośrednim tworzeniem warunków do ich udzielania.

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione.

Rozdział II – Część organizacyjna

Cele i zadania Szpitala

§ 4

1. Celem Szpitala jest udzielanie świadczeń zdrowotnych służących profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich udzielania, a także realizowanie zadań z zakresu promocji zdrowia oraz prowadzenie działalności humanitarnej.
2. Szpital może prowadzić działalność szkoleniową w zakresie szkolenia podyplomowego lekarzy oraz specjalizacji lekarskich zgodnych ze specyfiką jednostki.
3. Szpital może współpracować z ośrodkami naukowo-dydaktycznymi w organizowaniu oraz prowadzeniu kształcenia przed- i podyplomowego w zwodach medycznych, w organizowaniu oraz prowadzeniu badań naukowych w dziedzinach będących przedmiotem działalności podstawowej jednostki. Współpraca Szpitala z uczelniami medycznymi/ośrodkami naukowo-dydaktycznymi może polegać na udostępnianiu na potrzeby kształcenia przed- i podyplomowego w zwodach medycznych swoich jednostek organizacyjnych.
4. Szpital może prowadzić działalność w zakresie odpłatnych szkoleń w dzicdzinach, które są przedmiotem jej działalności statutowej, jak również uczestniczyć w prowadzeniu badań klinicznych na zasadach określonych w odrębnych przepisach.

§ 5

Do zadań Szpitala należy w szczególności:

1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych i świadczeń specjalistycznych w warunkach szpitalnych i ambulatoryjnych, z uwzględnieniem świadczeń wysokospecjalistycznych w ramach specjalności reprezentowanych przez komórki organizacyjne Szpitala.
2. Uczestniczenie w przygotowywaniu osób do wykonywania zawodu medycznego oraz doskonaleniu zawodowym kadr lekarskich, pielęgniarskich, słuchaczy szkół medycznych i innych zawodów w zakresie określonym w odrębnych umowach oraz przepisach prawa.
3. Udział w badaniach klinicznych na podstawie umów zawartych zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa.
4. Prowadzenie działalności mającej na celu profilaktykę zdrowotną i promocję zdrowia.
5. Pełnienie funkcji konsultacyjnych, dla innych podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych na podstawie zawartych umów.

§ 6

1. Szpital może prowadzić działalność inną niż udzielanie świadczeń zdrowotnych pod warunkiem, że nie ograniczy ona dostępności do świadczeń zdrowotnych i nie będzie uciążliwa dla pacjenta lub przebiegu leczenia.
2. Działalność wskazana w ust. 1 może polegać na:
   2.1. oddawaniu w najem lub dzierżawę, użytkowanie oraz użyczenie aktywów trwałych, wyłącznie na zasadach określonych przez przedmiot tworzący,
   2.2. prowadzeniu badań klinicznych,
   2.3. prowadzeniu zajęć praktycznych, praktyk zawodowych i innych form kształcenia,
   2.4. sterylizowaniu narzędzi,

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione.

2.5. udostępnianiu sali konferencyjnej na prowadzenie szkoleń, konferencji, kursów innym jednostkom,

2.6. świadczeniu usług przechowywania zwłok,

2.7. organizowaniu płatnych miejsc postojowych dla pojazdów samochodowych oraz prowadzeniu i obsłudze płatnego parkingu,

2.8. prowadzeniu usług kserograficznych,

2.9. działalności gospodarczej prowadzonej w celu wykorzystania wolnego potencjału osobowego lub materialnego Szpitala.

3. Zyski z prowadzenia działalności gospodarczej będą w całości stanowiły dochód Szpital z przeznaczeniem na realizację działalności statutowej.

§ 7

W wykonaniu zadań Szpital współpracuje z:

1. innymi podmiotami leczniczymi,
2. placówkami naukowo – badawczymi,
3. związkami i samorządami zawodowymi,
4. organizacjami społecznymi i stowarzyszeniami,
5. inspekcją sanitarną, inspekcją farmaceutyczną oraz innymi państwowymi i samorządowymi jednostkami organizacyjnymi.

Struktura organizacyjna Szpitala

§ 8

1. Wewnętrzną strukturę organizacyjną Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze zawiera schemat organizacyjny, stanowiący załącznik nr 1 do niniejszego regulaminu, określający zależność służbową poszczególnych komórek organizacyjnych.
2. Podstawowym elementem struktury organizacyjnej jest komórka organizacyjna.
3. Komórki organizacyjne tworzy się dla realizacji celów Szpitala przy zachowaniu zasad optymalnej koncentracji zadań i niezbędnych funkcji wykonawczych w jednostce.
4. Przy tworzeniu komórki organizacyjnej wymagane są następujące warunki:
   4.1. wyodrębnienie zadań przemawiających za koniecznością utworzenia komórki organizacyjnej,
   4.2. możliwość spełnienia warunków kadrowych i płacowych,
   4.3. zgodność z obowiązującymi przepisami.
5. Komórki organizacyjne tworzy, likwiduje, łączy i przekształca Dyrektor – po uzyskaniu opinii Rady Społecznej.
6. W skład Szpitala wchodzą:
   6.1. komórki działalności podstawowej,
   6.2. komórki administracyjne, ekonomiczne i techniczne.
7. Do komórek działalności podstawowej należą:
   7.1. kliniki
   7.2. oddziały szpitalne,

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione.

7.3. izba przyjęć,
7.4. blok operacyjny,
7.5. pracownie diagnostyczne,
7.6. poradnie specjalistyczne,
7.7. gabinety zabiegowe,
7.8. apteka szpitalna,
7.9. stanowiska jednoosobowe oraz inne komórki organizacyjne, merytorycznie związane z działalnością podstawową.

8. Komórki administracyjne, ekonomiczne i techniczne stanowią:
8.1. działy
8.2. sekcje
8.3. samodzielne stanowiska pracy

§ 9

Struktura Szpitala składa się z czterech pionów organizacyjnych:

1. Pion medyczny, pion administracyjny, stanowiska jednoosobowe, podlegające bezpośrednio Dyrektorowi.
2. Pion finansowy, zamówień publicznych i gospodarczy podlegający Zastępcy Dyrektora ds. Planów i Finansów,
3. Pion techniczno - eksploatacyjno - inwestycyjny podlegający bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Technicznych,
4. Pion ekonomiczny podlegający bezpośrednio Głównemu Księgowemu.

Rodzaj prowadzonej działalności leczniczej oraz zakres i miejsce udzielania świadczeń

§ 10

1. Szpital prowadzi działalność leczniczą udzielając świadczeń zdrowotnych w rodzaju:
1.1. stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych:
a) szpitalnych
b) innych niż szpitalne
1.2. ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych.
2. W ramach Szpitala działają trzy wyodrębnione zakłady lecznicze:
2.1. Zakład Świadczeń Szpitalnych ul. Czerwona Góra 10, 26-060 Chęciny,
2.2. Zakład Świadczeń Diagnostyczno - Ambulatoryjnych ul. Czerwona Góra 10, 26-060 Chęciny,
2.3. Zakład Świadczeń Opieki Długoterminowej, ul. Czerwona Góra 10, 26-060 Chęciny.
3. Szpital udziela świadczeń zdrowotnych:
3.1. w zakresie wymienionym w ust. 1 pkt 1.1. lit. a) – ogółowi ludności – w Szpitalu w Czerwonej Górze, ul. Czerwona Góra 10, 26-060 Chęciny, w Świętokrzyskim Centrum Chorób Płuc, ul. Czerwona Góra 10, 26-060 Chęciny,
3.2. w zakresie wymienionym w ust. 1 pkt 1.2. – ogółowi ludności:
a) w Przychodni przy Szpitalu w Czerwonej Górze, ul. Czerwona Góra 10, 26-060 Chęciny,

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione.

b) w Wojewódzkiej Przychodni Specjalistycznej Szpitala w Czerwonej Górze, ul. Jagiellońska 72, 25-734 Kielce,

c) w Dziale Diagnostyki i Leczenia Zaburzeń Oddychania, ul. Czerwona Góra 10, 26-060 Chęciny,

d) w Dziale Rehabilitacji Medycznej, ul. Czerwona Góra 10, 26-060 Chęciny

e) w Dziale Badań Czynnościowych Układu Oddechowego ul. Czerwona Góra 10, 26-060 Chęciny,

f) w Dziale Diagnostyki Obrazowej, ul. Czerwona Góra 10, 26-060 Chęciny,

g) w Dziale Endoskopii, ul. Czerwona Góra 10, 26-060 Chęciny,

h) w Dziale Diagnostyki Laboratoryjnej, ul. Czerwona Góra 10, 26-060 Chęciny,

3.3. w zakresie wymienionym w ust. 1 pkt 1.1. lit. b) – ogółowi ludności – w Zakładzie Opiekuńczo – Leczniczym, ul. Czerwona Góra 10, 26-060 Chęciny.

4. Szpital może prowadzić działalność leczniczą w zakresie:

4.1. promocji zdrowia,

4.2. realizacji zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, w tym wdrażaniem nowych technologii medycznych oraz metod leczenia.

5. Minister właściwy do spraw zdrowia, Wojewoda Świętokrzyski lub Województwo Świętokrzyskie może nałożyć na Szpital obowiązek wykonywania dodatkowego zadania, jeżeli jest to niezbędne ze względu na potrzeby systemu opieki zdrowotnej, a także w przypadku katastrofy, epidemii, klęski żywiołowej lub w celu wykonywania zobowiązań międzynarodowych.

6. Podmiot, o którym mowa w ust 5, zapewnia środki do wykonania takiego dodatkowego zadania, chyba że wykonanie takiego zadania następuje odpłatnie na podstawie umowy, a w razie poniesienia szkody przez Szpital przy jego wykonywaniu jest zobowiązany do jej naprawienia.

7. Szpital udziela świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych ubezpieczonym oraz innym osobom uprawnionym do tych świadczeń na podstawie odrębnych przepisów nieodpłatnie, za częściową odpłatnością lub całkowitą odpłatnością.

8. Szpital może zawierać umowy w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych z:

8.1. podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą, w zakresie zadań określonych w statucie tego podmiotu,

8.2. podmiotem wykonującemu działalność leczniczą, lub osobą legitymującą się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub określonej dziedzinie medycyny.

9. Szpital zobowiązany jest do wykonywania zadań wynikających z ustawy o obronie Ojczyzny i ustaw w zakresie zarządzania kryzysowego.

Ogólne zasady udzielania świadczeń

§ 11

1. Świadczenia zdrowotne są udzielane przez Szpital pacjentom:

1.1. ubezpieczonym – na podstawie dokumentu potwierdzającego fakt opłacania składek,

1.2. zgodnie z treścią zawartych umów pomiędzy Szpitalem a dysponentami środków finansowych – na podstawie dokumentów wynikających z treści tych umów,

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione.

1.3. obcokrajowcom – na zasadach określonych w art. 2 ust 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

1.4. ubezpieczonym dobrowolnie w towarzystwach ubezpieczeniowych – na podstawie ważnej polisy ubezpieczeniowej i warunków w niej zawartych,

1.5. nieubezpieczonym - na podstawie odpłatności tych osób.

2. Dokumenty potwierdzające uprawnienia, o których mowa w ust. 1 pkt. 1.1.-1.4. pacjent powinien przedstawić przed udzieleniem mu świadczenia zdrowotnego.
3. W przypadku nagłego zachorowania, wypadku, urazu lub zatrucia oraz stanu zagrożenia życia dokument ubezpieczenia zdrowotnego może zostać przedstawiony w terminie 30 dni od dnia rozpoczęcia udzielania świadczenia opieki zdrowotnej, o ile chory nadal przebywa w Szpitalu, nie później jednak niż w terminie 7 dni od dnia zakończenia udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej.
4. W razie nie przedstawienia dokumentu, o którym mowa ust. 2, w terminach określonych w ust. 3 świadczenie zostaje udzielone na koszt świadczeniobiorcy. Podstawę zapłaty stanowi faktura VAT, wystawiona przez Dział Finansowo – Księgowy.
5. Żadne okoliczności nie mogą stanowić podstawy do odmowy udzielenia świadczenia zdrowotnego, jeżeli osoba zgłaszająca się do Szpitala potrzebuje natychmiastowego udzielenia pomocy medycznej, ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia.
6. Świadczenia zdrowotne udzielane są wyłącznie przez osoby wykonujące zawody medyczne oraz spełniające wymagania kwalifikacyjne określone w odrębnych przepisach.
7. Szpital prowadzi dokumentację medyczną dotyczącą osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych z zapewnieniem ochrony danych osobowych zawartych w dokumentacji oraz udostępnia dokumentację zgodnie z obowiązującymi przepisami, na podstawie zarządzeń wewnętrznych.
8. Każdy pacjent przed udzieleniem świadczenia jest weryfikowany w systemie e-WUŚ, w przypadku pacjentów hospitalizowanych weryfikacja jest prowadzona każdego dnia przez cały pobyt pacjenta w Szpitalu.
9. W przypadku wystąpienia negatywnego wyniku weryfikacji, pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy, opiekun prawny albo opiekun faktyczny wypełnia oświadczenie o przysługującym świadczeniobiorcy prawie do świadczeń opieki zdrowotnej.
10. W przypadku odmowy wypełnienia oświadczenia oraz braku dokumentu potwierdzającego uprawnienia do bezpłatnych świadczeń, świadczenia udzielane są za odpłatnością.

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione.

Rozdział III – Przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych

Udzielanie stacjonarnych świadczeń zdrowotnych

§ 12

1. Stacjonarne świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane według kolejności zgłoszenia.
2. Stacjonarne świadczenia zdrowotne wykonywane przez Szpital realizowane są:
   2.1. na podstawie skierowania, jeżeli cel leczenia nie może być osiągnięty w trybie leczenia ambulatoryjnego,
   2.2. w stanach bezpośredniego zagrożenia życia bez wymaganego skierowania,
   2.3. na podstawie odrębnych umów z dysponentami środków finansowych.
3. Pacjentami uprawnionymi do bezpłatnego korzystania z usług są osoby, które:
   3.1. posiadają właściwe skierowanie od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego uprawnionego do wystawiania skierowań do Szpitala oraz aktualny dowód ubezpieczenia,
   3.2. zamieszkują na terenie województwa świętokrzyskiego - ale tryb przyjęcia do Szpitala ma charakter nagły i/lub zagrażający życiu,
   3.3. zamieszkują poza terenem województwa świętokrzyskiego - ale tryb przyjęcia do Szpitala ma charakter nagły i/lub zagrażający życiu.
4. Udzielanie odpłatnych świadczeń zdrowotnych bez skierowania możliwe jest tylko w przypadku ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych (art. 61 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).

Przyjęcie do Szpitala

§ 13

1. Przyjęcia do szpitala odbywają się całodobowo, w trybie planowym i nagłym.
2. Wszelkie formalności związane z przyjęciem do szpitala załatwiane są w Izbie Przyjęć.
3. Przyjęcie do szpitala następuje na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego z zastrzeżeniem ust. 4.
4. Skierowanie nie jest wymagane w przypadku przyjęcia w trybie nagłym: wypadki, zatrucia, urazy, stany zagrożenia życia.
5. Pacjent zgłaszający się do przyjęcia w trybie planowanym powinien posiadać:
   5.1. skierowanie do szpitala,
   5.2. aktualny dokument ubezpieczenia uprawniający do bezpłatnych świadczeń,
   5.3. dokument tożsamości (dowód osobisty, paszport),
   5.4. wyniki badań, które zlecił lekarz kierujący,
   5.5. dokumentację dotychczasowego leczenia (karty informacyjne, wyniki badań), jeżeli pacjent był wcześniej leczony.
6. Każdy pacjent przyjmowany do Szpitala:
   6.1. jest rejestrowany w Księdze Głównej Szpitala,
   6.2. ma zakładaną historię choroby.
7. Zgodę na hospitalizację pacjent, jego przedstawiciel ustawowy lub opiekun faktyczny wyraża w formie własnoręcznego podpisu, który składa na formularzu historii choroby.

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione.

8. Osoby upoważnione do otrzymywania informacji o stanie zdrowia, wglądu do dokumentacji medycznej, oraz do załatwiania formalności w razie śmierci pacjenta są ustanawiane przez pacjenta przy przyjęciu do Szpitala. Dane osób wskazanych przez pacjenta są odnotowywane na formularzu historii choroby i potwierdzane podpisem pacjenta.
9. Szczegółowe zasady przyjęć pacjentów w trybie planowym i nagłym oraz zasady postępowania w przypadku specyficznych grup pacjentów określają obowiązujące w Szpitalu procedury.

§ 14

1. Decyzję o przyjęciu do szpitala osoby zgłaszającej się podejmuje lekarz dyżurny Izby Przyjęć, po przeprowadzeniu badania i uzyskaniu zgody na hospitalizację tej osoby lub przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego chyba, że na mocy odrębnych przepisów możliwe jest przyjęcie do szpitala bez wyrażenia zgody.
2. Jeżeli lekarz dyżurny Izby Przyjęć stwierdzi potrzebę niezwłocznego umieszczenia pacjenta w szpitalu, a brak miejsc, zakres świadczeń udzielanych przez szpital lub względy epidemiologiczne nie pozwalają na przyjęcie, lekarz dyżurny po udzieleniu niezbędnej pomocy zapewnia w razie potrzeby transport pacjenta do innego szpitala, po uprzednim porozumieniu się z tym szpitalem. O dokonanym rozpoznaniu i podjętych czynnościach lekarz dokonuje odpowiedniego wpisu w Karcie odmowy/porady udzielonej w Izbie Przyjęć.
3. W przypadku odmowy przyjęcia, pacjent jest rejestrowany w Księdze odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych udzielanych w Izbie Przyjęć, przyczynę odmowy i/lub zakres porady lekarz dyżurny Izby Przyjęć odnotowuje w Karcie odmowy/porady udzielonej w Izbie Przyjęć.
4. W przypadku, kiedy stan pacjenta nie wymaga niezwłocznego umieszczenia w szpitalu, a np. brak miejsc uniemożliwia przyjęcie, lekarz dyżurny Izby Przyjęć proponuje inny termin przyjęcia i umieszcza pacjenta na liście oczekujących, prowadzonej na zasadach określonych w obowiązujących przepisach. Pacjent otrzymuje również informację o możliwości uzyskania opieki w innej jednostce ochrony zdrowia.
5. Listy oczekujących na udzielenie świadczenia podlegają okresowej, co najmniej raz w miesiącu ocenie Zespołu ds. oceny przyjęć pacjentów.
6. W każdym przypadku, pacjent trafiający na Izbę Przyjęć otrzymuje Kartę odmowy/porady udzielonej w Izbie Przyjęć, która zawiera informacje o rozpoznaniu choroby, wynikach przeprowadzonych badań, przyczynie odmowy przyjęcia do Szpitala, zastosowanym postępowaniu terapeutycznym oraz ewentualnych zaleceniach. Za wykonanie tych obowiązków odpowiedzialny jest lekarz dyżurny Izby Przyjęć.

§ 15

1. Ubranie i przedmioty wartościowe będące w posiadaniu pacjenta w dniu przyjęcia do szpitala mogą być, na życzenie pacjenta umieszczone za potwierdzeniem w szpitalnym depozycie odzieży lub zabrane przez rodzinę pacjenta, opiekuna lub osobę upoważnioną.
2. Szpital nie ponosi odpowiedzialności za przedmioty wartościowe będące własnością pacjenta, jeżeli nie zostały oddane do depozytu.
3. Ubrania i przedmioty wartościowe pacjenta nieprzytomnego są spisywane komisyjnie w obecności dwóch pielęgniarek lub pielęgniarki i innego pracownika pełniącego dyżur w Izbie Przyjęć i przekazywane do depozytu szpitala.
4. W przypadku przyjęcia pacjenta z wszawicą, świerzbem lub z podejrzeniem choroby zakaźnej pracownik Izby Przyjęć umieszcza odzież w worku foliowym, odpowiednio go oznacza i przekazuje do pralni. Po wypraniu ubranie przekazywane jest do depozytu ubrań.

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione.

5. W przypadku wystąpienia sytuacji, o której mowa w ust. 3, personel Izby Przyjęć przed przekazaniem pacjenta na oddział wykonuje niezbędne czynności higieniczne: kąpiel, dezynsekcję w przypadku stwierdzenia pasożytów/insektów, strzyżenie w przypadku znacznego zawszawienia.
6. W przypadku przyjęcia pacjenta z wypadku ubranie w stanie nienaruszonym jest przechowywane w depozycie ubrań i w razie potrzeby udostępniane w celu oględzin uprawnionym organom.
7. Zasady przyjmowania, przechowywania i wydawania ubrania i przedmiotów wartościowych pacjentowi reguluje przyjęta w Szpitalu procedura.

§ 16

1. Nowoprzyjęty pacjent w zależności od stanu ogólnego jest przeprowadzany lub transportowany na wózku siedzącym/leżącym do właściwego oddziału przez pielęgniarkę dyżurną Izby Przyjęć lub przeszkolonego w tym zakresie pracownika.
2. Przekazanie pacjenta, dokumentacji medycznej oraz istotnych informacji o pacjencie personelowi oddziału (lekarz, pielęgniarka) jest równoznaczne z przekazaniem odpowiedzialności za pacjenta.

<u>Proces diagnostyczno – leczniczo – pielęgnacyjny w oddziale</u>

§ 17

1. Każdy nowoprzyjęty pacjent jest badany przez lekarza dyżurnego właściwego oddziału, który:
   1.1. zbiera wywiad i przeprowadza badanie przedmiotowe,
   1.2. zleca wykonanie niezbędnych badań diagnostycznych, podanie produktów leczniczych,
   1.3. wykonuje lub zleca wykonanie koniecznych zabiegów,
   1.4. informuje pacjenta o planowanym postępowaniu terapeutycznym,
   1.5. dokumentuje wszystkie powyższe czynności w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta.
2. W przypadku trudności z ustaleniem rozpoznania i podjęcia decyzji co do sposobu leczenia, lekarz dyżurny powinien zasięgnąć opinii Kierownika Oddziału.

§ 18

1. Proces diagnostyczno – terapeutyczny pacjenta w oddziale prowadzi lekarz prowadzący wyznaczony przez Kierownika właściwego Oddziału.
2. Nazwisko i imię lekarza prowadzącego, Kierownik Oddziału odnotowuje na pierwszej stronie historii choroby pacjenta.
3. Nadzór nad przebiegiem procesu diagnostyczno - terapeutycznego sprawuje Kierownik Oddziału.
4. Planowany czas hospitalizacji jest ustalany indywidualnie dla każdego pacjenta przez lekarza prowadzącego i jest uzależniony od stanu ogólnego pacjenta oraz przyjętego planu opieki.
5. W przypadku hospitalizacji osób bezdomnych lub o nieustalonej tożsamości personel oddziału niezwłocznie zawiadamia Sekcję Dokumentacji, Statystyki i Archiwum, która wdraża odpowiednie procedury postępowania.

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione.

§ 19

1. Zakres prowadzonego procesu pielęgnowania jest uzależniony od stanu biopsychospołecznego.
2. Zasady sprawowania opieki pielęgniarskiej nad pacjentem zostały określone w obowiązujących procedurach i instrukcjach.
3. W ramach edukacji i promocji zdrowia mogą być realizowane programy edukacyjne dla pacjentów i ich rodzin oraz dla wszystkich zainteresowanych.

§ 20

1. Wizyty lekarskie odbywają się co najmniej dwa razy w ciągu doby – rano i wieczorem i obejmują wszystkich pacjentów.
2. Sposób prowadzenia wizyty porannej, udział personelu oraz czas trwania wizyty jest uzależniony od specyfiki oddziału. Wizytę wieczorną prowadzi lekarz dyżurny z udziałem pielęgniarki dyżurnej.

§ 21

1. Przekazywanie pacjentów kolejnym zmianom przez personel lekarski:
   1.1. w dni robocze:
      1.1.1. lekarz dyżurny przekazuje informacje na temat pacjentów w trakcie raportu lekarskiego, w którym uczestniczy kierownik oddziału (lub osoba go zastępująca) i zespół lekarzy oddziału;
      1.1.2. kierownik oddziału (lub osoba go zastępująca) oraz lekarze oddziału przed zakończeniem pracy przekazują lekarzowi dyżurnemu obejmującemu dyżur w danym dniu istotne uwagi dotyczące hospitalizowanych w oddziale pacjentów.
   1.2. w dni wolne od pracy informacja o pacjentach jest przekazywana przez lekarza kończącego dyżur lekarzowi rozpoczynającemu dyżur.
2. Raporty lekarskie prowadzone są w formie elektronicznej w systemie. Raport jest sporządzany, autoryzowany i podpisywany w systemie przez lekarza kończącego dyżur, a następnie przekazywany w formie ustnej Kierownikowi oddziału i pozostałym lekarzom oddziału (w dni robocze) lub lekarzowi rozpoczynającemu dyżur w danym dniu (w dni wolne od pracy). Raporty są dostępne dla wszystkich lekarzy oddziału w systemie AMMS.
3. Przekazywanie pacjentów kolejnym zmianom przez personel pielęgniarski pełniący dyżury 12 – sto godzinne odbywa się w trakcie raportów pielęgniarskich - pielęgniarki kończące dyżur przekazują pielęgniarkom rozpoczynającym dyżur informacje na temat każdego pacjenta.
4. Odpowiedzialność za pacjentów zostaje przekazana z chwilą zakończenia raportu i przyjęcia dyżuru przez personel rozpoczynający dyżur.
5. W raportach lekarskich i pielęgniarskich w formie elektronicznej znajduje się potwierdzenie sporządzenia raportu w postaci elektronicznego podpisu zawierającego imię, nazwisko oraz nr prawa wykonywania zawodu osoby zdającej dyżur.
6. Zakres informacji przekazywanej w trakcie raportów:
   6.1. stan ogólny pacjentów,
   6.2. informacje dotyczące pacjentów nowo przyjętych: liczba, ogólny stan zdrowia, rozpoznanie wstępne, choroby współistniejące, zabiegi i badania wykonane, istotne informacje uzyskane z wywiadu (np. alergie, stan psychiczny, wyznanie itp.),
   6.3. liczba wypisanych,
   6.4. zgony (liczba, okoliczności, podjęte działania, przekazanie informacji rodzinie itp.),

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione.

6.5. liczba pacjentów w poszczególnych kategoriach opieki,

6.6. informacje dotyczące pozostałych pacjentów: przypadki nagłego pogorszenia stanu zdrowia, wystąpienia zdarzenia niepożądanego (podjęte działania), zabiegi i badania wykonane w trakcie dyżuru, nieplanowane i planowane przetoczenia krwi, konieczność zastosowania przymusu bezpośredniego, pacjenci gorączkujący, z biegunką, z cewnikiem założonym do przestrzeni ZOP, inne istotne dla procesu leczenia i pielęgnowania zdarzenia,

6.7. ważne informacje związane z funkcjonowaniem oddziału (np. liczba wolnych łóżek, stan używanej aparatury i sprzętu medycznego, awarie, stan leków itp.).

§ 22

Dyrektor Szpitala, w trakcie codziennych raportów składanych przez lekarzy jest informowany o przebiegu dyżuru. Informacje dotyczą: stanu zdrowia pacjentów, liczby wypisanych i przyjętych pacjentów, zgonów, sytuacji nagłych wymagających niezwłocznych interwencji, zabiegów operacyjnych oraz innych istotnych spraw mających wpływ na prowadzony proces leczenia lub organizację pracy. Przekazywana informacja powinna również zawierać dane dotyczące kategoryzacji pacjentów.

§ 23

1. Wszystkie czynności wykonywane przy pacjencie są dokumentowane w indywidualnej wewnętrznej dokumentacji medycznej pacjenta (historia choroby).
2. Historia choroby jest zakładana w trakcie przyjmowania pacjenta do szpitala i zawiera pogrupowane informacje dotyczące: przyjęcia, przebiegu hospitalizacji i wypisania pacjenta.
3. Indywidualna dokumentacja medyczna prowadzona jest w formie formularzy wypełnianych pismem ręcznym, maszynowym lub komputerowym dołączanych do historii choroby.
4. Wpisów dokonują osoby wykonujące zawód medyczny.
5. Kolejne wpisy sporządzane są w porządku chronologicznym, są datowane i autoryzowane.
6. Wpis dokonany w dokumentacji nie może być z niej usunięty. W przypadku błędnego wpisu należy go skreślić, opatrzyć datą, godziną i podpisem osoby dokonującej skreślenia,
7. Każdy dokument będący częścią dokumentacji musi umożliwiać identyfikację pacjenta, którego dotyczy oraz osoby sporządzającej dokument.
8. Dokument włączony do dokumentacji wewnętrznej nie może być z niej usunięty.
9. Wszyscy pracownicy mający dostęp do dokumentacji medycznej mają obowiązek zachowania tajemnicy informacji, które w związku z dostępem do dokumentacji, uzyskali.
10. Zasady zakładania, prowadzenia, przechowywania oraz archiwizowania dokumentacji medycznej określa obowiązująca w Szpitalu procedura.

§ 24

1. Zlecane badania wykonywane są przez działy diagnostyczne, będące częścią struktury organizacyjnej szpitala lub w ramach konsultacji i badań w jednostkach zewnętrznych na podstawie zawartych umów.
2. Badania diagnostyczne wykonywane w szpitalu przeprowadzane są zgodnie z opracowanymi i wdrożonymi procedurami i instrukcjami obowiązującymi w pracowniach.
3. Szpital posiada całodobowy dostęp do badań diagnostycznych w zakresie analityki laboratoryjnej, badań: radiologicznych, kardiologicznych, endoskopowych.

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione.

4. Wszystkie badania diagnostyczne wykonywane są na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza kierującego.
5. Wyniki badań są wydawane wyłącznie osobom upoważnionym do ich odbioru.
6. Każdy wynik badania diagnostycznego jest datowany i autoryzowany przez osobę wykonującą badanie.

§ 25

1. Przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego wymaga uzyskania ustnej zgody pacjenta, w tym małoletniego, który ukończył 16 lat. Za wyrażenie zgody uważa się również takie zachowanie pacjenta lub przedstawiciela ustawowego, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się proponowanym przez lekarza czynnościom.
2. W przypadku pacjenta małoletniego, całkowicie ubezwłasnowolnionego lub niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody, zgodę wyraża jego przedstawiciel ustawowy lub w przypadku braku przedstawiciela ustawowego, opiekun faktyczny pacjenta.
3. Jeżeli pacjent, o którym mowa w ust. 2 nie ma przedstawiciela ustawowego ani opiekuna faktycznego albo porozumienie się z tymi osobami jest niemożliwe, lekarz po przeprowadzeniu badania może przystąpić do udzielania dalszych świadczeń zdrowotnych dopiero po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego.
4. W przypadku, kiedy przedstawiciel ustawowy lub opiekun faktyczny wyrazi zgodę na czynności medyczne, a pacjent małoletni, który ukończył 16 lat, osoba ubezwłasnowolniona albo pacjent chory psychicznie lub upośledzony umysłowo, lecz dysponujący dostatecznym rozeznaniem wyrazi sprzeciw, to w takim przypadku czynności medyczne mogą być wykonane po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.
5. Lekarz może wykonać czynności bez zgody przedstawiciela ustawowego pacjenta bądź zgody właściwego sądu opiekuńczego, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia. W takim przypadku lekarz ma obowiązek, o ile jest to możliwe, zasięgnąć opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności. O wykonywanych czynnościach lekarz niezwłocznie zawiadamia przedstawiciela ustawowego, opiekuna faktycznego lub sąd opiekuńczy.
6. Sądem opiekuńczym właściwym miejscowo dla udzielania zgody na wykonywanie czynności medycznych jest sąd, w którego okręgu czynności te mają być wykonane.

§ 26

1. W przypadku zabiegu operacyjnego, inwazyjnych badań diagnostycznych oraz stosowania metod leczenia stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta wymagane jest uzyskanie pisemnej, świadomej zgody pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego w trybie § 25 ust. 2-5.
2. Jeżeli czynności wymienione w ust. 1 wykonywane są w znieczuleniu, wymagana jest również pisemna zgoda pacjenta na znieczulenie.
3. Przed wyrażeniem pisemnej zgody na działania, o których mowa w ust.1 i 2, lekarz prowadzący/ dyżurny oraz odpowiednio lekarz anestezjolog, ma obowiązek udzielenia pacjentowi przystępnej i wyczerpującej informacji na temat proponowanej metody leczenia lub diagnostyki lub odpowiednio znieczulenia. Informacja powinna zawierać:

   3.1. cel i przebieg proponowanego postępowania,

   3.2. ewentualne, dające się przewidzieć powikłania,

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione.

3.3. ewentualne następstwa zaniechania,

3.4. możliwości zastosowania alternatywnych metod.

4. Jeżeli w trakcie wykonywania zabiegu operacyjnego albo stosowania metody leczniczej lub diagnostycznej wystąpią okoliczności zagrażające pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkim uszkodzeniem ciała lub ciężkim rozstrojem zdrowia, a nie ma możliwości niezwłocznego uzyskania zgody pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego, lekarz ma prawo, bez uzyskania zgody, zmienić zakres zabiegu bądź metody leczenia lub diagnostyki. W takim przypadku lekarz ma obowiązek, o ile jest to możliwe, zasięgnąć opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności.
5. O okolicznościach, o których mowa w ust. 4, lekarz dokonuje odpowiedniej adnotacji w dokumentacji medycznej oraz informuje pacjenta, przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego albo sąd opiekuńczy.
6. Proces planowania i przeprowadzania zabiegów operacyjnych na Bloku Operacyjnym określa obowiązująca w Szpitalu procedura.
7. W Szpitalu prowadzona jest okołooperacyjna karta kontrolna. Wpisy w okołooperacyjnej karcie kontrolnej są dokonywane przez koordynatora karty, którym jest lekarz anestezjolog znieczulający pacjenta. Koordynator karty, dokonuje wpisów w okołooperacyjnej karcie kontrolnej na podstawie informacji udzielanych przez członków zespołu operacyjnego, zgodnie z zakresem ich zadań podczas operacji.

§ 27

1. Pacjent w trakcie pobytu w Szpitalu ma zapewnione bezpłatne leki i materiały medyczne, konieczne do wykonania świadczenia.
2. Bezpieczeństwo terapeutyczne zapewnia apteka szpitalna, która zaopatruje apteczki oddziałowe w niezbędne produkty lecznicze i wyroby medyczne.
3. Podstawą stosowanej w szpitalu farmakoterapii jest opracowany i okresowo aktualizowany receptariusz szpitalny.
4. Wszystkie leki podawane pacjentowi są zlecane i dokumentowane przez lekarza w indywidualnej karcie zleceń.
5. Leki stosowane w nagłych przypadkach są stale dostępne, kontrolowane i zabezpieczane w obszarach, gdzie świadczona jest pacjentom opieka.

§ 28

1. Każdy pacjent przyjęty do Szpitala jest zapoznawany z kartą praw pacjenta, obowiązkami oraz regulaminem oddziału.
2. Prawa i obowiązki pacjenta są udostępniane w formie informacji umieszczonych na tablicach ogłoszeń oraz w formie broszury informacyjnej zawierającej obowiązki i wyciąg z karty praw pacjenta.
3. Każdy pacjent, członkowie jego rodziny oraz każda zainteresowana osoba ma prawo do składania skarg, wniosków, podziękowań.
4. Zasady postępowania ze skargą pacjenta określa obowiązująca w Szpitalu procedura.
5. Szczegółowe prawa i obowiązki pacjentów zawarte są w odrębnym dokumencie pn. „Prawa i Obowiązki Pacjenta", stanowiącym załącznik nr 4 do niniejszego regulaminu.

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione.

§ 29

1. W przypadkach uzasadnionych może być zastosowany wobec pacjenta przymus bezpośredni.
2. Przymus bezpośredni jest stosowany tylko wtedy, gdy pacjenci z zaburzeniami psychicznymi, w ostrych stanach pobudzenia, będący pod wpływem substancji psychoaktywnych lub pod wpływem alkoholu, pacjenci z myślami samobójczymi:
   2.1. dopuszczają się zamachu na życie lub zdrowie własne lub innej osoby,
   2.2. w sposób gwałtowny uszkadzają lub niszczą przedmioty w najbliższym otoczeniu,
   2.3. gdy innych metod nie można zastosować lub gdy są nieskuteczne lub spodziewany efekt ich działania (np. leków) jeszcze nie nastąpił.
3. Decyzję o zastosowaniu i formie przymusu bezpośredniego wobec pacjenta podejmuje lekarz (kierownik oddziału lub lekarz dyżurny).
4. Jeżeli nie jest możliwe uzyskanie natychmiastowej decyzji lekarza o zastosowaniu przymusu bezpośredniego decyzję podejmuje pielęgniarka dyżurna, zawiadamiając niezwłocznie lekarza, co powinno być udokumentowane w karcie zastosowanego przymusu bezpośredniego.
5. Osoba podejmująca decyzję o zastosowaniu przymusu bezpośredniego uprzedza o tym pacjenta, wobec którego środek ma być podjęty, przed jego zastosowaniem.
6. Zastosowanie każdego rodzaju przymusu bezpośredniego podlega odnotowaniu w dokumentacji medycznej (raporty lekarskie i pielęgniarskie)
7. Przy wyborze środka przymusu wybierana jest forma możliwie najmniej uciążliwa dla pacjenta.
8. Każdy przypadek zastosowania przymusu podlega obowiązkowi zgłoszenia Dyrektorowi Szpitala.
9. Rejestr zastosowanych przymusów bezpośrednich prowadzi Sekcja Dokumentacji, Statystyki i Archiwum.
10. Szczegółowe zasady stosowania przymusu bezpośredniego określa obowiązująca w Szpitalu procedura.

§ 30

1. Informacji na temat stanu zdrowia pacjenta oraz procesu leczenia udziela Kierownik Oddziału lub lekarz prowadzący, a w razie ich nieobecności oraz w stanach nagłych lekarz dyżurny.
2. Prawo do uzyskiwania informacji na temat zdrowia pacjenta posiada: pacjent, jego przedstawiciel ustawowy lub opiekun praktyczny lub osoba wskazana przez pacjenta, której dane zostały odnotowane w historii choroby.
3. Przekazywana informacja powinna być zrozumiała dla odbiorcy i powinna obejmować swoim zakresem informacje dotyczące: ogólnego stanu zdrowia, rozpoznania, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wyników leczenia oraz rokowania.
4. W sytuacjach wyjątkowych, jeżeli rokowanie jest niepomyślne dla pacjenta, lekarz może ograniczyć przekazywane informacje, jeżeli według oceny lekarza przemawia za tym dobro pacjenta. W takich przypadkach lekarz przekazuje pełną informację przedstawicielowi ustawowemu lub osobie upoważnionej przez pacjenta.

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione.

5. Jeżeli w przypadku, o którym mowa w ust. 4, pacjent zażąda pełnej informacji, lekarz ma obowiązek jej udzielenia.
6. Pacjentowi, który nie ukończył 16 lat, lekarz udziela informacji w zakresie i formie niezbędnej do prawidłowego przebiegu procesu diagnostyczno - terapeutycznego.
7. Lekarz nie ma obowiązku informowania kogokolwiek w tym pacjenta, jeżeli pacjent wyrazi taką wolę.
8. Informacji na temat stanu pacjenta w zakresie niezbędnym do prowadzenia procesu pielęgnowania, osobom wymienionym w ust. 2, udziela Pielęgniarka Koordynująca lub pielęgniarka dyżurna.
9. Informacje o stanie zdrowia pacjentów udzielane są zgodnie z „Wytycznymi dotyczącymi realizacji prawa do informacji przez osoby uprawnione na odległość"

§ 31

1. Prawo do odwiedzin realizowane jest za zgodą pacjenta, który może je ograniczyć lub wykluczyć dla konkretnych osób.
2. Odwiedziny pacjentów są możliwe codziennie. Sugerowane godziny odwiedzin to:
   - od 14:00 do 17:00 w dni powszednie,
   - od 10:00 do18:00 w soboty, niedziele i święta,
   - od 16.00-18.00 – w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii

   Godziny odwiedzin mogą się różnić w zależności od oddziału i jego specyfiki.
2. W wyjątkowych sytuacjach rodzina może odwiedzać pacjenta przez całą dobę, za zgodą Kierownika Oddziału lub lekarza dyżurnego.
3. W sali chorych u jednego pacjenta mogą przebywać jednocześnie 2 osoby odwiedzające.
4. W uzasadnionych przypadkach, na prośbę personelu, osoby odwiedzające zobowiązane są opuścić sale chorych.
5. Osoby odwiedzające powinny stosować się do obowiązujących w Szpitalu przepisów sanitarno-epidemiologicznych, przeciwpożarowych, porządkowych.
6. Osoby odwiedzające zobowiązane są do podporządkowania się poleceniom i wskazówkom personelu szpitalnego. W razie złamania zasad, które mogłyby zakłócić porządek, personel ma prawo ograniczyć możliwość odwiedzin dla osoby niestosującej się do reguł.
7. Zakaz odwiedzin dotyczy osób pod wpływem alkoholu lub narkotyków oraz wykazujących objawy chorób zakaźnych.
8. Osoby niepełnoletnie mogą odwiedzać pacjentów wyłącznie w obecności dorosłego, jednak ze względów epidemiologicznych odwiedziny dzieci są niewskazane.
9. W przypadku zagrożenia epidemiologicznego lub ze względu na warunki udzielania świadczeń innym osobom chorym w Szpitalu, Dyrektor może ograniczyć prawo pacjenta do kontaktu osobistego z osobami z zewnątrz, w tym do sprawowania dodatkowej opieki przez osoby bliskie lub inne osoby wskazane przez pacjenta.
10. Każda decyzja ograniczająca czas i zakres odwiedzin pacjentów w sytuacjach określonych w regulaminie zostaje wydana przez Kierownika Oddziału lub Dyrektora Szpitala i powinna być potwierdzona w formie pisemnej oraz powinna zawierać uzasadnienie podjętej decyzji i przewidywany termin ograniczeń. Treść takiej decyzji zostaje przekazana personelowi szpitalnemu oraz pacjentom w formie pisemnej informacji.

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione.

§ 32

1. W razie pogorszenia się stanu zdrowia pacjenta, powodującego zagrożenie życia lub w razie jego śmierci, lekarz prowadzący lub lekarz dyżurny ma obowiązek niezwłocznie zawiadomić wskazaną przez pacjenta osobę lub instytucję albo przedstawiciela ustawowego.
2. Zasady postępowania w razie śmierci pacjenta zostały określone w obowiązujących w Szpitalu wewnętrznych aktach normatywnych.

Wypisanie ze Szpitala

§ 33

Wypisanie ze szpitala, jeżeli przepisy szczególne nie stanowią inaczej następuje, gdy:

1. Stan zdrowia nie wymaga dalszego leczenia w szpitalu.
2. Na żądanie pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego.
3. Pacjent w sposób rażący narusza regulamin porządkowy, a nie zachodzi obawa, że odmowa lub zaprzestanie udzielania świadczeń może spowodować bezpośrednie niebezpieczeństwo dla jej życia lub zdrowia albo życia lub zdrowia innych osób.

§ 34

1. Jeżeli przedstawiciel ustawowy zażąda wypisania ze szpitala osoby, której stan zdrowia wymaga leczenia w szpitalu, Kierownik Oddziału może odmówić wypisania do czasu wydania w tej sprawie orzeczenia przez sąd opiekuńczy chyba, że przepisy szczególne stanowią inaczej.
2. Kierownik Oddziału zawiadamia niezwłocznie właściwy sąd opiekuńczy o odmowie i przyczynach odmowy wypisania ze szpitala.
3. Pacjent występujący o wypisanie ze szpitala na własne żądanie jest informowany przez lekarza o możliwych następstwach zaprzestania leczenia w szpitalu. Pacjent ten składa pisemne oświadczenie o wypisaniu ze szpitala na własne żądanie. W przypadku braku takiego oświadczenia lekarz sporządza adnotację w dokumentacji medycznej.

§ 35

1. Pacjent, którego stan zdrowia nie wymaga dalszego leczenia szpitalnego, a który nie wyraża zgody na wypisanie ze Szpitala, ponosi koszty pobytu w szpitalu począwszy od terminu określonego przez Kierownika Oddziału, niezależnie od uprawnień do bezpłatnych świadczeń, określonych w przepisach odrębnych. Decyzję w tej sprawie podejmuje Dyrektor na wniosek Kierownika Oddziału.
2. W przypadku pacjentów małoletnich oraz osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji, jeżeli przedstawiciel ustawowy pacjenta albo osoba, na której w stosunku do pacjenta ciąży ustawowy obowiązek alimentacyjny, nie odbiera pacjenta w wyznaczonym terminie, szpital, po zawiadomieniu organu gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania, a w przypadku braku możliwości ustalenia miejsca zamieszkania, właściwej ze względu na ostatnie miejsce pobytu pacjenta, organizuje transport pacjenta na koszt gminy do miejsca zamieszania lub ośrodka dla bezdomnych.

§ 36

1. Każdy pacjent wypisany ze szpitala otrzymuje w dniu wypisu kartę informacyjną z leczenia szpitalnego, która zawiera:
   1.1. rozpoznanie choroby w języku polskim,
   1.2. opis wyników badań diagnostycznych i konsultacji,
   1.3. opis zastosowanego leczenia, a przypadku wykonania zabiegu lub operacji – datę wykonania,

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione.

1.4. wskazania dotyczące dalszego sposobu leczenia, żywienia, pielęgnowania lub trybu życia,

1.5. orzeczony przy wypisie okres czasowej niezdolności do pracy, a w miarę możliwości ocenę zdolności do wykonywania dotychczasowego zatrudnienia,

1.6. adnotacje o produktach leczniczych wraz z dawkowaniem i wyrobach medycznych w ilościach odpowiadających ilościom na receptach wystawionych pacjentowi,

1.7. terminy planowanych konsultacji, na które wystawiono skierowania.

2. Kartę informacyjną leczenia szpitalnego podpisuje Kierownik Oddziału lub lekarz przez niego upoważniony.
3. Dokumenty wypisowe wydaje w dniu wypisu sekretariat oddziału.

Udzielanie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych

§ 37

1. Świadczenia ambulatoryjne są udzielane w poradniach specjalistycznych w określonych godzinach i wg kolejności zgłoszeń z zastrzeżeniem ust. 2 i ust. 3.
2. W przypadkach nagłych, w godzinach pracy poradni, świadczenia udzielane są niezwłocznie z pominięciem kolejki.
3. Prawo do korzystania ze świadczeń zdrowotnych poza kolejnością mają osoby wskazane w atr. 47c. ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
4. Godziny pracy poradni podawane są do wiadomości pacjentów i osób zainteresowanych.
5. Rodzaj udzielanych świadczeń ambulatoryjnych jest zgodny z zakresem uprawnień wynikających z wyuczonej specjalności oraz zakresu obowiązków lekarza udzielającego porady.
6. Specjalistyczne świadczenia zdrowotne nie obejmują świadczeń ponadstandardowych określonych w obowiązujących przepisach.
7. W zakresie ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych pacjent nieposiadający skierowania ponosi koszty świadczenia.

§ 38

1. Rejestracja pacjentów do lekarzy specjalistów odbywa się na podstawie dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń zdrowotnych oraz skierowania wystawionego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego z zastrzeżeniem ust. 2 i 3
2. Skierowanie nie jest wymagane w stanach nagłego zagrożenia życia lub zdrowia.
3. Skierowania nie muszą przedstawiać: inwalidzi wojenni, osoby represjonowane, kombatanci, niewidome cywilne ofiary działań wojennych, chorzy na gruźlicę, zakażeni wirusem HIV, osoby korzystające ze świadczeń w zakresie badań dawców narządów, uprawnieni żołnierze lub pracownicy – w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych w czasie wykonywania zadań poza granicami państwa.
4. Na wizytę do lekarza specjalisty pacjent może się zarejestrować dowolnie wybranego dnia, w godzinach pracy poradni.
5. Rejestracja do lekarzy specjalistów przyjmujących w poradniach odbywa się na podstawie zgłoszenia osobistego, telefonicznego, przez Internet oraz za pośrednictwem osoby trzeciej.
6. Przy dokonywaniu rejestracji uwzględnia się wyrażone przez pacjenta prawo do wyboru lekarza.

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione.

7. Jeżeli świadczenie nie może być wykonane w dniu rejestracji, pacjent zostaje wpisany (za jego zgodą) na listę oczekujących i otrzymuje pisemną lub ustną (rejestracja telefoniczna) informację o wyznaczonym terminie świadczenia z uzasadnieniem przyczyny wyboru tego terminu.
8. W przypadku wystąpienia okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili ustalania terminu świadczenia, a które uniemożliwiają zachowanic terminu wynikającego z listy oczekujących, poradnia ma obowiązek poinformowania pacjenta w każdy dostępny sposób o zmianie terminu wizyty z podaniem przyczyny.
9. Pacjent ma obowiązek niezwłocznego powiadomienia właściwej poradni w przypadku, gdy nie może zgłosić się w wyznaczonym terminie lub rezygnuje ze świadczenia.
10. Listy oczekujących na udzielenie świadczenia podlegają okresowej, co najmniej raz w miesiącu ocenie Zespołu ds. oceny przyjęć pacjentów.

§ 39

1. W trakcie wizyty lekarz przeprowadza i dokumentuje badanie, ustala rozpoznanie i proponuje możliwe sposoby postępowania terapeutycznego.
2. W przypadku trudności z ustaleniem rozpoznania, lekarz kieruje pacjenta na dodatkowe specjalistyczne badania i ustala termin kolejnej wizyty.
3. Wszystkie czynności wykonywane przy pacjencie, informacje dotyczące przebiegu leczenia, informacje o orzeczeniach czasowej niezdolności do pracy, wydanych zaświadczeniach itp. są dokumentowane w historii zdrowia i choroby pacjenta.
4. Do historii zdrowia i choroby dołącza się skierowania, wyniki badań i inną dokumentację medyczną związaną z prowadzonym procesem leczenia.
5. W przypadku pacjentów wymagających leczenia szpitalnego, lekarz wydaje skierowanie do szpitala.

§ 40

1. Zadania lekarza specjalisty udzielającego świadczeń ambulatoryjnych:
   1.1. przyjęcie, diagnozowanie i leczenie pacjenta w przypadkach chorobowych wykraczających poza zakres kompetencji lekarza kierującego,
   1.2. udzielanie konsultacji, będącej przedmiotem prośby lekarza, który skierował pacjenta,
   1.3. przygotowanie pacjenta do planowanej diagnostyki lub przewidzianej formy leczenia, poinformowanie o wskazaniach, przeciwwskazaniach i istniejącym ryzyku zalecanego lub planowanego działania medycznego,
   1.4. wskazywanie pacjentowi, jego opiekunowi faktycznemu lub przedstawicielowi ustawowemu miejsca, w którym może być wykonana zlecona przez niego diagnostyka, leczenie lub konsultacja specjalistyczna,
   1.5. zalecanie lekarzowi kierującemu pacjenta efektywnych form diagnozowania i leczenia konkretnych przypadków chorobowych, m.in. poprzez ustalenie warunków wstępnych niezbędnych do realizacji konsultacji specjalistycznych, np. badań diagnostycznych, leżących w kompetencjach diagnostycznych lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej,
   1.6. uzasadnianie ewentualnej przyczyny odmowy leczenia, także w formie pisemnej – na prośbę lub żądanie pacjenta,
   1.7. czytelne, staranne prowadzenie dokumentacji medycznej oraz wypisywanie recept, zgodnie z obowiązującymi przepisami,
   1.8. orzekanie o czasowej niezdolności do pracy pacjenta – zgodnie z obowiązującymi przepisami.

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione.

2. Lekarz specjalista nie powinien proponować pacjentom odpłatnych form diagnostycznych lub leczniczych, wiedząc, że pacjent może uzyskać je bezpłatnie, w ramach ubezpieczenia zdrowotnego.

Udzielanie świadczeń w pracowniach diagnostycznych

§ 41

1. W laboratoriach i pracowniach diagnostycznych wykonywane są badania diagnostyczne na podstawie skierowań, wystawianych przez lekarzy kierujących.
2. Skierowanie na badanie powinno zawierać wszystkie wymagane informacje, określone w obowiązujących w Szpitalu procedurach diagnostycznych.
3. Badania oznaczone przez lekarza kierującego, jako „pilne" wykonywane są w pierwszej kolejności.
4. Wyniki badań są odbierane przez osoby upoważnione i przechowywane w historii choroby.
5. Każde wykonane badanie musi być wprowadzone do programu w systemie komputerowym bądź odpowiednio zaewidencjonowane.
6. Pacjenci, którzy posiadają skierowanie od lekarzy z Przychodni przy Szpitalu w Czerwonej Górze oraz z Wojewódzkiej Przychodni Specjalistycznej Szpitala w Czerwonej Górze zobowiązani są wykonać badania w pracowniach diagnostycznych Szpitala.

§ 42

1. Pacjenci nie muszą mieć skierowań na badania, jeżeli pokrywają koszty tych badań we własnym zakresie. Badania bez skierowania są wykonywane na wniosek pacjenta, z zastrzeżeniem ust.4, po przedstawieniu przez niego dowodu uiszczenia opłaty za badanie.
2. Pacjenci pokrywający koszty badań we własnym zakresie zobowiązani są do dokonania zapłaty za dane badanie w kasie Szpitala, a poza godzinami pracy kasy, na Izbie Przyjęć. Ceny badań określa obowiązujący w Szpitalu cennik badań.
3. Wynik badania pacjent odbiera osobiście, osoba przez niego upoważniona lub on-line poprzez konto elektroniczne.
4. Na wniosek pacjenta (bez skierowania) nie wykonuje się badań, które mogą być wykonane wyłącznie na podstawie skierowania.

Organizacja i zadania komórek organizacyjnych szpitala

§ 43

1. Zadania komórek organizacyjnych działalności podstawowej zawarte zostały w załączniku nr 2 do niniejszego regulaminu.
2. Zadania komórek ekonomicznych, administracyjnych i technicznych zawarte zostały w załączniku nr 3 do niniejszego regulaminu.

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione.

Zasady współdziałania z podmiotami zewnętrznymi w zakresie zapewnienia diagnostyki, leczenia, rehabilitacji i ciągłości postępowania

§ 44

Zasady współdziałania z innymi zewnętrznymi podmiotami medycznymi określają szczegółowo zawarte przez Szpital umowy, kontrakty i porozumienia.

Rozdział IV – Usługi i świadczenia odpłatne

§ 45

1. Szpital pobiera opłaty za:
   1.1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych osobom nieposiadającym uprawnień do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych,
   1.2. Udostępnianie dokumentacji medycznej pacjenta,
   1.3. Wykonywanie świadczeń ambulatoryjnych, innych świadczeń, badań diagnostycznych,
   1.4. Szczepienia ochronne, inne niż wynikające z odrębnych przepisów,
   1.5. Przechowywanie zwłok na podstawie obowiązujących przepisów
2. Wysokość opłat za udostępnianie dokumentacji medycznej, przechowywanie zwłok pacjenta oraz świadczenia zdrowotne, które mogą być, zgodnie z przepisami udzielane za częściową lub całkowitą odpłatnością zawiera załącznik nr 5 do niniejszego Regulaminu.
3. Wysokość pobieranych opłat za badania diagnostyczne wykonywane osobom nieposiadającym uprawnień do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych została określona w obowiązującym w Szpitalu cenniku badań, który stanowi załącznik nr 5 do niniejszego Regulaminu.

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione.

Rozdział V – Organizacja i sposób kierowania Szpitalem

Podstawowe zasady organizacyjne

Wydawanie wewnętrznych aktów normatywnych

§ 46

1. W Szpitalu wydawane są następujące wewnętrzne akty normatywne:
   1.1. Zarządzenia Dyrektora - regulujące podstawowe zagadnienia dotyczące całokształtu działalności Szpitala,
   1.2. Regulaminy wewnętrzne, procedury, instrukcje i inne dokumenty regulujące sposób realizacji zadań zakładu,
   1.3. Pisma ogólne Dyrektora - podające do wiadomości określone informacje, interpretacje przepisów zawartych w innych aktach normatywnych lub mające charakter komunikatu.
2. Opracowanie projektu wewnętrznego aktu normatywnego należy do tej komórki organizacyjnej, której zakresu działania dotyczy treść tego aktu.
3. Zasady tworzenia, zatwierdzania, wydawania oraz przechowywania i archiwizowania wewnętrznych aktów normatywnych zostały określone w procedurze nr PS-01 „Nadzór nad udokumentowaną informacją".

Polityka informacyjna Szpitala

§ 47

1. Za politykę informacyjną Szpitala odpowiedzialny jest Dyrektor Szpitala.
2. W sprawach dotyczących organizacji, finansów oraz zarządzania Szpitalem, informacji mediom udziela Dyrektor Szpitala, jego Zastępca, lub inna osoba upoważniona przez Dyrektora.
3. Kierownicy komórek organizacyjnych Szpitala mają obowiązek udzielić Dyrektorowi lub osobie przez niego upoważnionej, pisemnej informacji na temat zagadnienia, które jest przedmiotem zainteresowania mediów.
4. W sprawach dotyczących działalności medycznej Szpitala, informacji mediom udzielają: Dyrektor Szpitala lub Zastępca Dyrektora, a w sprawach dotyczących działalności poszczególnych komórek organizacyjnych, informacji mediom może udzielać kierownik właściwej komórki w porozumieniu i za zgodą Dyrektora lub jego Zastępcy.
5. Zgodę na nagrywanie, filmowanie, fotografowanie Szpitala wydaje Dyrektor Szpitala, lub jego Zastępca.
6. Nagrywanie, filmowanie, fotografowanie pacjentów dopuszczalne jest wyłącznie po uzyskaniu pisemnej zgody Pacjenta, w przypadku nieletnich - pisemnej zgody przedstawiciela ustawowego dziecka, a w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej - zgody prawnego opiekuna, oraz pisemnej zgody Dyrektora Szpitala lub Zastępcy Dyrektora i kierownika właściwego oddziału.
7. Monitoring informacji ukazujących się w mediach na temat Szpitala i jego działalności prowadzi i przedstawia Dyrektorowi Szpitala Dział Organizacyjno – Szkoleniowy.
8. Propozycje wniosku o sprostowanie publikacji w mediach lub odpowiedzi na publikację przygotowuje kierownik komórki organizacyjnej, której działalności dotyczy publikacja i przedkłada je Dyrektorowi Szpitala do akceptacji.

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione.

9. Ważne informacje dotyczące działalności Szpitala, jego poszczególnych komórek organizacyjnych należy przekazywać do Działu Organizacyjno – Szkoleniowego Szpitala w celu rozpowszechnienia w mediach lub na internetowej stronie informacyjnej Szpitala.

Udzielanie pełnomocnictw

§ 48

1. Do samodzielnego wykonywania czynności prawnych w imieniu Szpitala jest upoważniony Dyrektor.
2. Pełnomocników ustanawia i odwołuje Dyrektor określając jednocześnie granice ich umocowania.
3. Umocowanie pełnomocnictwa do działania w imieniu Szpitala wymaga formy pisemnej pod rygorem nieważności.
4. Udzielone pełnomocnictwa i upoważnienia są związane wyłącznie z osobą upoważnionego oraz z zajmowanym przez niego stanowiskiem. W przypadku zmiany osoby lub stanowiska - pełnomocnictwo lub upoważnienie wygasa.
5. Pełnomocnictwo lub upoważnienie udzielone na czas określony wygasa po upływie jego ważności.
6. Do obowiązków Dyrektora należy bieżąca aktualizacja pełnomocnictw i upoważnień niezbędnych dla prawidłowego funkcjonowania Szpitala.
7. Rejestr pełnomocnictw Szpitala oraz dokonywanie wszelkich czynności prawno – administracyjnych związanych z udzielaniem pełnomocnictw prowadzi Dział Organizacyjno – Szkoleniowy.

Sporządzanie i podpisywanie pism

§ 49

1. Każda komórka organizacyjna Szpitala prowadzi własny dziennik korespondencyjny.
2. Pisma kierowane do jednostek zewnętrznych sporządzane są na obowiązującym papierze firmowym.
3. Pisma wewnętrzne, kierowane do innych komórek organizacyjnych Szpitala sporządzane są na zwykłym papierze.
4. Pisma wychodzące z komórek organizacyjnych, przedkładane Dyrektorowi do podpisu:
   4.1. na pierwszej stronie, w lewym górnym rogu zawierają oznaczenie literowe komórki (zgodnie ze schematem organizacyjnym) oraz kolejną liczbę dziennika korespondencyjnego w danym roku (L.dz. FF-168/2012).
   4.2. sporządzane są w dwóch egzemplarzach, egzemplarz pozostający w komórce organizacyjnej jest parafowany na ostatniej stronie w lewym dolnym rogu przez autora korespondencji,
   4.3. w przypadku pisma będącego odpowiedzią, do egzemplarza pozostającego w komórce organizacyjnej należy dołączyć pismo, którego odpowiedź dotyczy,
5. Korespondencja wewnętrzna powinna być realizowana zgodnie z obowiązującą w Szpitalu instrukcją obiegu dokumentów.
6. Pracownicy sporządzający i przekazujący informacje oraz sprawozdania statystyczne do jednostek nadrzędnych, NFZ, GUS oraz innych instytucji są odpowiedzialni za ich merytoryczną treść, dane liczbowe, rzetelność i terminowość – zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie zarządzeniami i instrukcjami.

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione.

§ 50

1. Uprawnienia do podpisywania pism w imieniu Szpitala, poza Dyrektorem posiadają:
   1.1. Zastępca Dyrektora ds. Planów i Finansów, w granicach udzielonego pełnomocnictwa,
   1.2. Zastępca Dyrektora ds. Technicznych w granicach udzielonego pełnomocnictwa,
   1.3. Główny Księgowy w granicach udzielonego pełnomocnictwa,
   1.4. Pełnomocnicy w granicach umocowania.
2. Jeżeli podpisywanie pism następuje za stanowisko hierarchicznie wyższe to w przypadku:
   2.1. sytuacji jednorazowej - obok podpisu umieszcza się klauzulę "z up." tzn. z upoważnienia,
   2.2. sytuacji, w której podpisujący występuje, jako stały zastępca, wtedy obok podpisu umieszcza się klauzulę „wz" tzn. w zastępstwie.
3. Ważność dokumentów odnoszących się do obrotu środkami finansowymi jest uwarunkowana podpisami:
   3.1. Dyrektora Szpitala lub jego Zastępców,
   3.2. Głównego Księgowego lub osoby przez niego pisemnie upoważnionej,
4. Dokumenty finansowe bez podpisu osób, o których mowa w ust. 3, są nieważne.
5. Podpisywanie dokumentów obrotu pieniężnego i materiałowego oraz innych dokumentów o charakterze rozliczeniowym i kredytowym, jak też i inne sprawy nieunormowane w niniejszym regulaminie, regulują odrębne przepisy.

Nadzór nad majątkiem Szpitala

§ 51

1. Kontrolę i nadzór nad majątkiem Szpitala sprawują:
   1.1. Dyrektor.
   1.2. Kierownicy i Koordynatorzy komórek organizacyjnych.
   1.3. Pracownik prowadzący kasę.
   1.4. Pracownicy prowadzący magazyny.
   1.5. Główny Księgowy.
   1.6. Zastępca Dyrektora ds. Planów i Finansów.
   1.7. Zastępca Dyrektora ds. Technicznych.
2. Dyrektor, Zastępca Dyrektora ds. Planów i Finansów, Zastępca Dyrektora ds. Technicznych, Główny Księgowy oraz Kierownicy i Koordynatorzy komórek organizacyjnych ponoszą odpowiedzialność za:
   2.1. całokształt działalności podległych im komórek organizacyjnych,
   2.2. zabezpieczenie mienia,
   2.3. nadzór i kontrolę nad realizacją kontraktów i umów zawartych przez Szpital,
   2.4. wykonanie zadań określonych zakresem czynności.
3. Odpowiedzialność materialną pracownicy ponoszą według zasad określonych w Kodeksie Pracy.

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione.

4. Pracownik prowadzący kasę ponosi w pełnej wysokości materialną odpowiedzialność za przyjęte i przechowywane w kasie wartości majątkowe. Ponadto odpowiedzialny jest za właściwe przechowywanie i zabezpieczenie gotówki i innych walorów oraz przestrzeganie przepisów finansowych wydanych przez ustawodawcę i naczelne organy administracji państwowej oraz prezesa NBP w tym zakresie.
5. Pracownicy prowadzący magazyn odpowiadają materialnie w pełnej wysokości za ilość i jakość powierzonych im składników majątkowych, za należyte ich zabezpieczenie przed zniszczeniem lub kradzieżą oraz konserwację sprzętu i urządzeń magazynowych, a także są zobowiązani do przestrzegania przepisów o gospodarce magazynowej.
6. Powierzenie składników majątkowych, magazynu, kasy i innych wartości odbywa się wyłącznie na piśmie (inwentaryzacja, protokół zdawczo-odbiorczy przy współudziale komisji), dotyczy to również przekazania stanowisk pracy Kierowników i Koordynatorów komórek organizacyjnych.
7. Szczegółowe ustalenia w zakresie nadzoru i funkcjonowania kontroli wewnętrznej regulują zarządzenia wewnętrzne.

Stanowiska kierownicze

§ 52

1. Oddziałem, Działem oraz Wojewódzką Przychodnią Specjalistyczną Szpitala w Czerwonej Górze kieruje Kierownik.
2. Pracą pielęgniarek w Oddziale, Dziale oraz Wojewódzkiej Przychodni Specjalistycznej Szpitala w Czerwonej Górze kieruje Pielęgniarka Koordynująca.
3. Sekcją kieruje Koordynator lub bezpośredni przełożony, pod którego podlega Sekcja.
4. W przypadkach uzasadnionych Dyrektor może utworzyć stanowisko Koordynatora w innych komórkach organizacyjnych.

Zastępowanie pracowników na kierowniczych stanowiskach

§ 53

1. Dyrektor Szpitala, w czasie nieobecności jest zastępowany przez Zastępcę Dyrektora ds. Planów i Finansów, a w przypadku nieobecności Zastępcy Dyrektora ds. Planów i Finansów przez Zastępcę Dyrektora ds. Technicznych, zgodnie z udzielonymi pełnomocnictwami.
2. Na czas swojej nieobecności Dyrektor może upoważnić lekarza określonej specjalności, spośród personelu pracującego w WSS w Czerwonej Górze do załatwiania konkretnych spraw, w tym podpisywania dokumentów wymagających posiadania specjalistycznej wiedzy medycznej. Wydane lekarzowi upoważnienie zawierać będzie wyszczególnienie rodzaju czynności/dokumentów, które lekarz może podpisywać działając w zastępstwie Dyrektora.
3. Kierownika komórki organizacyjnej, w przypadku jego nieobecności, zastępuje Zastępca Kierownika, a w przypadku nieobecności Zastępcy lub nie występowania stanowiska Zastępcy Kierownika komórki organizacyjnej - wyznaczony za zgodą zwierzchnika pracownik. Na zastępującego przechodzą wszelkie prawa i obowiązki wynikające z przepisów ogólnych i niniejszego regulaminu.
4. Koordynatora, w przypadku jego nieobecności, zastępuje pracownik wskazany przez niego lub przez jego bezpośredniego przełożonego.

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione.

5. Osoby zastępujące pracowników na stanowiskach kierowniczych ponoszą odpowiedzialność za decyzje podejmowane w ramach udzielonych im pełnomocnictw (upoważnień).

Przyjmowanie i zdawanie funkcji kierowniczej

§ 54

1. Przekazywanie i objęcie funkcji kierowniczej następuje na podstawie protokołu zdawczo-odbiorczego, który winien być aprobowany przez bezpośredniego przełożonego.
2. Protokół winien zawierać:
   2.1. wykaz zdawanych - przyjmowanych akt,
   2.2. stan zdawanych - przyjmowanych zagadnień,
   2.3. wykaz spraw nie załatwionych,
   2.4. w odniesieniu do osób na stanowiskach materialnie odpowiedzialnych, wykaz składników majątkowych wg arkusza spisu z natury – zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami.

Kierowanie Szpitalem

§ 55

1. Działalnością Szpitala kieruje Dyrektor i reprezentuje go na zewnątrz.
2. Dyrektor samodzielnie podejmuje decyzje dotyczące funkcjonowania Szpitala.
3. Dyrektor ponosi odpowiedzialność za zarządzanie Szpitalem, zgodnie z art. 46 ust. 1 Ustawy o działalności leczniczej oraz § 8 Statutu Szpitala.
4. Dyrektor jest przełożonym wszystkich pracowników Szpitala i Kierownikiem zakładu pracy w rozumieniu przepisów Kodeksu Pracy.
5. Dyrektor wykonuje swoje zadania (kierownicze i zarządzające) przy pomocy:
   5.1. Głównego Księgowego, który sprawuje nadzór nad działalnością pionu ekonomicznego
   5.2. Zastępcy Dyrektora ds. Planów i Finansów, który sprawuje nadzór nad planowaniem i udzielaniem zakupów, dostaw, usług i robót budowlanych w postępowaniach prowadzonych w trybie ustawy Prawo Zamówień Publicznych i poza ustawą Pzp oraz nad finansami w zakresie zadań realizowanych w podległych mu komórkach organizacyjnych.
   5.3. Zastępcy Dyrektora ds. Technicznych, który sprawuje nadzór nad działalnością pionu techniczno-eksploatacyjno-inwestycyjnego w zakresie zadań realizowanych przez podległe mu komórki organizacyjne.
   5.4. Naczelnej Pielęgniarki, która sprawuje nadzór nad prowadzonym w Szpitalu procesem pielęgnowania.
   5.5. Kierowników i Koordynatorów komórek organizacyjnych, którzy kierują i zarządzają oddziałami, działami i sekcjami wyodrębnionymi w strukturze organizacyjnej.
6. Organem doradczym Dyrektora jest Rada Społeczna Szpitala, która jest organem inicjującym i opiniodawczym Sejmiku i Zarządu Województwa Świętokrzyskiego. Zasady i tryb działania Rady Społecznej Szpitala określa Ustawa o działalności leczniczej, Statut Szpitala oraz regulamin jej działalności.

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione.

Obowiązki i uprawnienia Dyrektora (D)

§ 56

1. Zakres obowiązków Dyrektora obejmuje m. in:
   1.1. Zarządzanie Szpitalem i odpowiedzialność za jego prawidłowe funkcjonowanie,
   1.2. Reprezentowanie Szpitala na zewnątrz,
   1.3. Składanie oświadczeń woli w imieniu Szpitala,
   1.4. Zwierzchnictwo nad wszystkimi pracownikami Szpitala,
   1.5. Organizowanie pracy Szpitala w sposób zapewniający prawidłowe udzielanie świadczeń zdrowotnych i wykonywanie zadań dydaktycznych i badawczych, zgodnie z obowiązującymi przepisami i zawartymi umowami,
   1.6. Nadzór nad pracą i sprawnym funkcjonowaniem wszystkich komórek medycznych Szpitala i Przychodni,
   1.7. Nadzór, nad jakością opieki profilaktyczno - leczniczej w Szpitalu i Przychodni,
   1.8. Zarządzanie majątkiem zakładu z uwzględnieniem rachunku ekonomicznego,
   1.9. Dokonywanie okresowych analiz zatrudnienia pracowników oraz planowanie zatrudnienia,
   1.10. Nadzór nad przestrzeganiem dyscypliny pracy przez pracowników,
   1.11. Tworzenie warunków umożliwiających rozwój zawodowy pracowników,
   1.12. Nadzór nad prowadzeniem właściwej gospodarki lekami,
   1.13. Zapewnienie Szpitalowi niezbędnego sprzętu, aparatury i leków, w sposób zgodny z zapisami ustawy Prawo Zamówień Publicznych,
   1.14. Zapewnienie zasobów do utrzymania właściwego stanu sanitarno - higienicznego i estetycznego Szpitala oraz jego otoczenia,
   1.15. Nadzór nad przestrzeganiem przepisów dotyczących zapobiegania i zwalczania chorób zakaźnych oraz inicjowanie i podejmowanie działań w zakresie zapobiegania i zwalczania chorób,
   1.16. Współpracę z innymi podmiotami leczniczymi w szczególności w zakresie zapobiegania i zwalczania chorób,
   1.17. Nadzór nad przestrzeganiem przepisów p/pożarowych i bhp,
   1.18. Organizację i koordynację zadań wynikających z obowiązku obrony Ojczyzny w tym przygotowania Szpitala do funkcjonowania w okresie zagrożenia bezpieczeństwa państwa i w czasie wojny. Nadzór nad realizacją zadań wynikających z ustaw dotyczących zarządzania kryzysowego, obrony cywilnej oraz o ochronie informacji niejawnych,
   1.19. Wydawanie poleceń wszystkim pracownikom w sytuacjach bezpośredniego zagrożenia bezpieczeństwa ludzi lub/ i mienia,
   1.20. Współpracę z organizacjami związkowymi, działającymi na terenie Szpitala,
   1.21. Przyjmowanie i rozpatrywanie skarg i wniosków, w tym skarg oraz uwag wnoszonych przez pacjentów i ich rodziny dotyczących procesu leczenia i pracy personelu medycznego,
   1.22. Wydawanie zarządzeń, decyzji oraz zatwierdzanie innych wewnętrznych aktów normatywnych niezbędnych dla prawidłowego funkcjonowania Szpitala,
   1.23. Nagradzanie i karanie pracowników oraz awansowanie, przeszeregowywanie i dokonywanie oceny przydatności pracowników medycznych Szpitala zajmujących stanowiska kierownicze,

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione.

1.24. Udzielanie urlopów wypoczynkowych i profilaktycznych pracownikom medycznym Szpitala oraz pracownikom komórek administracyjnych bezpośrednio podlegających zajmującym stanowiska kierownicze oraz koordynowanie urlopów i nadzór nad ich wykorzystaniem,

1.25. Nadzorowanie terminowego i prawidłowego prowadzenia sprawozdawczości medycznej, finansowej i innej wymaganej przepisami prawnymi oraz analizowanie materiałów sprawozdawczo – statystycznych,

1.26. Nadzór nad realizacją zaleceń jednostek nadrzędnych,

1.27. Przygotowywanie i przedkładanie do zatwierdzenia podmiotowi tworzącemu i Radzie Społecznej Szpitala:

1.27.1. projektu statutu Szpitala oraz jego zmian,

1.27.2. projektu regulaminu organizacyjnego i jego zmian,

1.27.3. projektu podziału zysku,

1.27.4. projektów programów rozwojowych Szpitala,

1.27.5. corocznych sprawozdań rzeczowo-finansowych z działalności Szpitala,

1.28. Opracowywanie planu finansowego i inwestycyjnego,

1.29. Bieżący nadzór nad wykonywaniem zadań statutowych,

1.30. Dokonywanie bieżących i okresowych ocen działalności Szpitala,

1.31. Nadzór nad utrzymaniem i doskonaleniem Systemu Zarządzania Jakości,

1.32. Nadzór nad pracą działających w Szpitalu Zespołów, Komitetów, Komisji,

1.33. Sprawowanie nadzoru nad prowadzeniem i przechowywaniem dokumentacji medycznej oraz dokonywanie okresowych kontroli tej dokumentacji,

1.34. Nadzór merytoryczny w zakresie szkolenia i dokształcania średniego i niższego personelu medycznego,

1.35. Nadzór nad funkcjonowaniem systemu informatycznego,

1.36. Nadzór nad kompleksową obsługą i utrzymaniem infrastruktury budowlanej, instalacyjnej i parku maszynowego.

2. Dyrektor podejmuje decyzje w sprawach nie uregulowanych niniejszym regulaminem.
3. Dyrektorowi podlegają wszystkie komórki organizacyjne, umieszczone w schemacie organizacyjnym Szpitala, stanowiącym załącznik nr 1 do regulaminu.
4. Wyszczególnione powyżej obowiązki oraz przyznane uprawnienia stanowią bezpośrednią podstawę do definiowania odpowiedzialności Dyrektora, jako równoznacznej z jego obowiązkami.

Obowiązki i uprawnienia Zastępcy Dyrektora ds. Planów i Finansów (DF)

§ 57

1. Zastępca Dyrektora ds. Planów i Finansów podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.
2. Zastępcy Dyrektora ds. Planów i Finansów bezpośrednio podlegają komórki organizacyjne, określone w schemacie organizacyjnym stanowiącym załącznik nr 1 do niniejszego regulaminu.
3. Zastępca Dyrektora ds. Planów i Finansów jest przełożonym wszystkich pracowników w komórkach administracyjnych podległych mu bezpośrednio, uprawnionym do

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione.

podejmowania decyzji w sprawach osobowych, w granicach pełnomocnictwa udzielonego przez Dyrektora.

4. Zastępca Dyrektora ds. Planów i Finansów realizuje nałożone zadania przy pomocy Kierowników/Koordynatorów lub w przypadku braku Kierownika/Koordynatora, przy pomocy wskazanych przez siebie pracowników podległych mu komórek organizacyjnych.
5. Zastępca Dyrektora ds. Planów i Finansów zobowiązany jest do przestrzegania przepisów o tajemnicy służbowej oraz przepisów bhp i p. poż.
6. Zastępca Dyrektora ds. Planów i Finansów sprawuje nadzór nad działalnością komórek organizacyjnych realizujących zadania w zakresie:
   6.1. opracowania, opublikowania i aktualizacji planów postępowań o udzielenie zamówień na dany rok finansowy,
   6.2. udział w opracowaniu analizy potrzeb i wymagań, uwzględniającej rodzaj i wartość zamówienia oraz wskazujący m.in. przewidywany tryb udzielenia zamówienia
   6.3. przygotowywania i prowadzenia postępowań o udzielenie zamówień publicznych na postawie ustawy Prawo Zamówień publicznych oraz postepowań prowadzonych poza ustawą w oparciu o Regulamin wewnętrzny regulujący postępowania poniżej 130 000 zł
   6.4. opracowywania i sprawowania kontroli nad umowami zawieranymi z podmiotami zewnętrznymi, przygotowywanymi przez Dział Zamówień Publicznych,
   6.5. prowadzenia gospodarki finansowej Szpitala zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa,
   6.6. opracowywania planów: finansowego i inwestycyjnego oraz gospodarowania środkami finansowymi na wykonywania zadań ujętych w planach,
   6.7. wykonywania okresowych oraz rocznych analiz ekonomicznych oraz przedstawiania Dyrektorowi Szpitala wniosków wynikających z tych analiz,
   6.8. prowadzenia systemu wynagrodzeń wraz z wszelkimi sprawami, które wiążą się z płacami, w tym: naliczania, ewidencjonowania wynagrodzeń oraz składek publiczno-prawnych według podpisanych umów oraz aktualnie obowiązujących przepisów, ustalania i sporządzania informacji oraz deklaracji do ZUS oraz US, wydawania zaświadczeń o zarobkach, raportów miesięcznych na wniosek pracownika oraz prowadzenia obowiązującej sprawozdawczości,
   6.9. prawidłowego funkcjonowania sprzętu i aparatury medycznej oraz pomiarowej,
   6.10. terminowcj naprawy, konserwacji i przeglądów sprzętu i aparatury medycznej oraz pomiarowej,
   6.11. planowania zakupów, analiz i opiniowania wniosków o zakupy inwestycyjne sprzętu i aparatury medycznej oraz pomiarowej,
   6.12. opracowywania dokumentacji do planowanych postępowań o udzielenie zamówień na usługi serwisowe aparatury medycznej oraz udziału w postępowaniach o zamówienia publiczne na zakup sprzętu i aparatury medycznej oraz pomiarowej,
   6.13. opracowywania dokumentacji do planowanych postępowań o udzielenie zamówień publicznych na usługi transportu sanitarnego, utylizacji odpadów, usługi pralnicze i sprzątania, dostawy odzieży roboczej, serwisu i naprawy sieci i urządzeń telekomunikacyjnych
   6.14. pozyskiwania, opracowywania wniosków aplikacyjnych, negocjowania i zawierania umów o dofinansowywanie z funduszy krajowych i europejskich, budżetu państwa,

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione.

ministerstwa zdrowia, z budżetu województwa świętokrzyskiego na realizację zadań w ramach obowiązujących konkursów, programów, dotacji.

6.15. zapewnienia prawidłowego postępowania z odpadami medycznymi i komunalnymi oraz merytoryczny nadzór nas prawidłową gospodarką odpadami,

6.16. zapewnienia prawidłowej realizacji umów zawartych z firmami zewnętrznymi na usługi utrzymania czystości oraz pielęgnacji terenów zewnętrznych Szpitala. usługi telekomunikacyjne, dostawy sprzętu biurowego, odzieży roboczej oraz inne zawarte zgodnie z zakresem zadań realizowanych przez Sekcję Gospodarczą.

6.17. rozliczania transportu sanitarnego i przygotowywania analiz w tym zakresie,

6.18. prowadzenia depozytu odzieży pacjentów oraz punktu rotacji i ekspedycji bielizny,

6.19. prowadzenia gospodarki magazynowej

7. **Zakres obowiązków Zastępcy Dyrektora ds. Planów i Finansów obejmuje m. in:**

7.1. Organizację pracy i nadzór na sprawnym funkcjonowaniem wszystkich komórek organizacyjnych, podległych mu bezpośrednio

7.2. Organizację i nadzór nad prawidłowym funkcjonowaniem komunikacji wewnętrznej,

7.3. Ciągłe doskonalenie procesów realizowanych przez podległe komórki,

7.4. Nadzór nad prowadzeniem, przechowywaniem i archiwizowaniem dokumentów wytworzonych i przechowywanych w komórkach mu podległych.

7.5. Dokonywanie okresowych analiz dotyczących zatrudniania pracowników oraz udział w planowaniu zatrudnienia.

7.6. Koordynowanie procesu okresowych ocen pracowników.

7.7. Udział w opracowywaniu budżetów dla komórek organizacyjnych.

7.8. Udział w opracowywaniu planów finansowych, programów naprawczych.

7.9. Nadzór nad prowadzoną sprawozdawczością wymaganą przez organy nadrzędne.

7.10. Dokonywanie oceny celowości i prawidłowości wydatkowania środków finansowych Szpitala,

7.11. Udział w opracowywaniu planów inwestycyjno-remontowych i zakupów inwestycyjnych,

7.12. Udział w działających w Szpitalu Zespołach, Komisjach, Komitetach,

7.13. Współpraca z instytucjami zewnętrznymi w zakresie realizowanych zadań i udzielonego pełnomocnictwa.

7.14. Wykonywanie innych poleceń Dyrektora merytorycznie związanych z zajmowanym stanowiskiem.

8. **Uprawnienia Zastępcy Dyrektora ds. Planów i Finansów:**

8.1. Zarządzanie zasobami ludzkimi w podległych komórkach organizacyjnych,

8.2. Prawo dostępu do wszystkich dokumentów i informacji dotyczących działalności Szpitala, niezbędnych do prawidłowego sprawowania funkcji Zastępcy Dyrektora,

8.3. Udział w komisjach: przetargowych, inwentaryzacyjnych, kasacyjnych i innych w miarę potrzeby,

8.4. Prawo przebywania na terenie wszystkich obiektów i komórek organizacyjnych Szpitala z uwzględnieniem wymogów sanitarno - epidemiologicznych lub/i zasad bezpieczeństwa,

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione.

8.5. Reprezentowanie Szpitala na zewnątrz w sprawach związanych z realizowanymi zadaniami,

8.6. Wnioskowanie w sprawach awansowania, przeszeregowywania, karania i oceny przydatności pracowników komórek mu podległych,

8.7. Udzielanie urlopów pracownikom zajmującym stanowiska kierownicze w komórkach mu podległych,

8.8. Przeprowadzanie kontroli podległych komórek organizacyjnych w zakresie realizacji określonych dla nich zadań,

8.9. Składanie oświadczeń woli w imieniu Szpitala, w granicach otrzymanego pełnomocnictwa,

8.10. Wydawanie poleceń wszystkim pracownikom w trakcie zastępowania Dyrektora.

9. Wyszczególnione powyżej obowiązki oraz przyznane uprawnienia stanowią bezpośrednią podstawę do definiowania odpowiedzialności pracownika, jako równoznacznej z jego obowiązkami

Obowiązki i uprawnienia Zastępcy Dyrektora ds. Technicznych (DT)

§ 58

1. Zastępca Dyrektora ds. Technicznych podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.
2. Zastępcy Dyrektora ds. Technicznych bezpośrednio podlegają komórki organizacyjne, określone w schemacie organizacyjnym stanowiącym załącznik nr 1 do niniejszego regulaminu.
3. Zastępca Dyrektora ds. Technicznych jest przełożonym wszystkich pracowników w komórkach administracyjnych podległych mu bezpośrednio, uprawnionym do podejmowania decyzji w sprawach osobowych, w granicach pełnomocnictwa udzielonego przez Dyrektora.
4. Zastępca Dyrektora ds. Technicznych realizuje nałożone zadania przy pomocy Kierowników/Koordynatorów lub w przypadku braku Kierownika/Koordynatora, przy pomocy wskazanych przez siebie pracowników podległych mu komórek organizacyjnych.
5. Zastępca Dyrektora ds. Technicznych zobowiązany jest do przestrzegania przepisów o tajemnicy służbowej oraz przepisów bhp i p. poż.
6. Zastępca Dyrektora ds. Technicznych sprawuje nadzór nad działalnością komórek administracyjno - organizacyjnych realizujących zadania w zakresie:

   6.1 opracowania i aktualizacji planów postępowań inwestycyjno – remontowych dla zadań rocznych i wieloletnich,

   6.2 udział merytoryczny pod kątem technicznym w opracowaniu analiz potrzeb i wymagań, uwzględniający rodzaj, zakres i wartość zamówienia oraz wskazujący m.in. przewidywany tryb udzielenia zamówienia,

   6.3 przygotowywania materiałów merytorycznych do prowadzenia postępowań inwestycyjno-remontowych o udzielenie zamówień publicznych na podstawie ustawy Prawo Zamówień Publicznych oraz postępowań prowadzonych poza ustawą w oparciu o Regulamin wewnętrzny regulujący postepowania poniżej 130 000 zł,

   6.4 opracowywania i sprawowania kontroli nad umowami zawieranymi z podmiotami zewnętrznymi, przygotowywanymi przez Dział Zamówień Publicznych a dotyczących pionu techniczno-eksploatacyjno-inwestycyjnego,

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione.

6.5 opracowywania okresowych oraz rocznych analiz oraz przedstawiania Dyrektorowi Szpitala wniosków wynikających z tych analiz,

6.6 prawidłowego funkcjonowania urządzeń, instalacji oraz aparatury pomiarowej (niemedycznej)

6.7 terminowej naprawy, konserwacji i przeglądów budynków, urządzeń, instalacji oraz aparatury pomiarowej,

6.8 planowania zakupów, analiz i opiniowania wniosków o zakupy inwestycyjne urządzeń oraz aparatury diagnostycznej (technicznej) i pomiarowej,

6.9 opracowywania dokumentacji do planowanych postępowań o udzielenie zamówień na wykonanie prac inwestycyjno-remontowych, usługi serwisowe, zakupy inwestycyjne urządzeń oraz aparatury diagnostycznej (technicznej) i pomiarowej oraz udziału w postępowaniach o zamówienia publiczne,

7. **Zakres obowiązków Zastępcy Dyrektora ds. Technicznych obejmuje m. in. :**

7.1 Organizację pracy i nadzór na sprawnym funkcjonowaniem wszystkich komórek organizacyjnych, podległych mu bezpośrednio.

7.2 Organizację i nadzór nad prawidłowym funkcjonowaniem komunikacji wewnętrznej.

7.3 Ciągłe doskonalenie procesów realizowanych przez podległe komórki.

7.4 Nadzór nad prowadzeniem, przechowywaniem i archiwizowaniem dokumentów wytworzonych i przechowywanych w komórkach mu podległych.

7.5 Dokonywanie okresowych analiz dotyczących zatrudniania pracowników oraz udział w planowaniu zatrudnienia.

7.6 Koordynowanie procesu okresowych ocen pracowników wszystkich komórek organizacyjnych podległych mu bezpośrednio.

7.7 Współpraca z biurami projektowymi w zakresie opracowania dokumentacji projektowych i kosztowych poszczególnych zadań inwestycyjnych.

7.8 Sprawdzanie i opiniowanie otrzymanej z biura projektów dokumentacji projektowej i kosztorysowej poszczególnych zadań inwestycyjnych w zakresie budowlanym.

7.9 Bezpośredni nadzór nad wykonywanymi robotami budowlanymi na terenie Szpitala.

7.10 Dbanie o terminowe i jakościowe wykonywanie robót przez wykonawcę.

7.11 Koordynowanie nadzoru nad branżami instalacyjnymi.

7.12 Systematyczne informowanie przełożonego o stanie realizacji poszczególnych zadań inwestycyjnych, w szczególności dotyczących zagrożeń w terminie ich realizacji i rozliczenia.

7.13 Dokonywanie odbiorów częściowych i końcowych poszczególnych zadań inwestycyjnych.

7.14 Pełnienie nadzoru inwestorskiego nad prowadzonymi robotami w zakresie posiadanych uprawnień oraz potwierdzanie wykonywanych robót budowlanych w Dzienniku budowy.

7.15 Udział w opracowywaniu planów finansowych, programów naprawczych.

7.16 Nadzór nad prowadzoną sprawozdawczością wymaganą przez organy nadrzędne.

7.17 Aktualizowanie i wdrażanie programów likwidacji uchybień budowlanych i instalacyjnych oraz optymalizacji wykorzystania zasobów infrastrukturalnych i materiałowych Szpitala,

7.18 Udział w opracowywaniu planów inwestycyjno-remontowych i zakupu narzędzi oraz sprzętu,

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione.

7.19 Udział w działających w Szpitalu Zespołach, Komisjach, Komitetach

7.20 Współpraca z instytucjami zewnętrznymi w zakresie realizowanych zadań i udzielonego pełnomocnictwa.

7.21 Wykonywanie innych pleceń Dyrektora merytorycznie związanych z zajmowanym stanowiskiem.

8. **Uprawnienia Zastępcy Dyrektora ds. Technicznych:**

8.1 Zarządzanie zasobami ludzkimi w podległych komórkach organizacyjnych.

8.2 Prawo dostępu do wszystkich dokumentów i informacji dotyczących działalności Szpitala, niezbędnych do prawidłowego sprawowania funkcji Zastępcy Dyrektora ds. Technicznych.

8.3 Udział w komisjach: przetargowych, inwentaryzacyjnych, kasacyjnych i innych w miarę potrzeby.

8.4 Prawo przebywania na terenie wszystkich obiektów i komórek organizacyjnych Szpitala z uwzględnieniem wymogów sanitarno - epidemiologicznych lub/i zasad bezpieczeństwa.

8.5 Prawo do weryfikacji nagrań z monitoringu na potrzeby ustalenia przyczyn zdarzeń typu: uszkodzenia mienia, infrastruktury oraz komunikacyjnych.

8.6 Reprezentowanie Szpitala na zewnątrz w sprawach związanych z realizowanymi zadaniami.

8.7 Wnioskowanie w sprawach awansowania, przeszeregowywania, karania i oceny przydatności pracowników komórek mu podległych.

8.8 Udzielanie urlopów pracownikom zajmującym stanowiska koordynatorów w komórkach mu podległych.

8.9 Przeprowadzanie kontroli podległych komórek organizacyjnych w zakresie realizacji określonych dla nich zadań,

8.10 Składanie oświadczeń woli w imieniu Szpitala, w granicach otrzymanego pełnomocnictwa,

8.11 Wydawanie poleceń wszystkim pracownikom w trakcie zastępowania Dyrektora.

9. Wyszczególnione powyżej obowiązki oraz przyznane uprawnienia stanowią bezpośrednią podstawę do definiowania odpowiedzialności pracownika, jako równoznacznej z jego obowiązkami.

Obowiązki i uprawnienia Głównego Księgowego (DE)

§ 59

1. Główny Księgowy podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.
2. Główny Księgowy jest przełożonym wszystkich pracowników pionu ekonomicznego w podległych mu komórkach organizacyjnych, uprawnionym do podejmowania decyzji w sprawach osobowych, w granicach upoważnienia udzielonego przez Dyrektora. Podczas nieobecności Głównego Księgowego zastępuje Zastępca Głównego Księgowego.
3. Głównemu Księgowemu bezpośrednio podlegają komórki organizacyjne, określone w schemacie organizacyjnym stanowiącym załącznik nr 1 do niniejszego regulaminu.
4. Główny Księgowy prowadzi politykę finansową Szpitala w oparciu o obowiązujące przepisy o finansach publicznych i rachunkowości.
5. Główny Księgowy zobowiązany jest do przestrzegania przepisów o tajemnicy służbowej oraz przepisów bhp i p. poż.

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione.

6. **Zakres obowiązków Głównego Księgowego obejmuje m. in:**
   6.1. Nadzór na sprawnym funkcjonowaniem podległych mu komórek organizacyjnych,
   6.2. Prowadzenie prawidłowej polityki finansowej w Szpitalu,
   6.3. Dokonywanie oceny celowości i prawidłowości wydatkowania środków finansowych Szpitala,
   6.4. Dokonywanie bieżących i okresowych analiz ekonomicznych,
   6.5. Udział w opracowywaniu planów inwestycyjno-remontowych i zakupów inwestycyjnych.
   6.6. Określanie zasad sporządzania, przyjmowania, obiegu, i kontroli dokumentów finansowych w sposób zapewniający właściwy przebieg operacji gospodarczych oraz ochronę mienia będącego w posiadaniu WSS,
   6.7. Prowadzenie wymaganej sprawozdawczości finansowej,
   6.8. Opracowywanie planów rzeczowo – finansowych Szpitala we współpracy z właściwymi merytorycznie kierownikami/koordynatorami komórek organizacyjnych,
   6.9. Zapewnienie pod względem finansowym prawidłowości umów zawieranych przez Szpital,
   6.10. Prawidłowe wykorzystanie przydzielonych środków finansowych np. dotacji lub innych środków będących w dyspozycji Szpitala,
   6.11. Sporządzanie kompleksowych analiz ekonomicznych Szpitala na potrzeby Dyrektora, podmiotu tworzącego, rady społecznej i innych uprawnionych podmiotów,
   6.12. Opracowywanie projektów wewnętrznych aktów normatywnych, dotyczących prowadzenia polityki rachunkowości, a w szczególności planu kont, obiegu dokumentów księgowych, zasad przeprowadzania i rozliczania inwentaryzacji oraz ich bieżąca aktualizacja,
   6.13. Współpraca z biegłym rewidentem,
   6.14. Bieżąca kontrola i przeprowadzanie okresowych inwentaryzacji kasy.
   6.15. Wykonywanie innych poleceń Dyrektora merytorycznie związanych z zajmowanym stanowiskiem.
   6.16. Koordynacja i kontrola procesu budżetowania.
7. Główny Księgowy wykonuje obowiązki oraz ponosi odpowiedzialność zgodnie z ustawą o finansach publicznych i ustawą o rachunkowości.
8. **Uprawnienia Głównego Księgowego:**
   8.1. Składanie oświadczeń woli w imieniu Szpitala, w granicach otrzymanych pełnomocnictw,
   8.2. Prawo dostępu do wszystkich dokumentów i informacji dotyczących działalności Szpitala, niezbędnych do prawidłowego sprawowania funkcji Głównego Księgowego,
   8.3. Udział w komisjach: przetargowych, inwentaryzacyjnych, kasacyjnych i innych w miarę potrzeby,
   8.4. Przebywanie na terenie wszystkich obiektów i komórek organizacyjnych Szpitala, z uwzględnieniem wymogów sanitarno - epidemiologicznych lub/i zasad bezpieczeństwa,
   8.5. Reprezentowanie Szpitala na zewnątrz w sprawach związanych z realizowanymi zadaniami,
   8.6. Wnioskowanie w sprawach awansowania, przeszeregowywania, karania i oceny przydatności pracowników w podległych mu komórkach organizacyjnych,

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione.

8.7. Udzielanie urlopów pracownikom pionu ekonomicznego zajmującym stanowiska kierownicze w podległych mu komórkach organizacyjnych oraz koordynowanie urlopów i nadzór nad ich wykorzystaniem,

8.8. Przeprowadzanie kontroli podległych komórek organizacyjnych w zakresie realizacji określonych dla nich zadań.

8.9. Merytoryczna ocena podległego personelu,

8.10. Prawo żądania od osób funkcyjnych sporządzających dokumenty finansowe, aby były one zgodne z obowiązującymi wymogami,

8.11. Zgłaszanie wniosków, propozycji i projektów dotyczących działań operacyjnych lub/i strategicznych z zakresu realizowanych zadań,

9. Wyszczególnione powyżej obowiązki oraz przyznane uprawnienia stanowią bezpośrednią podstawę do definiowania odpowiedzialności pracownika, jako równoznacznej z jego obowiązkami.

System Kontroli Zarządczej i Zarządzania ryzykiem

§ 60

1. Kontrola zarządcza to ogół działań podejmowanych dla zapewnienia realizacji celów i zadań w sposób zgodny z prawem, efektywny, oszczędny i terminowy - opracowany w celu zagwarantowania racjonalnej realizacji celów w następujących obszarach:
1.1.zgodności działalności z przepisami prawa oraz procedurami wewnętrznymi,

1.2. skuteczności i efektywności działania,

1.3. wiarygodności sprawozdań,

1.4. ochrony zasobów,

1.5. przestrzegania i promowania zasad etycznego postępowania,

1.6. efektywności i skuteczności przepływu informacji,

1.7. zarządzania ryzykiem.

2. Sposób organizacji i zasad przeprowadzania kontroli zarządczej w Szpitalu określa Regulamin Kontroli Zarządczej.

Koordynator Kontroli Zarządczej (DU)

§ 61

1. Do zadań Koordynatora Kontroli Zarządczej należy w szczególności:

1.1. wspieranie kierownika Szpitala w zakresie realizacji kontroli zarządczej, gromadzenie niezbędnych danych oceny systemu kontroli zarządczej oraz dostarczanie Dyrektorowi Szpitala wszelkich informacji w tym zakresie,

1.2. komunikowanie zidentyfikowanych niezgodności i problemów kierownictwu,

1.3. monitorowanie wdrożenia zaleceń przedstawionych w planach działania,

1.4. aktualizacja dokumentacji związanej z Regulaminem Kontroli Zarządczej,

1.5. załatwianie korespondencji związanej z wykonywaniem zadań wynikających z zakresu czynności w tym przedkładanie pism i korespondencji do aprobaty przełożonych,

1.6. dokonywanie przeglądu funkcjonujących regulacji wewnętrznych w poszczególnych komórkach organizacyjnych Szpitala pod kątem realizacji celów kontroli zarządczej.

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione.

1.7. przedstawianie kierownikowi Szpitala propozycji sposobu monitorowania i udoskonalania systemu kontroli zarządczej.

1.8. sporządzanie zbiorczej informacji o stanie kontroli zarządczej w Szpitalu.

1.9. udzielanie wyjaśnień w ramach przeprowadzanych w jednostce kontroli i nadzorów wewnętrznych,

1.10. współpraca z komórkami organizacyjnymi Szpitala oraz Sekcją ds. Jakości,

1.11. przechowywanie dokumentacji z kontroli realizacji kontroli zarządczej przeprowadzonych przez Szpital oraz korespondencji z nią związanej,

1.12. przedstawienie Dyrektorowi Szpitala propozycji usprawnień w określonych obszarach działalności poszczególnych komórek organizacyjnych Szpitala w tym monitorowania i udoskonalenia funkcjonujących procedur systemu zarządzania ryzykiem,

1.13. przeprowadzanie oceny i analizy ryzyka,

1.14. przygotowanie dokumentacji procesu identyfikowania ryzyk w Szpitalu i sporządzanie zbiorczego rejestru ryzyk w Szpitalu oraz zbiorczego raportu w zakresie zarządzania ryzykiem dla Szpitala.

2. Wymienione zadania Koordynator realizuje we współpracy z kadrą kierowniczą Szpitala oraz Zespołem ds. kontroli Zarządczej.

Obowiązki, uprawnienia i odpowiedzialność kierowników oddziałów i działów medycznych

§ 62

1. Kierownik Oddziału i Kierownik Działu podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.
2. Do podstawowych zadań i obowiązków Kierownika Oddziału i Kierownika Działu należy zarządzanie i kierowanie oddziałem/działem, w tym procesem diagnostyki, leczenia i rehabilitacji odpowiednio do reprezentowanej specjalności, a w szczególności:

2.1. Prawidłowa organizacja procesu diagnostyczno – leczniczego,

2.2. Przestrzeganie dyscypliny ekonomicznej i finansowej przy realizacji zadań podległej komórki organizacyjnej,

2.3. Racjonalne i zgodne z przeznaczeniem wykorzystanie majątku i środków oddziału,

2.4. Zapewnienie w oddziale odpowiedniej, jakości usług na poziomie obowiązującego standardu, stosownie do możliwości finansowych Szpitala, stosowanie w oddziale metod leczenia zgodnych z poziomem wiedzy lekarskiej, przy zachowaniu dyscypliny finansowej związanej z przekazanymi środkami,

2.5. Podejmowanie, w trybie obowiązującym w szpitalu, działań w celu zapewnienia zasobów wymaganych dla realizacji zadań, z uwzględnieniem możliwości finansowych oddziału/działu,

2.6. Przestrzeganie obowiązujących norm etycznych i praw pacjentów związanych z prowadzoną działalnością,

2.7. Analizowanie potrzeb oddziału/działu i przedkładanie ich przełożonemu,

2.8. Racjonalna, dostosowana do stawianych zadań polityka kadrowa, w tym związana z doskonaleniem umiejętności, aktualizacją wiedzy i rozwojem zawodowym,

2.9. Nadzór, nad jakością dokumentacji, jej przepływem, bezpieczeństwem i prawidłową archiwizacją,

2.10. Nadzór nad racjonalnym wykorzystaniem zasobów wydzielonych dla potrzeb działalności oddziału/działu,

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione.

2.11. Przedkładanie do zaopiniowania dyrekcji wszystkich decyzji rodzących skutki ekonomiczne,
2.12. Nadzór i podejmowanie skutecznych działań w celu zapewnienia bezpieczeństwa ludzi i mienia w trakcie realizacji procesu diagnostyczno – leczniczego,
2.13. Nadzór nad stanem techniczno – sanitarnym infrastruktury stanowiącej środowisko opieki związane z działalnością oddziału/działu,
2.14. Skuteczne i efektywne realizowanie kontraktów i umów zawartych przez Szpital, w części mającej zastosowanie do działalności oddziału/działu,
2.15. Analiza i planowanie działalności dla celów kontraktowania świadczeń zdrowotnych oraz analiza realizacji kontraktów,
2.16. Nadzór nad stanem epidemiologicznym oddziału/działu, podejmowanie działań profilaktycznych, eliminowanie i analiza incydentów epidemiologicznych oraz właściwe prowadzenie wymaganej dokumentacji dotyczącej zagadnień epidemiologicznych,
2.17. Zgłaszanie pielęgniarce epidemiologicznej wszystkich przypadków zakażeń szpitalnych, obserwacji, spostrzeżeń i wniosków w tym zakresie,
2.18. Współpraca z Wojewódzką Przychodnią Specjalistyczną Szpitala w Czerwonej Górze w zakresie udzielania porad i funkcjonowania poradni specjalistycznych,
2.19. Udział w działających w Szpitalu Zespołach, Komisjach, Komitetach,
2.20. Nadzór nad przestrzeganiem zasad bhp i p/poż przez podległy personel,
2.21. Współpraca z kadrą kierowniczą Szpitala w zakresie realizowanych zadań i celów,
2.22. Współpraca z kadrą kierowniczą innych podmiotów leczniczych, konsultantami oraz kadrą kierowniczą organów samorządowych i państwowych, w zakresie dotyczącym działalności oddziału/działu.
2.23. Realizacja decyzji i poleceń przełożonych oraz innych kompetentnych służb w sytuacjach nadzwyczajnych związanych z wystąpieniem zagrożenia epidemiologicznego, klęską żywiołową, katastrofą, wypadkiem masowym, atakiem terrorystycznym lub innymi zdarzeniami o podobnym charakterze,
2.24. Udzielanie wyjaśnień dotyczących skarg i zażaleń na działalność działu/oddziału,
2.25. Nadzór nad utrzymaniem i doskonaleniem Systemu Zarządzania Jakością.

3. Kierownik Oddziału i Kierownik Działu posiada uprawnienia do:
3.1. Dostępu do informacji w zakresie: rachunku ekonomicznego, przyjętej strategii, realizowanych celów oraz planów kierownictwa Szpitala związanych z funkcjonowaniem oddziału/działu,
3.2. Merytorycznej oceny podległych pracowników,
3.3. Opiniowania projektów, zamówień, planów i umów dotyczących obszaru działania oddziału/działu,
3.4. Wnioskowania, analizowania, zgłaszania projektów i propozycji dotyczących zakresu działalności oddziału/działu,
3.5. Delegowania niektórych uprawnień, bez możliwości delegowania odpowiedzialności,
3.6. Podejmowania decyzji w sprawach personelu zatrudnionego w oddziale/dziale.

4. Odpowiedzialność Kierownika Oddziału/Działu:
4.1. Kierownik ponosi odpowiedzialność za sprawne funkcjonowanie oddziału, utrzymanie jakości udzielanych świadczeń, zachowanie limitów zakontraktowanych usług oraz związanych z tym limitów finansowych.

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione.

4.2. Kierownik ponosi odpowiedzialność za przyznany budżet i realizację planu usług składając Dyrekcji wyjaśnienia w sprawie ewentualnych przekroczeń, nadzoruje gospodarkę lekami w oddziale/dziale.

4.3. Kierownik ponosi odpowiedzialność za stan ilościowy oraz prawidłowe wykorzystanie sprzętu i aparatury medycznej.

4.4. Kierownik jest zobowiązany do bezwzględnego przestrzegania dyscypliny finansowej w obszarach:

4.4.1. realizacji udzielanych świadczeń zgodnych z miesięcznym planem oraz ich zakresem określonych wartością punktową,

4.4.2. bieżącego monitorowania wartości zrealizowanych punktów w poszczególnych zakresach udzielanych świadczeń,

4.4.3. realizacji budżetu kosztów przypisanego oddziałowi/działowi.

Wspólne obowiązki, uprawnienia i odpowiedzialność osób zajmujących kierownicze stanowiska w szpitalu

§ 63

Obowiązki:

1. Pracownik zajmujący kierownicze stanowisko zobowiązany jest do planowania, organizowania, nadzorowania oraz kontroli funkcjonalnej działalności komórki organizacyjnej, którą kieruje.
2. W szczególności do obowiązków Kierownika i Koordynatora należy:
   2.1. Kierowanie pracą podległych osób,
   2.2. Rozdział zadań i środków do ich wykonania, z uwzględnieniem ich rangi, priorytetu, kwalifikacji fachowych i obciążenia pracą bieżącą wykonawców,
   2.3. Zwiększanie efektywności i skuteczności działania komórki organizacyjnej,
   2.4. Sprawowanie kontroli nad zdarzeniami gospodarczymi,
   2.5. Nadzór służbowy nad wykonywanymi zadaniami,
   2.6. Nadzór nad warunkami pracy pracowników,
   2.7. Ocenianie pracowników,
   2.8. Nadzorowanie przestrzegania przez podległych pracowników obowiązujących ich przepisów i norm etycznych,
   2.9. Nadzór nad utrzymaniem i doskonaleniem Systemu Zarządzania Jakością,
   2.10. Adaptacja nowo przyjętych do pracy pracowników, w tym wprowadzenie w specyfikę przydzielonych zadań, udzielanie wyjaśnień dotyczących ich nowych obowiązków, uprawnień oraz zakresu ich odpowiedzialności,
   2.11. Inspirowanie i wspieranie rozwoju zawodowego podległych pracowników,
   2.12. Analizowanie i doskonalenie struktury zatrudnienia w podległych komórkach organizacyjnych,
   2.13. Nadzór nad przestrzeganiem obowiązujących wewnętrznych aktów normatywnych.

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione.

§ 64

Uprawnienia:

Do uprawnień pracownika zajmującego kierownicze stanowisko należy:

1. Dobór kandydatów do pracy w podległych komórkach organizacyjnych.
2. Wnioskowanie w sprawie nagradzania lub karania podległych pracowników.
3. Autonomiczne decydowanie o:
   3.1. Sposobie wykonywania przydzielonych zadań i organizacji pracy w podległej komórce organizacyjnej,
   3.2. Podpisywanie korespondencji zgodnie z przyznanymi uprawnieniami,
   3.3. Udzielanie upoważnień do załatwiania określonych spraw podległym pracownikom.

§ 65

Odpowiedzialność:

1. Odpowiedzialność pracowników zatrudnionych na stanowiskach kierowniczych w Szpitalu jest tożsama z nałożonymi obowiązkami na poszczególnych Kierowników i Koordynatorów, wynikającymi z zadań statutowych Szpitala, wytyczonych celów oraz sytuacji finansowej Szpitala.
2. Pracownicy na stanowiskach kierowniczych w swoim działaniu powinni kierować się przekonaniem, że od efektywności i skuteczności ich działania zależy zarówno zdolność sprostania nałożonym na Szpital zadań, kondycja finansowa, bezpieczeństwo ludzi i mienia oraz wizerunek w społeczeństwie.
3. Osoby zajmujące kierownicze stanowiska w Szpitalu ponoszą odpowiedzialność za:
   3.1. Działalność komórki organizacyjnej, zgodnie z obowiązującymi przepisami,
   3.2. Realizację, efektywność i skuteczność działania, w tym szczególnie za realizację odpowiednio do rodzaju komórki organizacyjnej, kontraktów i umów stanowiących źródła finansowania działalności Szpitala,
   3.3. Znajomość i stosowanie w praktyce obowiązujących aktów prawnych, w tym zaznajomienie podległych pracowników z dotyczącymi ich aktami prawnymi,
   3.4. Efektywne wykorzystanie czasu pracy przez podległych pracowników oraz terminowe, zgodne z przepisami Kodeksu Pracy udzielanie urlopów wypoczynkowych,
   3.5. Racjonalne wykorzystywanie przydzielonych zasobów,
   3.6. Terminowe i rzetelne opracowywanie dokumentów sprawozdawczych, analitycznych i informacji z zakresu realizowanych zadań przez daną jednostkę organizacyjną.

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione.

Przepisy porządkowe

§ 66

1. Na terenie Szpitala obowiązuje zakaz palenia wyrobów tytoniowych.
2. Za nieprzestrzeganie zakazu palenia wyrobów tytoniowych przez pracowników Szpitala stosowane będą kary przewidziane w art. 108 Kodeksu Pracy, natomiast pacjent łamiący w/w zakaz, może być wypisany ze Szpitala.
3. Pacjenci mogą korzystać z odbiorników telewizyjnych znajdujących się na salach chorych oraz z aparatów telefonicznych, umieszczonych na korytarzach.
4. Zabrania się pacjentom opuszczania oddziału bez powiadomienia pielęgniarki dyżurnej lub lekarza leczącego o miejscu oddalenia.
5. Cisza nocna obowiązuje od godziny 22^{00} do 6^{00} rano. W tym czasie pacjenci mają obowiązek przebywania w sali chorych.
6. Na terenie Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze oraz obiektach przyległych stosowany jest monitoring wizyjny. Zasady obsługi i korzystania z monitoringu reguluje przyjęta w Szpitalu procedura.

Postanowienia końcowe

§ 67

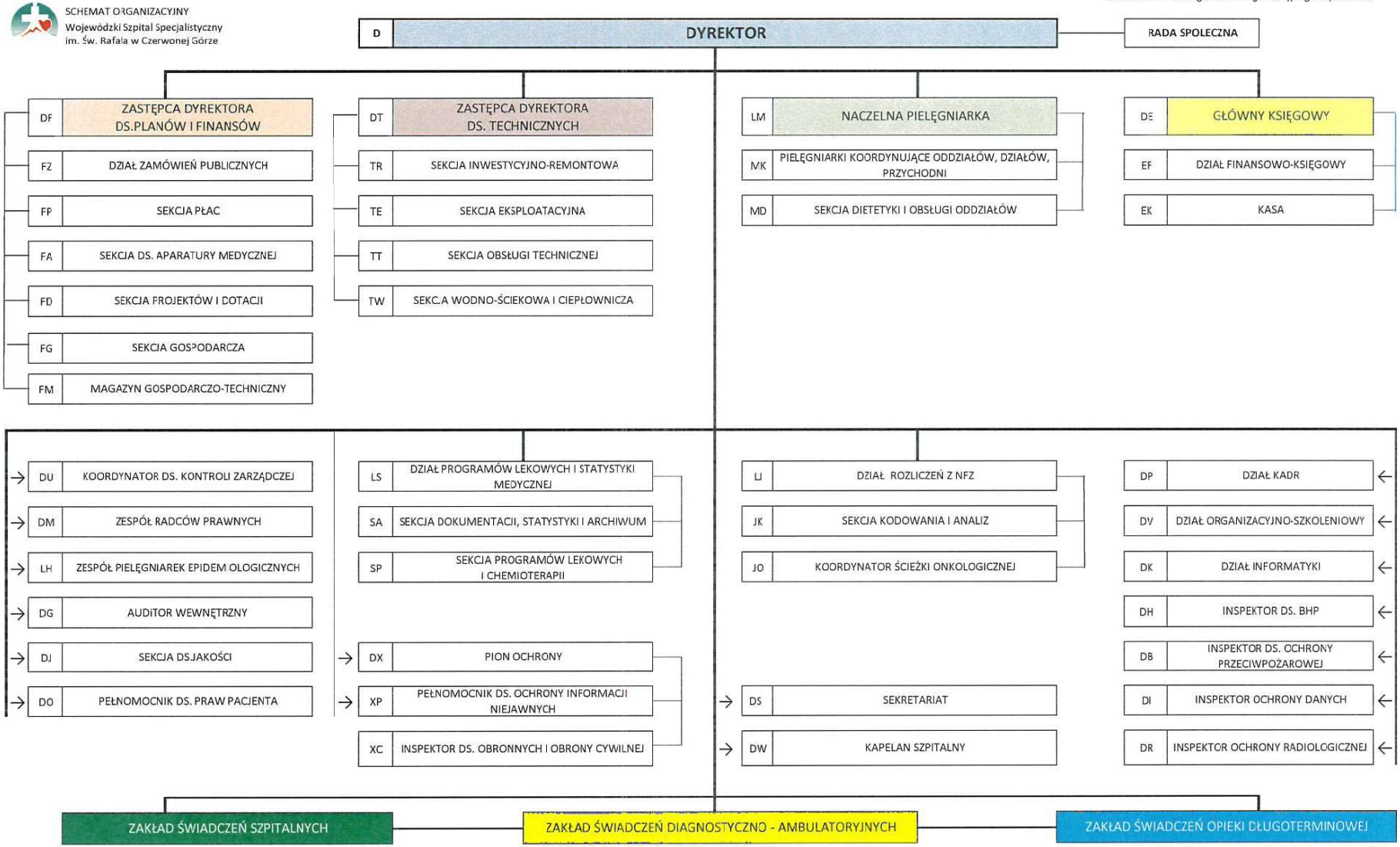
1. Niniejszy Regulamin Organizacyjny został ustalony przez Dyrektora Szpitala i podlega zaopiniowaniu przez Radę Społeczną Szpitala.
2. Wszelkie zmiany w regulaminie są dokonywane przez Dyrektora i opiniowane przez Radę Społeczną.
3. Regulamin oraz wprowadzane w nim zmiany obowiązują od dnia określonego w zarządzeniu Dyrektora wprowadzającego regulamin w życie.
4. Wewnętrzne Regulaminy poszczególnych komórek organizacyjnych zatwierdza Dyrektor. Postanowienia zawarte w regulaminach wewnętrznych nie mogą być sprzeczne z postanowieniami niniejszego Regulaminu.

Dyrektor

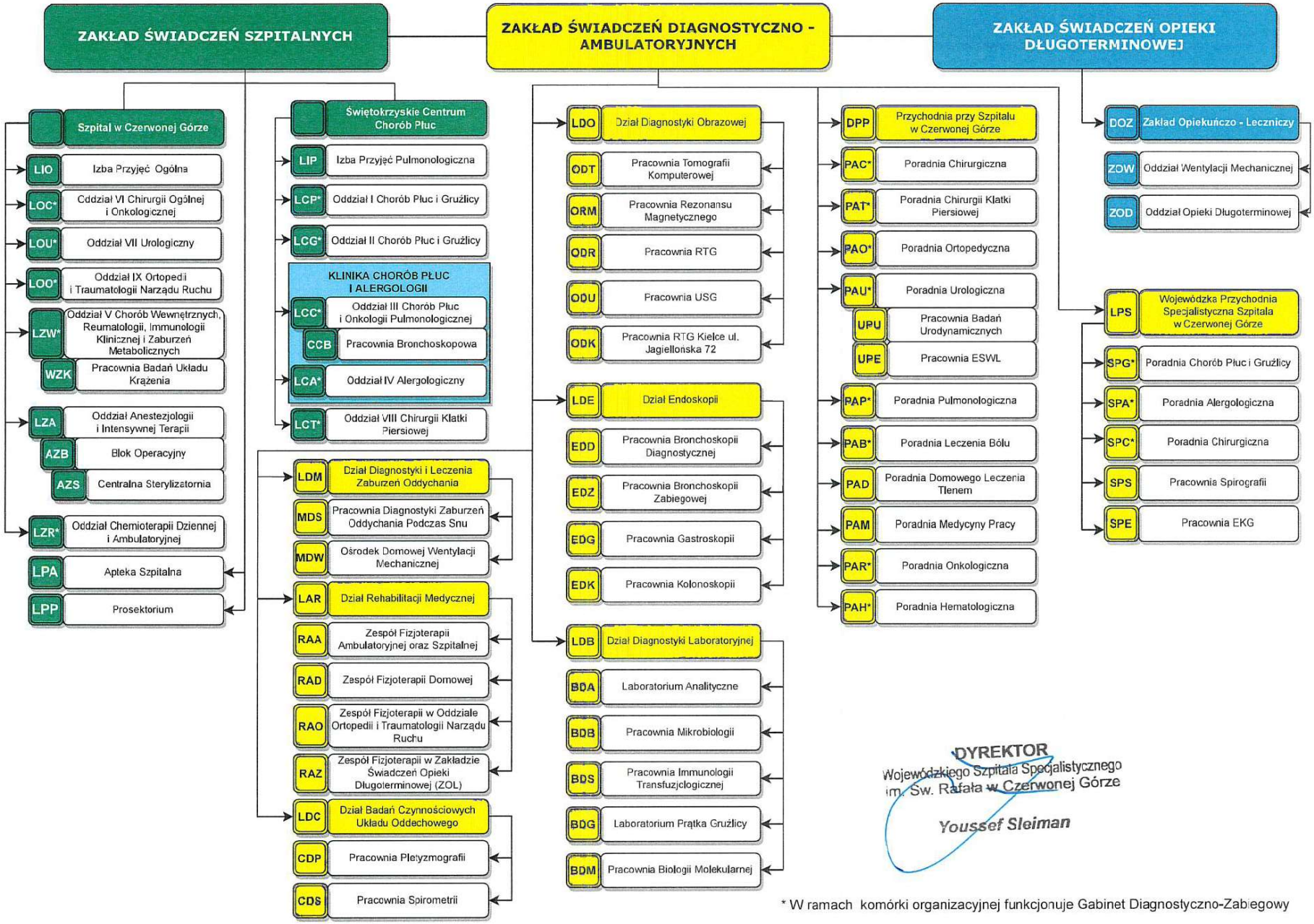
DYREKTOR
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego
im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.....
podpis i pieczęć
Youssef Sleiman

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione.

SCHEMAT ORGANIZACYJNY
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny
im. Św. Rafała w Czerwonej Górze



DYREKTOR
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego
im. Św. Rafała w Czerwonej Górze
Youssef Sleiman


ZAKŁAD ŚWIADCZEŃ SZPITALNYCH
ZAKŁAD ŚWIADCZEŃ DIAGNOSTYCZNO - AMBULATORYJNYCH
ZAKŁAD ŚWIADCZEŃ OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ
Szpital w Czerwonej Górze
LIO Izba Przyjęć Ogólna
LOC* Oddział VI Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej
LOU* Oddział VII Urologiczny
LOO* Oddział IX Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu
LZW* Oddział V Chorób Wewnętrznych, Reumatologii, Immunologii Klinicznej i Zaburzeń Metabolicznych
WZK Pracownia Badań Układu Krążenia
LZA Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii
AZB Blok Operacyjny
AZS Centralna Sterylizatornia
LZR* Oddział Chemioterapii Dziennej i Ambulatoryjnej
LPA Apteka Szpitalna
LPP Prosektorium
Świętokrzyskie Centrum Chorób Płuc
LIP Izba Przyjęć Pulmonologiczna
LCP* Oddział I Chorób Płuc i Gruźlicy
LCG* Oddział II Chorób Płuc i Gruźlicy
KLINIKA CHORÓB PŁUC I ALERGOLOGII
LCC* Oddział III Chorób Płuc i Onkologii Pulmonologicznej
CCB Pracownia Bronchoskopowa
LCA* Oddział IV Alergologiczny
LCT* Oddział VIII Chirurgii Klatki Piersiowej
LDM Dział Diagnostyki i Leczenia Zaburzeń Oddychania
MDS Pracownia Diagnostyki Zaburzeń Oddychania Podczas Snu
MDW Ośrodek Domowej Wentylacji Mechanicznej
LAR Dział Rehabilitacji Medycznej
RAA Zespół Fizjoterapii Ambulatoryjnej oraz Szpitalnej
RAD Zespół Fizjoterapii Domowej
RAO Zespół Fizjoterapii w Oddziale Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu
RAZ Zespół Fizjoterapii w Zakładzie Świadczeń Opieki Długoterminowej (ZOL)
LDC Dział Badań Czynnościowych Układu Oddechowego
CDP Pracownia Pletyzmografii
CDS Pracownia Spirometrii
LDO Dział Diagnostyki Obrazowej
ODT Pracownia Tomografii Komputerowej
ORM Pracownia Rezonansu Magnetycznego
ODR Pracownia RTG
ODU Pracownia USG
ODK Pracownia RTG Kielce ul. Jagiellońska 72
LDE Dział Endoskopii
EDD Pracownia Bronchoskopii Diagnostycznej
EDZ Pracownia Bronchoskopii Zabiegowej
EDG Pracownia Gastroskopii
EDK Pracownia Kolonoskopii
LDB Dział Diagnostyki Laboratoryjnej
BDA Laboratorium Analityczne
BDB Pracownia Mikrobiologii
BDS Pracownia Immunologii Transfuzjologicznej
BDG Laboratorium Prątka Gruźlicy
BDM Pracownia Biologii Molekularnej
DPP Przychodnia przy Szpitalu w Czerwonej Górze
PAC* Poradnia Chirurgiczna
PAT* Poradnia Chirurgii Klatki Piersiowej
PAO* Poradnia Ortopedyczna
PAU* Poradnia Urologiczna
UPU Pracownia Badań Urodynamicznych
UPE Pracownia ESWL
PAP* Poradnia Pulmonologiczna
PAB* Poradnia Leczenia Bólu
PAD Poradnia Domowego Leczenia Tlenem
PAM Poradnia Medycyny Pracy
PAR* Poradnia Onkologiczna
PAH* Poradnia Hematologiczna
DOZ Zakład Opiekuńczo - Leczniczy
ZOW Oddział Wentylacji Mechanicznej
ZOD Oddział Opieki Długoterminowej
LPS Wojewódzka Przychodnia Specjalistyczna Szpitala w Czerwonej Górze
SPG* Poradnia Chorób Płuc i Gruźlicy
SPA* Poradnia Alergologiczna
SPC* Poradnia Chirurgiczna
SPS Pracownia Spirografii
SPE Pracownia EKG
DYREKTOR
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego
im. Św. Rafała w Czerwonej Górze
Youssef Sleiman
* W ramach komórki organizacyjnej funkcjonuje Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy

Spis treści

Postanowienia ogólne 3
Oddziały i działy szpitala 3
Naczelna pielęgniarka (LM) 4
Pielęgniarki Koordynujące Oddziałów, Działów, Przychodni (MK) 6
Sekcja Dietetyki i Obsługi Oddziałów (MD) 6
Zespół Pielęgniarek Epidemiologicznych (LH) 7
Dział Rozliczeń z NFZ (LJ) 8
Sekcja Kodowania i Analiz (JK) 8
Koordynator Ścieżki Onkologicznej (JO) 9
Dział Programów Lekowych i Statystyki Medycznej (LS) 9
Sekcja Dokumentacji, Statystyki i Archiwum (SA) 10
Sekcja Programów Lekowych i Chemioterapii (SP) 11
ZAKŁAD ŚWIADCZEŃ SZPITALNYCH 11
Apteka Szpitalna (LPA) 11
Prosektorium (LPP) 12
Świętokrzyskie Centrum Chorób Płuc 12
Izba Przyjęć Pulmonologiczna (LIP) 12
Oddział I Chorób Płuc i Gruźlicy (LCP) 13
Gabinet Diagnostyczno – Zabiegowy Oddziału I Chorób Płuc i Gruźlicy 14
Oddział II Chorób Płuc i Gruźlicy (LCG) 14
Gabinet Diagnostyczno – Zabiegowy Oddziału II Chorób Płuc i Gruźlicy 14
Klinika Chorób Płuc i Alergologii 14
Oddział III Chorób Płuc i Onkologii Pulmonologicznej (LCC) 15
Pracownia Bronchoskopowa przy Oddziale III Chorób Płuc i Onkologii Pulmonologicznej. (CCB) 15
Gabinet Diagnostyczno - Zabiegowy Oddziału III Chorób Płuc i Onkologii Pulmonologicznej 16
Oddział IV Alergologiczny (LCA) 16
Gabinet Diagnostyczno - Zabiegowy Oddziału IV Alergologicznego 16
Oddział VIII Chirurgii Klatki Piersiowej (LCT) 17
Gabinet Diagnostyczno - Zabiegowy Oddziału VIII Chirurgii Klatki Piersiowej 17
Szpital w Czerwonej Górze 17
Izba Przyjęć Ogólna (LIO) 17
Oddział VI Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej (LOC) 17
Gabinet Diagnostyczno - Zabiegowy Oddziału VI Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej 18
Oddział VII Urologiczny (LOU) 18
Gabinet Diagnostyczno - Zabiegowy Oddziału VII Urologicznego 18
Oddział IX Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu (LOO) 18
Gabinet Diagnostyczno - Zabiegowy Oddziału IX Ortopedii I Traumatologii Narządu Ruchu 19
Oddział V Chorób Wewnętrznych, Reumatologii, Immunologii Klinicznej i Zaburzeń Metabolicznych (LZW) 19
Gabinet Diagnostyczno - Zabiegowy Oddziału V Chorób Wewnętrznych, Reumatologii, Immunologii Klinicznej i Zaburzeń Metabolicznych 19
Pracownia Badań Układu Krążenia (WZK) 20
Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii (LZA) 20
Blok Operacyjny (AZB) 21
Centralna Sterylizatornia (AZS) 22
Oddział Chemioterapii Dziennej i Ambulatoryjnej (LZR) 22
Gabinet Diagnostyczno - Zabiegowy Oddziału Chemioterapii Dziennej i Ambulatoryjnej 22
ZAKŁAD ŚWIADCZEŃ DIAGNOSTYCZNO - AMBULATORYJNYCH 23
Dział Diagnostyki i Leczenia Zaburzeń Oddychania (LDM) 23
Dział Rehabilitacji Medycznej (LAR) 23
Dział Badań Czynnościowych Układu Oddechowego (LDC) 24
Dział Diagnostyki Obrazowej (LDO) 24
Dział Endoskopii (LDE) 25
Dział Diagnostyki Laboratoryjnej (LDB) 26
Przychodnia Przy Szpitalu w Czerwonej Górze (DPP) 27
Poradnia Chirurgiczna (PAC) 27

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione

Gabinet Diagnostyczno – Zabiegowy Poradni Chirurgicznej 27
Poradnia Chirurgii Klatki Piersiowej (PAT) 28
Gabinet Diagnostyczno - Zabiegowy Poradni Chirurgii Klatki Piersiowej 28
Poradnia Ortopedyczna (PAO) 28
Gabinet Diagnostyczno - Zabiegowy Poradni Ortopedycznej 29
Poradnia Urologiczna (PAU) 29
Gabinet Diagnostyczno – Zabiegowy Poradni Urologicznej 29
Pracownia Badań Urodynamicznych (UPU) 30
Pracownia ESWL (UPE) 30
Poradnia Pulmonologiczna (PAP) 30
Gabinet Diagnostyczno – Zabiegowy Poradni Pulmonologicznej 30
Poradnia Leczenia Bólu (PAB) 31
Gabinet Diagnostyczno - Zabiegowy Poradni Leczenia Bólu 31
Poradnia Domowego Leczenia Tlenem (PAD) 31
Poradnia Medycyny Pracy (PAM) 31
Poradnia Onkologiczna (PAR) 32
Gabinet Diagnostyczno – Zabiegowy Poradni Onkologicznej 32
Poradnia Hematologiczna (PAH) 32
Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy Poradni Hematologicznej 33
Wojewódzka Przychodnia Specjalistyczna Szpitala w Czerwonej Górze (LPS) 33
Poradnia Chorób Płuc i Gruźlicy (SPG) 34
Gabinet Diagnostyczno – Zabiegowy (chorób płuc i gruźlicy) 34
Poradnia Alergologiczna (SPA) 35
Gabinet Diagnostyczno – Zabiegowy (alergologiczny) 35
Poradnia Chirurgiczna (SPC) 35
Gabinet Diagnostyczno – Zabiegowy Poradni Chirurgicznej 36
Pracownia Spirografii (SPS) 36
Pracownia Ekg (SPE) 36
Pielęgniarka Koordynująca Przychodni 36
ZAKŁAD ŚWIADCZEŃ OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ 37
Zakład Opiekuńczo – Leczniczy (DOZ) 37

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione

Postanowienia ogólne

§ 1

Komórki działalności podstawowej:

1. Podejmują działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania,
2. Udzielają porad, konsultacji, opinii i ekspertyz z zakresu specjalizacji reprezentowanej przez daną komórkę,
3. Uczestniczą w przygotowaniu osób do wykonywania zawodów medycznych oraz doskonaleniu zawodowym kadry lekarskiej, pielęgniarskiej i innych zawodów medycznych,
4. Organizują szkolenia, konferencje naukowe stosownie do profilu danej komórki,
5. Współpracują z placówkami o podobnym profilu działalności,
6. Prowadzą działalność mającą na celu promocję zdrowia i profilaktykę zdrowotną, w tym współuczestnictwo w programach zdrowotnych o zasięgu lokalnym,
7. Podejmują inną działalność wynikającą z postanowień Statutu WSS oraz niniejszego regulaminu.

Oddziały i działy szpitala

§ 2

1. Oddziały i działy medyczne są podstawowymi komórkami organizacyjnymi i jednostkami organizacyjnymi Szpitala, w których prowadzona jest całodobowa działalność diagnostyczna, terapeutyczna, profilaktyczna i rehabilitacyjna.
2. Oddziałem kieruje Kierownik Oddziału, którego zastępuje Zastępca Kierownika lub Koordynator powołany przez Dyrektora.
3. Stanowisko Zastępcy Kierownika jest samodzielnym stanowiskiem pracy i przysługuje mu dodatek funkcyjny.
4. Koordynator jest wybierany na czas określony i może być odwołany w każdym momencie.
5. Kierownik Oddziału służbowo, podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.

§ 3

1. Działem kieruje Kierownik Działu lub Kierownik Oddziału - w którego strukturze znajduje się dział.
2. Kierownik Działu po uzyskaniu zgody Dyrektora, może wskazać swojego zastępcę.
3. Kierownik Działu służbowo, podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.

§ 4

1. Za realizację procesu pielęgnowania w oddziale odpowiada Pielęgniarka Koordynująca, która może powołać odpowiednio Zastępcę Pielęgniarki Koordynującej.
2. Stanowiska i Zastępcy Pielęgniarki Koordynującej są samodzielnymi stanowiskami pracy i przysługuje im dodatek funkcyjny.
3. Pielęgniarka Koordynująca podlega służbowo Naczelnej Pielęgniarce, a funkcjonalnie Kierownikowi Oddziału.

§ 5

1. Oddziały szpitalne zapewniają całodobową stacjonarną opiekę medyczną.
2. Rozkład pracy oraz harmonogramy dyżurów medycznych lekarzy zatrudnionych w oddziałach ustala Kierownik Oddziału.

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione

3. Rozkład pracy pozostałego personelu oddziału ustala Pielęgniarka Koordynująca w porozumieniu z Kierownikiem Oddziału.
4. Harmonogramy/grafiki pracy wszystkich pracowników pionu medycznego zatwierdza Dyrektor Szpitala.
5. System pracy oraz godziny pracy pracowników szczegółowo określa Regulamin Pracy.

§ 6

1. Personel medyczny oddziału/działu jest zobowiązany do prowadzenia na bieżąco dokumentacji medycznej pacjentów, zgodnie z obowiązującymi przepisami.
2. Sposób, rodzaj i zakres prowadzonej dokumentacji medycznej musi być zgodny z przepisami nadrzędnymi, wewnętrznymi aktami normatywnymi oraz procedurami realizowanymi w Szpitalu.
3. Za obsługę oddziałów/działów w zakresie formalnego prowadzenia dokumentacji medycznej, jej ewidencjonowanie i przekazywanie do Sekcji Dokumentacji, Statystyki i Archiwum w Dziale Programów Lekowych i Statystyki Medycznej oraz ewidencję w ramach kompetencji realizowanych procedur medycznych do systemu AMMS odpowiadają Sekretarki Medyczne.

§ 7

Zadania wspólne realizowane przez wszystkie Oddziały/Działy medyczne:

1. Przestrzeganie dyscypliny ekonomicznej i finansowej przy realizacji zadań podległej komórki organizacyjnej.
2. Racjonalne i zgodne z przeznaczeniem wykorzystanie majątku i środków oddziału/działu.
3. Prowadzenie obowiązującej dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami.
4. Prowadzenie edukacji pacjentów w zakresie przygotowania do samoopieki.
5. Podejmowanie działań mających na celu promowanie zdrowia wśród pacjentów oraz ich rodzin.
6. Przeprowadzanie zleconych konsultacji specjalistycznych u pacjentów hospitalizowanych w innych oddziałach szpitala.
7. Respektowanie praw pacjenta.
8. Współpraca z innymi komórkami organizacyjnymi WSS w celu skutecznego wykonywania działalności statutowej.
9. Organizowanie i przeprowadzanie szkoleń wewnętrznych w zakresie realizowanych procedur.
10. W razie zaistnienia uzasadnionych okoliczności, wykonywanie innych czynności powierzonych przez przełożonych.
11. W celu skutecznego wykonywania działalności statutowej, współpraca z innymi komórkami organizacyjnymi WSS.

Naczelna pielęgniarka (LM)

§ 8

1. Naczelna Pielęgniarka podlega służbowo bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.
2. Naczelna Pielęgniarka jest bezpośrednim przełożonym Pielęgniarek Koordynujących Oddziałów/Działów Przychodni oraz pracowników Sekcji Dietetyki i Obsługi Oddziałów.
3. Naczelna Pielęgniarka jest bezpośrednim przełożonym pracowników na stanowiskach, wobec których nie wskazano bezpośredniego przełożonego.
4. Do podstawowych obowiązków Naczelnej Pielęgniarki należy:

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione

4.1. Współpraca z członkami Zarządu Szpitala oraz Kierownikami Oddziałów/Działów w zakresie realizacji celów strategicznych Szpitala.

4.2. Opracowanie i realizacja polityki kadrowej w zakresie zapewnienie kompleksowej opieki pielęgniarskiej m.in. analiza norm zatrudnienia, wnioskowanie o zatrudnienie, przegrupowanie, bieżąca alokacja kadr w zależności od zapotrzebowania na opiekę.

4.3. Zatwierdzania harmonogramów czasu pracy, planów wykorzystania urlopów wypoczynkowych oraz ustalania zastępstw na okres urlopów i innych nieobecności bezpośrednio i pośrednio podległego personelu.

4.4. Ustalanie standardów jakościowych dla procesu pielęgnowania zgodnie ze standardami akredytacyjnymi i przepisami nadrzędnymi.

4.5. Określanie potrzeb w zakresie szkolenia personelu na poziomie specjalizacji, kursów kwalifikacyjnych, doszkalających oraz zatwierdzanie planów szkoleń wewnątrzszpitalnych dla personelu pielęgniarskiego, dietetyków, opiekunów medycznych, pracowników Sekcji Dietetyki i Obsługi Oddziałów.

4.6. Współpraca z ośrodkami akademickimi oraz podmiotami kształcenia podyplomowego w zakresie poszerzania kompetencji zawodowych pielęgniarek w zakresie podpisanej ze Szpitalem Umowy Współpracy.

4.7. Współpraca z Wyższymi Uczelniami w zakresie kształcenia praktycznego studentów kierunku pielęgniarstwa, dietetyki, ratownictwa medycznego w zakresie podpisanej ze Szpitalem Umowy Współpracy.

4.8. Zapewnienie prawidłowego przepływu informacji w zakresie pracy personelu pielęgniarskiego.

4.9. Nadzór nad prowadzonymi w zakładzie procesami: pielęgnowania, żywienia pacjentów, utrzymania stanu sanitarno - higienicznego w strefie białej Szpitala, Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego oraz Przychodni Specjalistycznej.

4.10. Nadzór, nad jakością pielęgniarskiej dokumentacji medycznej obowiązującej w zakładzie.

4.11. Podejmowanie działań zmierzających do doskonalenia i ciągłego podnoszenia poziomu opieki pielęgniarskiej w oddziałach szpitalnych i poradniach specjalistycznych oraz Zakładzie Opiekuńczo – Leczniczym.

4.12. Merytoryczna ocena wniosków dotyczących zakupu aparatury i sprzętu medycznego służącego do pielęgnacji pacjentów.

4.13. Nadzór nad opracowywaniem i wdrażaniem oraz realizacją programów edukacyjnych dla pacjentów i ich rodzin/opiekunów.

4.14. Udział w doborze kadry kierowniczej, powoływanej na stanowiska Koordynatorów komórek organizacyjnych podlegających bezpośrednio Naczelnej Pielęgniarce oraz bezpośrednio współpraca z kadrą pielęgniarską.

4.15. Udział w planowaniu remontów i wyposażenia stanowisk pracy dla pielęgniarek, dietetyków, opiekunów medycznych, pracowników obsługi oddziałów.

4.16. Określanie zakresu działania oraz zakresów czynności, uprawnień i odpowiedzialności bezpośrednio i pośrednio podległego personelu.

4.17. Reprezentowanie Szpitala w zakresie pełnomocnictw udzielonych przez Dyrektora.

5. Wyszczególnione powyżej obowiązki oraz przyznane uprawnienia stanowią bezpośrednią podstawę do definiowania odpowiedzialności pracownika, jako równoznacznej z jego obowiązkami.

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione

Pielęgniarki Koordynujące Oddziałów, Działów, Przychodni (MK)

§ 9

1. Pielęgniarka Koordynująca podlega bezpośrednio Naczelnej Pielęgniarce.
2. Pielęgniarka Koordynująca jest bezpośrednim przełożonym personelu pielęgniarskiego zatrudnionych w oddziale.
3. Pielęgniarka Koordynująca funkcjonalnie podlega Kierownikowi Oddziału.
4. Do podstawowych zadań Pielęgniarki Koordynującej należy:
   4.1. Nadzór nad prowadzonym w oddziale przebiegiem procesu pielęgnowania.
   4.2. Zapewnienie odpowiedniej, jakości usług na poziomie obowiązujących standardów, stosownie do możliwości finansowych szpitala.
   4.3. Realizacja budżetu kosztów przypisanego oddziałowi/działowi.
   4.4. Nadzór nad stanem sanitarno – higienicznym pomieszczeń oddziału i komórek znajdujących się w strukturze oddziału.
   4.5. Zapewnienie całodobowej opieki pielęgniarskiej pacjentom hospitalizowanym w oddziale.
   4.6. Planowanie i opracowywanie harmonogramu dyżurów pielęgniarskich.
   4.7. Nadzór nad prowadzoną w oddziale pielęgniarską dokumentacją medyczną.
   4.8. Zabezpieczenie Oddziału w produkty lecznicze i wyroby medyczne niezbędne dla prawidłowego przebiegu procesu terapeutycznego z uwzględnieniem rachunku ekonomicznego.
   4.9. Zabezpieczenie Oddziału i komórek podległych w niezbędny dla prawidłowego funkcjonowania sprzęt, artykuły biurowe, środki dezynfekcyjne i czystościowe z uwzględnieniem rachunku ekonomicznego.
   4.10. Nadzór nad eksploatowanymi w Oddziale i komórkach podległych urządzeniami, aparaturą i sprzętem.
   4.11. Nadzór nad stanem technicznym pomieszczeń w oddziale i komórkach znajdujących się w strukturze oddziału. Zgłaszanie wszystkich awarii i usterek.

Sekcja Dietetyki i Obsługi Oddziałów (MD)

§ 10

1. Pracownicy Sekcji Dietetyki i Obsługi Oddziałów podlegają służbowo Naczelnej Pielęgniarce.
2. Pracownicy Sekcji Dietetyki i Obsługi Oddziałów pracują w poszczególnych komórkach organizacyjnych Szpitala zgodnie z harmonogramem czasu pracy.
3. Do podstawowych zadań sekcji należy:
   3.1. Zapewnienie żywienia pacjentów w oddziałach szpitalnych, Zakładzie Opiekuńczo – Leczniczym zgodnie z obowiązującymi normami Instytutu Żywienia i Żywności oraz dystrybucja posiłków dla hospitalizowanych pacjentów zgodnie z wytycznymi w zakresie Dobrej Praktyki Cateringowej oraz zasadami systemu HACAP.
   3.2. Prowadzenie wychowania zdrowotnego pacjentów, ich opiekunów i personelu medycznego w zakresie zasad zdrowego odżywiania hospitalizowanych pacjentów oraz leczenia żywieniowego chorych.
   3.3. Bieżąca kontrola zgodności-jadłospisów oraz jakości wydawanych posiłków.

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione

3.4. Współudział w ustalaniu diet, obliczaniu wartości odżywczej poszczególnych diet, oraz zatwierdzanie jadłospisów.

3.5. Wydawanie pacjentom posiłków zgodnie z zaleconą dietą oraz pomoc przy karmieniu chorych.

3.6. Wydawanie zaleceń żywieniowych dla osób chorych i zdrowych.

3.7. Nadzór nad stanem sanitarno – higienicznym kuchenek oddziałowych oraz nad przechowywaniem produktów żywnościowych pacjentów.

3.8. Nadzór nad realizacją umowy zawartej z firmą zewnętrzną w zakresie ilości i jakości dostarczanych posiłków Stanem sanitarno – higienicznym środków transportu oraz Kuchni Wykonawcy.

3.9. Nadzór nad bezpieczeństwem zdrowotnym posiłków produkowanych przez Wykonawcę – monitorowanie Krytycznych Punktów Kontroli oraz działań korygujących.

3.10. Utrzymanie i doskonalenie systemu HACCP oraz bieżące prowadzenie wymaganej dokumentacji.

3.11. Transport pacjentów na badania do Działów i Pracowni Szpitala.

3.12. Zaopatrywanie Oddziałów w leki, wyroby medyczne oraz materiały z Apteki Szpitalnej oraz · Magazynu Gospodarczo – Technicznego.

3.13. Szczegółowe zadania pracowników Sekcji Dietetyki i Obsługi Oddziałów zostały określone w ich indywidualnych zakresach czynności.

Zespół Pielęgniarek Epidemiologicznych (LH)

§ 11

1. Zespołem Pielęgniarek Epidemiologicznych kieruje Koordynator, który służbowo, podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala. Podczas nieobecności Koordynator jest zastępowany przez pracownika wyznaczonego za zgodą zwierzchnika.
2. Do podstawowych zadań Zespołu Pielęgniarek Epidemiologicznych należy:
   2.1. Monitorowanie i oddziaływanie na stan epidemiologiczny Szpitala.
   2.2. Zapobieganie zakażeniom szpitalnym.
   2.3. Prowadzenie wewnątrzzakładowej kontroli zakażeń szpitalnych.
   2.4. Prowadzenie i dokumentowanie kontroli z zakresie realizacji obowiązujących procedur/instrukcji z zakresu zapobiegania zakażeniom.
   2.5. Opracowywanie i przekazywanie do Państwowej Powiatowej Inspekcji Sanitarnej raportów rocznych dotyczących sytuacji epidemiologicznej szpitala.
   2.6. Opracowywanie i przekazywanie Dyrektorowi raportów półrocznych i rocznych o zakażeniach zakładowych i drobnoustrojach alarmowych oraz sprawozdań z kontroli zakażeń szpitalnych.
   2.7. Utrzymywanie i doskonalenie systemu czynnego monitorowania zakażeń i czynników alarmowych.
   2.8. Organizowanie i przeprowadzanie szkoleń z zakresu zapobiegania zakażeniom dla wszystkich grup pracowniczych.
   2.9. Opracowywanie, wdrażanie i nadzór nad realizacją procedur z zakresu zapobiegania zakażeniom.
   2.10. Nadzór na stosowaną w Zakładzie izolacją pacjentów.
3. Zespół Pielęgniarek Epidemiologicznych jest odpowiedzialny za:
   3.1. Stan epidemiologiczny WSS.

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione

3.2. Bezpieczeństwo pracy mające na celu zapobieganie zakażeniom szpitalnym.
3.3. Szkolenie pracowników w zakresie zakażeń szpitalnych.
3.4. Przepływ informacji związanych z sytuacją epidemiologiczną szpitala.
3.5. Prowadzenie dokumentacji z zakresu epidemiologii.
3.6. Ustalanie standardów dotyczących zapobiegania zakażeniom szpitalnym oraz nadzór nad ich wdrażaniem.

Dział Rozliczeń z NFZ (LJ)

§ 12

1. Dział Rozliczeń z NFZ podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.
2. Pracownicy Działu Rozliczeń z NFZ podlegają służbowo Kierownikowi Działu lub w przypadku braku Kierownika Dyrektorowi Szpitala. W czasie nieobecności Kierownik jest zastępowany przez wyznaczonego za zgodą zwierzchnika pracownika.
3. Do podstawowych zadań Dział Rozliczeń z NFZ należy:
   3.1. Przygotowanie ofert i dokumentacji aktualizacyjnej związanej z kontraktowaniem świadczeń zdrowotnych z Narodowym Funduszem Zdrowia na wszystkie zakresy usług medycznych,
   3.2. Koordynacja i realizacja wszelkich obowiązków wynikających z postanowień zawartych w umowach z Narodowym Funduszem Zdrowia,
   3.3. Przygotowywanie korespondencji prowadzonej z Narodowym Funduszem Zdrowia,
   3.4. Sporządzanie sprawozdań wynikających z realizowanych zadań,
   3.5. Szczegółowa analiza usług realizowanych przez komórki działalności podstawowej,
   3.6. Przygotowywanie i przekazywanie kierownikom oddziałów/działów bieżących danych dotyczących realizacji kontraktu z NFZ,
   3.7. Gromadzenie i przechowywanie umów zawieranych z Narodowym Funduszem Zdrowia,
   3.8. Bieżące informowanie kierowników komórek organizacyjnych w zakresie zarządzeń wydawanych przez NFZ mających wpływ na finansowanie i warunki świadczonych usług,
   3.9. Ewidencjonowanie, sporządzanie i przekazywanie Dyrektorowi wykazów procedur zakwestionowanych przez NFZ w odniesieniu do wynagrodzeń wypłacanych lekarzom za wykonane procedury.
4. Obowiązki, odpowiedzialność i uprawnienia pracowników Działu Rozliczeń z NFZ zostały określone w ich indywidualnych zakresach czynności.
5. W celu skutecznego wykonywania działalności statutowej Działu Rozliczeń z NFZ współpracuje z innymi komórkami organizacyjnymi WSS.

Sekcja Kodowania i Analiz (JK)

§ 13

1. Sekcją Kodowania i Analiz kieruje Koordynator Sekcji, który służbowo podlega bezpośrednio Kierownikowi Działu Rozliczeń z NFZ. W czasie nieobecności, Koordynatora Sekcji zastępujc wyznaczony za zgodą zwierzchnika pracownik.
   1.1. Nadzór nad prawidłowością ewidencjonowania danych rozliczeniowych w ramach umów z NFZ.
   1.2. Prowadzenie i nadzór nad listami oczekujących.

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione

1.3. Przygotowanie i przekazywanie komórce do spraw rachunkowości dokumentów dotyczących rozliczeń pacjentów.
1.4. Prowadzenie rozliczeń z Narodowym Funduszem Zdrowia zgodnie z zawartymi umowami,
1.5. Prowadzenie rejestru komputerowego wykonanych świadczeń medycznych
1.6. Obsługa w ramach kompetencji portali elektronicznych na potrzeby Narodowego Funduszu Zdrowia
1.7. Obowiązki, odpowiedzialność i uprawnienia pracowników Sekcji Kodowania i Analiz zostały określone w ich indywidualnych zakresach czynności.

Koordynator Ścieżki Onkologicznej (JO)

§ 14

1. Główny Koordynator procesu leczenia pacjenta onkologicznego podlega służbowo Kierownikowi Działu Rozliczeń z NFZ. Koordynatorzy procesu leczenia pacjenta onkologicznego zatrudnieni w komórce podlegają służbowo Głównemu Koordynatorowi procesu leczenia pacjenta onkologicznego.
2. Do podstawowych zadań należy koordynowanie działań w zakresie realizowanej przez Szpital „szybkiej ścieżki onkologicznej"
3. Koordynowanie działań związanych z Ustawą o Krajowej Sieci Onkologicznej – jako ośrodek SOLO II
4. Nadzór nad poprawnością sprawozdawanych danych.
5. Obowiązki, odpowiedzialność i uprawnienia pracowników Koordynatora Ścieżki Onkologicznej zostały określone w ich indywidualnych zakresach czynności

§ 15

1. Sekretarki Medyczne pracujące w Oddziałach Szpitala podlegają bezpośrednio Kierownikom Oddziałów właściwym ze względu na miejsce wykonywania pracy.
2. Sekretarki Medyczne pracujące w Aptece Szpitalnej, Dziale Diagnostyki Laboratoryjnej, Bloku Operacyjnym oraz Zakładzie Opiekuńczo – Leczniczym podlegają bezpośrednio Kierownikom komórek organizacyjnych właściwym ze względu na miejsce wykonywania pracy.
3. Sekretarki Medyczne pracujące w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. Św. Rafała w Czerwonej Górze oraz w Izbie Przyjęć Ogólnej i Pulmonologicznej, Dziale Endoskopii, Dziale Diagnostyki Obrazowej, Dziale Diagnostyki i Leczenia Zaburzeń Oddychania, Przychodni przy Szpitalu w Czerwonej Górze oraz Wojewódzkiej Przychodni Specjalistycznej Szpitala w Czerwonej Górze zlokalizowanej w Kielcach ul. Jagiellońska 72, podlegają Kierownikowi Działu Programów Lekowych i Statystyki Medycznej.

Dział Programów Lekowych i Statystyki Medycznej (LS)

§ 16

1. Działem Programów Lekowych i Statystyki Medycznej kieruje Kierownik Działu, który służbowo podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.
2. Pracownicy Działu podlegają bezpośrednio Kierownikowi Działu. W czasie nieobecności Kierownika Działu zastępuje wyznaczony za zgodą zwierzchnika pracownik.

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione

3. W strukturach Działu znajduje się Rejestracja i Statystyka Wojewódzkiej Przychodni Specjalistycznej Szpitala w Czerwonej Górze.
4. Do podstawowych zadań Działu Programów Lekowych i Statystyki Medycznej należy:
   4.1. Gromadzenie, przechowywanie i udostępnianie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami.
   4.2. Sporządzanie sprawozdań i zestawień statystycznych z zakresu działalności szpitala dla potrzeb wewnętrznych szpitala oraz instytucji zewnętrznych.
   4.3. Prowadzenie korespondencji i rejestrów pism przychodzących i wychodzących w zakresie realizacji zadań Sekcji.
   4.4. Prowadzenie rejestru osób nieubezpieczonych.
   4.5. Prowadzenie spraw osób nieubezpieczonych w celu objęcia ich ubezpieczeniem zdrowotnym – współpraca w tym zakresie z właściwymi instytucjami (MOPR/GOPS).
   4.6. Prowadzenie spraw socjalnych w zakresie umieszczania pacjentów w placówkach opiekuńczo-leczniczych lub objęcia ich opieką pohospitalizacyjną.
   4.7. Prowadzenie rejestru przypadków zastosowania przymusu bezpośredniego u pacjenta.
   4.8. Prowadzenie rejestru pacjentów, u których rozpoznano choroby zakaźne w tym gruźlicy i zgłaszanie takich przypadków do Sanepidu.
   4.9. Raportowanie danych statystycznych z oddziałów szpitalnych/ZOL do właściwych Urzędów.
   4.10. Prowadzenie Składnicy Akt.
   4.11. Nadzór nad ewidencją Pacjentów w Programach Lekowych i Chemioterapii.
   4.12. Realizacja zadań w zakresie rejestrowania pacjentów do Szpitala, lekarzy specjalistów i obsługa pacjentów Działu Endoskopii, Działu Diagnostyki Obrazowej oraz Działu Diagnostyki i Leczenia Zaburzeń Oddychania.

Sekcja Dokumentacji, Statystyki i Archiwum (SA)

§ 17

1. Pracownikami Sekcji Dokumentacji, Statystyki i Archiwum są:
   1.1 Sekretarki medyczne
   1.2 Sekretarki medyczne Izby Przyjęć Ogólnej i Pulmonologicznej,
   1.3 Sekretarki medyczne Działu Endoskopii,
   1.4 Sekretarki medyczne Działu Diagnostyki Obrazowej,
   1.5 Sekretarki medyczne Działu Diagnostyki i Leczenia Zaburzeń Oddychania,
   1.6 Sekretarki medyczne Przychodni Przy Szpitalu w Czerwonej Górze,
   1.7 Sekretarki medyczne Wojewódzkiej Przychodni Specjalistycznej Szpitala w Czerwonej Górze,
   1.8 Statystycy medyczni,
   1.9 Statystycy medyczni/Archiwiści,
2. Pracownicy Sekcji Dokumentacji, Statystyki i Archiwum podlegają bezpośrednio Kierownikowi Działu. W czasie nieobecności, Kierownika Działu zastępuje go wyznaczony za zgodą zwierzchnika pracownik.
3. Do podstawowych zadań Sekcji Dokumentacji, Statystyki i Archiwum należy:
   3.1 Przygotowywanie wskaźników Szpitalnych.
   3.2 Przygotowywanie raportów z zakresu statystyki medycznej.
   3.3 Przygotowanie danych z zakresu wykonanych porad w Poradniach.

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione

3.4 Opracowywanie danych dotyczących realizowanych przez Oddziały procedur medycznych.
3.5 Prowadzenie rejestrów określonych procedurami wewnątrzszpitalnymi.
3.6 Prowadzenie spraw osób nieubezpieczonych korzystających ze świadczeń opieki zdrowotnej Szpitala.
3.7 Rejestrowanie pacjentów do Szpitala, lekarzy specjalistów i obsługa pacjentów Działu Endoskopii, Diagnostyczki Obrazowej oraz Diagnostyki i Leczenia Zaburzeń Oddychania,
3.8 Współpraca z Oddziałami Szpitala w zakresie zabezpieczenia w sytuacjach wyjątkowych/losowych Sekretariatów Oddziałów.
3.9 Prowadzenie Składnicy Akt.

Sekcja Programów Lekowych i Chemioterapii (SP)

§ 18

1. Pracownicy Sekcji Programów Lekowych i Chemioterapii podlegają bezpośrednio Kierownikowi Działu. W czasie nieobecności, Kierownika Działu zastępuje wyznaczony za zgodą zwierzchnika pracownik.
2. Do podstawowych zadań Sekcji Programów Lekowych i Chemioterapii należy:
   2.1. Prowadzenie rejestrów pacjentów z poszczególnych programów lekowych korzystających ze świadczeń w tym zakresie na poszczególnych Oddziałach Szpitala.
   2.2. Nadzór nad ewidencjonowaniem i monitorowaniem pacjentów w aplikacji SMPT (System Monitorowania Programów Lekowych),
   2.3. Aktualizacja dokumentów koniecznych do prawidłowego prowadzenia pacjentów w Programach Lekowych i Chemioterapii – w oparciu o wymogi NFZ.
   2.4. Współpraca z Działem Dokumentacji i Rozliczeń z NFZ w zakresie kontraktowania i rozliczania świadczeń udzielanych przez Szpital.

ZAKŁAD ŚWIADCZEŃ SZPITALNYCH

Apteka Szpitalna (LPA)

§ 19

1. Apteką Szpitalną kieruje Kierownik Apteki, który służbowo podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.
2. Do podstawowych zadań apteki należy:
   2.1. Zaopatrzenie wszystkich Oddziałów Szpitala, Działów oraz Poradni działających w Wojewódzkiej Przychodni Specjalistycznej Szpitala w Czerwonej Górze, ul. Jagiellońska 72, Kielce w leki gotowe, leki recepturowe, płyny infuzyjne, opatrunki, a także preparaty do diagnostyki oraz w wyroby medyczne w rozumieniu ustawy z dnia 07.04. 2022 r. o wyrobach medycznych.
   2.2. Prowadzenie ewidencji przychodów i rozchodów leków.
   2.3. Prowadzenie książek rozchodu leków narkotycznych i psychotropowych.
   2.4. Prowadzenie gospodarki lekiem według Receptariusza Szpitalnego.
   2.5. Utrzymywanie bezpiecznych, gwarantujących ciągłość terapii stanów magazynowych apteki szpitalnej z uwzględnieniem rachunku ekonomicznego.
   2.6. Przeprowadzanie okresowych kontroli apteczek oddziałowych.
   2.7. Sporządzanie leków recepturowych

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione

2.8. Przygotowywanie leków do żywienia pozajelitowego
2.9. Przygotowywanie dawek leków cytostatycznych w Pracowni Leków Cytostatycznych

Prosektorium (LPP)

§ 20

1. Bezpośredni nadzór nad działalnością Prosektorium sprawuje Dyrektor Szpitala.
2. Do podstawowych zadań osób obsługujących Proscktorium należy:
   2.1. Przechowywanie zwłok w chłodni.
   2.2. Udział w przeprowadzanych sekcjach zwłok.
   2.3. Przyjmowanie i przekazywanie odzieży zmarłego, po wcześniejszym pisemnym potwierdzeniu ilości i rodzaju przekazanej odzieży.
   2.4. Przygotowywanie zwłok do wydania rodzinie zmarłego lub innym osobom uprawnionym (umycie, ogolenie, ubranie, włożenie do trumny).
   2.5. Wydawanie zwłok rodzinie lub innym osobom uprawnionym.
   2.6. Utrzymywanie w czystości pomieszczeń Prosektorium.
   2.7. Prowadzenie Księgi Prosektorium.
   2.8. Przestrzeganie standardów postępowania w przypadku zgonu pacjenta w szpitalu zgodnie z „Regulaminem postępowania w razie śmierci chorego w szpitalu".
   2.9. Wykonywanie innych czynności zleconych przez Dyrektora Szpitala.

Świętokrzyskie Centrum Chorób Płuc

Izba Przyjęć Pulmonologiczna (LIP)

§ 21

1. Pacjenci ze schorzeniami pulmonologicznymi - gruźlicą i innymi chorobami płuc kierowani są do Izby Przyjęć Pulmonologicznej
2. **Ogólne zasady funkcjonowania Izby Przyjęć:**
3. Za prawidłowe funkcjonowanie Izby odpowiada Kierownik Izby Przyjęć, który służbowo podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.
4. Pracą Izby Przyjęć, poza regulaminowymi godzinami pracy oraz w dni wolne od pracy kieruje lekarz dyżurny Izby Przyjęć.
5. Poza regulaminowymi godzinami pracy oraz w dni wolne od pracy, w sytuacjach nagłych wymagających natychmiastowego działania, decyzje podejmuje lekarz dyżurny Szpitala, który w takich przypadkach zastępuje Dyrektora. Lekarzem dyżurnym Szpitala jest lekarz, który w danym dniu pełni dyżur i został wskazany w harmonogramie przez Dyrektora do pełnienia tej roli.
6. Praca Izby Przyjęć trwa przez całą dobę i jest prowadzona na zmiany.
7. Zmiany personelu lekarskiego Izby Przyjęć odbywają się ściśle według harmonogramu dyżurów ustalanego przez Kierownika Izby Przyjęć i zatwierdzanego przez Dyrektora Szpitala.
8. Zmiany personelu pielęgniarskiego Izby Przyjęć odbywają się ściśle według grafików ustalanych przez Pielęgniarkę Koordynującą Izby Przyjęć i zatwierdzanych przez Dyrektora Szpitala.

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione

9. Do zadań Izby Przyjęć należy:
   9.1. Przeprowadzanie badań lekarskich pacjentów zgłaszających się na Izbę Przyjęć.
   9.2. Kwalifikowanie i przyjmowanie pacjentów do leczenia szpitalnego.
   9.3. Udzielanie natychmiastowej pomocy pacjentom znajdującym się w stanie zagrożenia życia.
   9.4. Udzielanie doraźnej pomocy i porad pacjentom niewymagającym hospitalizacji.
   9.5. Ustalanie terminów przyjęć planowych i prowadzenie listy oczekujących.
   9.6. Przechowywanie, aktualizowanie i udostępnianie w przypadkach tego wymagających numerów telefonów: alarmowych, członków zarządu, kierowników komórek organizacyjnych.
   9.7. Zgłaszanie organom ścigania przypadków przyjęć ofiar gwałtów oraz pacjentów po wypadkach, z obrażeniami niosącymi znamiona przestępstwa, przemocy lub molestowania.
   9.8. Przyjmowanie do depozytu ubrań i przedmiotów wartościowych dla pacjentów przyjętych do szpitala.
   9.9. Przyjmowanie opłat za transport sanitarny oraz badania diagnostyczne wykonywane odpłatnie, poza godzinami pracy kasy.
10. Izba Przyjęć zapewnia:
   10.1. Warunki udzielania szybkiej pomocy doraźnej wszystkim chorym zgłaszającym się do Szpitala,
   10.2. Jednokierunkowy ruch chorych w części ogólnej i w części pulmonologicznej izby.
11. W celu sprawnego działania Izby Przyjęć personel lekarski i pielęgniarski powinien:
   11.1. Dokładnie zapoznać się z obiektem szpitalnym zarówno diagnostyczno-leczniczym, jak i gospodarczym oraz dokumentacją, przepisami awaryjnymi i przeciwpożarowymi.
   11.2. Dbać o pełne wyposażenie izby w niezbędne urządzenia, aparaturę, instrumentarium, leki oraz w urządzenia do udzielania natychmiastowej pomocy,
   11.3. Zapewnić współpracę Izby Przyjęć z poszczególnymi oddziałami, działami i pracowniami diagnostycznymi szpitala,
   11.4. Zapewnić współpracę Izby Przyjęć z poszczególnymi oddziałami, a zwłaszcza zobowiązać oddziały do składania na ręce lekarza dyżurnego wykazów wolnych łóżek w oddziałach.

Oddział I Chorób Płuc i Gruźlicy (LCP)

§ 22

1. Oddział I Chorób Płuc i Gruźlicy liczy 65 łóżek, w tym 4 łóżka do nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej i 15 łóżek dla pacjentów z gruźlicą.
2. Oddziałem kieruje Kierownik Oddziału I Chorób Płuc i Gruźlicy.
3. Do podstawowych zadań oddziału należy:
   3.1. Leczenie chorych z chorobami układu oddechowego.
   3.2. Diagnozowanie chorych w zakresie wszystkich schorzeń układu oddechowego m.in. chorób nowotworowych, przewlekłej obturacyjnej choroby płuc, astmy oskrzelowej, zmian rozsianych w płucach, sarkoidozy, mykobakteriozy, grzybicy, gruźlicy i innych rzadkich chorób układu oddechowego.
   3.3. Prowadzenie Programów Terapeutycznych NFZ zgodnie z profilem oddziału.

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione

Gabinet Diagnostyczno – Zabiegowy Oddziału I Chorób Płuc i Gruźlicy

§ 23

W ramach Oddziału I Chorób Płuc i Gruźlicy funkcjonuje Gabinet Diagnostyczno – Zabiegowy, do którego zadań należy:

1. Przeprowadzanie badań fizykalnych.
2. Wykonywanie badań i zabiegów zleconych przez lekarzy:
   2.1. iniekcje podskórne, domięśniowe, dożylne,
   2.2. pomiary ciśnienia tętniczego krwi i temperatury ciała,
   2.3. pobieranie materiału do badań laboratoryjnych, mikrobiologicznych i cytologicznych,
   2.4. pomiary wysokości i masy ciała,
   2.5. wykonywanie drobnych zabiegów
3. Prowadzenie wymaganej dokumentacji

Oddział II Chorób Płuc i Gruźlicy (LCG)

§ 24

1. Oddział II Chorób Płuc i Gruźlicy liczy 65 łóżek, w tym 4 łóżka do nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej i 15 łóżek dla pacjentów z gruźlicą.
2. Oddziałem kieruje Kierownik Oddziału II Chorób Płuc i Gruźlicy
3. Do podstawowych zadań oddziału należy:
   3.1. Diagnostyka i leczenie pacjentów z mykobakteriozami i innymi schorzeniami płuc, tj.: chorobami infekcyjnymi – bakteryjnymi i wirusowymi, przewlekłą obturacyjną chorobą płuc, nowotworami pierwotnymi i wtórnymi układu oddechowego, astmą oskrzelową, sarkoidozą, zatorowością płucną, pylicami, chorobami śródmiąższowymi tkanki płucnej, chorobami przepony i śródpiersia, zatorowością płucną, gruźlicą oraz innymi chorobami układu oddechowego.
   3.2. Diagnostyka schorzeń dodatkowych.
   3.3. Prowadzenie Programów Terapeutycznych NFZ zgodnie z profilem oddziału.

Gabinet Diagnostyczno – Zabiegowy Oddziału II Chorób Płuc i Gruźlicy

§ 25

W ramach Oddziału II Chorób Płuc i Gruźlicy funkcjonuje Gabinet Diagnostyczno – Zabiegowy, do którego zadań należy:

1. Przeprowadzanie badań fizykalnych.
2. Wykonywanie badań i zabiegów zleconych przez lekarzy:
   2.1. iniekcje podskórne, domięśniowe, dożylne,
   2.2. pomiary ciśnienia tętniczego krwi i temperatury ciała,
   2.3. pobieranie materiału do badań laboratoryjnych, mikrobiologicznych i cytologicznych,
   2.4. pomiary wysokości i masy ciała,
   2.5. wykonywanie drobnych zabiegów
3. Prowadzenie wymaganej dokumentacji

Klinika Chorób Płuc i Alergologii

§ 26

1. Klinika Chorób Płuc i Alergologii jest ośrodkiem naukowym kształcącym kadrę medyczną i wdrażającym nowoczesne metody diagnostyki i terapii, zgodnie z aktualnymi standardami.
2. Kliniką kieruje Kierownik Kliniki Chorób Płuc i Alergologii.
3. W skład Kliniki wchodzą następujące oddziały:

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione

3.1. Oddział III Chorób Płuc i Onkologii Pulmonologicznej
3.2. Oddział IV Alergologiczny

4. Zadania Kliniki:
   4.1. Realizacja programów dydaktycznych dla studentów medycyny Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach,
   4.2. Prowadzenie staży kierunkowych dla absolwentów wydziałów lekarskich,
   4.3. Prowadzenie badań naukowych w zakresie alergologii, immunologii klinicznej i chorób płuc,
   4.4. Zapewnienie wsparcia merytorycznego pracowników Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze w zakresie metodologii badań naukowych i przygotowania publikacji.

Oddział III Chorób Płuc i Onkologii Pulmonologicznej (LCC)

§ 27

1. Oddział III Chorób Płuc i Onkologii Pulmonologicznej liczy 50 łóżek, w tym 4 łóżka do nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej i 8 łóżek dla pacjentów wymagających zabezpieczenia powikłań III i IV stopnia i leczenia chemioterapią w warunkach stacjonarnych"
2. Oddziałem kieruje Kierownik Oddziału III Chorób Płuc i Onkologii Pulmonologicznej.
3. Do podstawowych zadań oddziału należy:
   3.1 Diagnozowanie chorych w zakresie wszystkich schorzeń układu oddechowego m. in. chorób nowotworowych, chorób śródmiąższowych, chorób infekcyjnych, bakteryjnych, wirusowych i grzybiczych, mykobakteriozy, astmy oskrzelowej, przewlekłej obturacyjnej choroby płuc, zatorowości płucnej, chorób opłucnej.
   3.2 Leczenie chorych z chorobami układu oddechowego z wyjątkiem gruźlicy.
   3.3 Prowadzenie Programów Terapeutycznych NFZ zgodnie z profilem oddziału.
4. W Oddziale realizowane są świadczenia gwarantowane z zakresu chemioterapii, obejmujące podanie leków z katalogu leków refundowanych stosowanych w chemioterapii oraz programu lekowego „Leczenie chorych na raka płuca oraz międzybłoniaka opłucnej"
5. Świadczenia w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapia są wykonywane w trybie hospitalizacji wyłącznie w przypadku, gdy cel terapii nie może być osiągnięty przez leczenie prowadzone w trybie jednodniowym lub w trybie ambulatoryjnym.

Pracownia Bronchoskopowa przy Oddziale III Chorób Płuc i Onkologii Pulmonologicznej (CCB)

§ 28

1. Wykonywanie diagnostycznych badań bronchoskopowych i bronchofiberoskopowych (z pobieraniem materiału do badań przy pomocy szczoteczek, biopsji kleszczykowej, cienkoigłowej, kriobiopsji).
2. Wykonywanie diagnostycznych badań endoskopowych z wykorzystaniem systemu ultrasonograficznego (EBUS), kriobiopsji i systemu radialnego.
3. Wykonywanie terapeutycznych zabiegów bronchoskopowych: usuwanie ciał obcych, tamowanie krwawień, bronchospiracja, udrażanianie dróg oddechowych.

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione

Gabinet Diagnostyczno - Zabiegowy Oddziału III Chorób Płuc i Onkologii Pulmonologicznej

§ 29

W ramach Oddziału III Chorób Płuc i Onkologii Pulmonologicznej funkcjonuje Gabinet Diagnostyczno – Zabiegowy, do którego zadań należy:

1. Przeprowadzanie badań fizykalnych.
2. Wykonywanie badań i zabiegów zleconych przez lekarzy:
   2.1. iniekcje podskórne, domięśniowe, dożylne,
   2.2. pomiary ciśnienia tętniczego krwi i temperatury ciała,
   2.3. pobieranie materiału do badań laboratoryjnych, mikrobiologicznych i cytologicznych,
   2.4. pomiary wysokości i masy ciała,
   2.5. wykonywanie drobnych zabiegów.
3. Prowadzenie wymaganej dokumentacji.

Oddział IV Alergologiczny (LCA)

§ 30

1. Oddział IV Alergologiczny liczy 15 łóżek.
2. Oddziałem kieruje Kierownik Oddziału IV Alergologicznego.
3. Do podstawowych zadań oddziału należy:
   3.1. Diagnostyka i terapia schorzeń takich jak: astma, zapalenie płuc, alergiczny nieżyt nosa, alergia narządu wzroku, pokrzywka i obrzęk naczynioruchowy, atopowe zapalenie skóry, alergiczne kontaktowe zapalenie skóry, eozynofilowe zapalenie naczyń z ziarniniakowatością, alergia układu pokarmowego, alergia na leki, metale, implanty, kosmetyki, reakcje anafilaktyczne alergiczne i niealergiczne (polekowe, pokarmowe, w wyniku użądlenia owadów, idiopatyczne), zespół hipereozynofilowy (HES), mastocytozy
   3.2. Diagnozowanie i leczenie uczuleń na jad owadów błonkoskrzydłych (osa, pszczoła).
   3.3. Prowadzenie Programów Terapeutycznych NFZ zgodnie z profilem oddziału.

Gabinet Diagnostyczno - Zabiegowy Oddziału IV Alergologicznego

§ 31

W ramach Oddziału IV Alergologicznego funkcjonuje Gabinet Diagnostyczno – Zabiegowy, do którego zadań należy:

1. Przeprowadzanie badań fizykalnych.
2. Wykonywanie badań i zabiegów zleconych przez lekarzy:
   2.1. iniekcje podskórne, domięśniowe, dożylne,
   2.2. pomiary ciśnienia tętniczego krwi i temperatury ciała,
   2.3. pobieranie materiału do badań laboratoryjnych, mikrobiologicznych i cytologicznych,
   2.4. pomiary wysokości i masy ciała,
   2.5. wykonywanie drobnych zabiegów.
3. Prowadzenie wymaganej dokumentacji.

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione

Oddział VIII Chirurgii Klatki Piersiowej (LCT)

§ 32

1. Oddział VIII Chirurgii Klatki Piersiowej liczy 47 łóżek.
2. Oddziałem kieruje Kierownik Oddziału VIII Chirurgii Klatki Piersiowej.
3. Do podstawowych zadań oddziału należy:
   3.1. Diagnostyka chorych ze schorzeniami narządów klatki piersiowej.
   3.2. Leczenie chirurgiczne chorych ze schorzeniami narządów klatki piersiowej.
   3.3. Leczenie zachowawcze chorych ze schorzeniami narządów klatki piersiowej.

Gabinet Diagnostyczno - Zabiegowy Oddziału VIII Chirurgii Klatki Piersiowej

§ 33

W ramach Oddziału VIII Chirurgii Klatki Piersiowej funkcjonuje Gabinet Diagnostyczno – Zabiegowy, do którego zadań należy:

1. Przeprowadzanie badań fizykalnych.
2. Wykonywanie badań i zabiegów zleconych przez lekarzy:
   2.1. iniekcje podskórne, domięśniowe, dożylne,
   2.2. pomiary ciśnienia tętniczego krwi i temperatury ciała,
   2.3. pobieranie materiału do badań laboratoryjnych, mikrobiologicznych i cytologicznych,
   2.4. pomiary wysokości i masy ciała,
   2.5. wykonywanie opatrunków,
   2.6. wykonywanie drobnych zabiegów torakochirurgicznych,
3. Prowadzenie wymaganej dokumentacji.

Szpital w Czerwonej Górze

Izba Przyjęć Ogólna (LIO)

§ 34

1. Pacjenci z innymi schorzeniami niż pulmonologiczne kierowani są do Izby Przyjęć Ogólnej.
2. Izba Przyjęć Ogólna funkcjonuje na zasadach określonych w **§ 21 ust. 2 Ogólne zasady funkcjonowania Izby Przyjęć.**

Oddział VI Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej (LOC)

§ 35

1. Oddział VI Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej liczy 42 łóżka.
2. Oddziałem kieruje Kierownik Oddziału VI Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej.
3. Do podstawowych zadań oddziału należy:
   3.1. Specjalistyczne leczenie chirurgiczne chorych onkologicznych.
   3.2. Specjalistyczne leczenie chirurgiczne chorych oparzonych.
   3.3. Leczenie zabiegowe i zachowawcze chorych ogólnochirurgicznych.
   3.4. Diagnostyka chorych.
   3.5. Ciągłość nadzoru nad chorym poprzez leczenie ambulatoryjne chorych chirurgicznych

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione

Gabinet Diagnostyczno - Zabiegowy Oddziału VI Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej

§ 36

W ramach Oddziału Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej funkcjonuje Gabinet Diagnostyczno – Zabiegowy, do którego zadań należy:

1. Przeprowadzanie badań fizykalnych.
2. Wykonywanie badań i zabiegów zleconych przez lekarzy:
   2.1. iniekcje podskórne, domięśniowe, dożylne,
   2.2. pomiary ciśnienia tętniczego krwi i temperatury ciała,
   2.3. pobieranie materiału do badań laboratoryjnych, mikrobiologicznych i cytologicznych,
   2.4. pomiary wysokości i masy ciała,
   2.5. zaopatrywanie ran i wykonywanie opatrunków,
   2.6. wykonywanie drobnych zabiegów chirurgicznych.
3. Prowadzenie wymaganej dokumentacji

Oddział VII Urologiczny (LOU)

§ 37

1. Oddział VII Urologiczny liczy 40 łóżek.
2. Oddziałem kieruje Kierownik Oddziału VII Urologicznego
3. Do podstawowych zadań oddziału należy:
   3.1. Diagnozowanie i leczenie chorych ze schorzeniami nerek i układu moczowego oraz mężczyzn ze schorzeniami narządów płciowych zewnętrznych.
   3.2. Leczenie zachowawcze.
   3.3. Leczenie zabiegowe, tj.: wykonywanie leczenia operacyjnego u chorych ze schorzeniami wymienionymi powyżej.

Gabinet Diagnostyczno - Zabiegowy Oddziału VII Urologicznego

§ 38

W ramach Oddziału VII Urologicznego funkcjonuje Gabinet Diagnostyczno – Zabiegowy, do którego zadań należy:

1. Przeprowadzanie badań fizykalnych.
2. Wykonywanie badań i zabiegów zleconych przez lekarzy:
   2.1. iniekcje podskórne, domięśniowe, dożylne,
   2.2. pomiary ciśnienia tętniczego krwi i temperatury ciała,
   2.3. pobieranie materiału do badań laboratoryjnych, mikrobiologicznych i cytologicznych,
   2.4. pomiary wysokości i masy ciała,
   2.5. zaopatrywanie ran i wykonywanie opatrunków,
   2.6. wykonywanie drobnych zabiegów urologicznych.
3. Prowadzenie wymaganej dokumentacji

Oddział IX Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu (LOO)

§ 39

1. Oddział IX Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu liczy 20 łóżek.
2. Oddziałem kieruje Kierownik Oddziału IX Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu.
3. Do podstawowych zadań oddziału należy:
   3.1. operacyjne i zachowawcze leczenie urazów.

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione

3.2. w zakresie traumatologii narządu ruchu przeprowadzanie zabiegów operacyjnych z wykorzystaniem nowoczesnych systemów zespoleń kości.

3.3. w zakresie ortopedii wykonywanie zabiegów operacyjnych schorzeń narządu ruchu u dorosłych w tym endoprotezoplastyka stawów biodrowych i kolanowych pierwotna i rewizyjna, endoprotezoplastyka stawu ramiennego.

3.4. w zakresie chirurgii artroskopowej wykonywane są zabiegi stawu kolanowego (m.in. rekonstrukcje więzadła krzyżowego przedniego, szycie uszkodzeń łąkotek) i stawu ramiennego (m.in. niestabilności stawu ramiennego, zespoły ciasnoty podbarkowej, uszkodzenia stożka rotatorów).

3.5. prowadzenie specjalistycznej rehabilitacji ortopedycznej.

Gabinet Diagnostyczno - Zabiegowy Oddziału IX Ortopedii I Traumatologii Narządu Ruchu

§ 40

W ramach Oddziału Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu funkcjonuje Gabinet Diagnostyczno – Zabiegowy, do którego zadań należy:

1. Przeprowadzanie badań fizykalnych.
2. Wykonywanie badań i zabiegów zleconych przez lekarzy:
   2.1. iniekcje podskórne, domięśniowe, dożylne,
   2.2. pomiary ciśnienia tętniczego krwi i temperatury ciała,
   2.3. pobieranie materiału do badań laboratoryjnych, mikrobiologicznych i cytologicznych,
   2.4. pomiary wysokości i masy ciała,
   2.5. wykonywanie opatrunków,
   2.6. wykonywanie drobnych zabiegów ortopedycznych,
3. Prowadzenie wymaganej dokumentacji.

Oddział V Chorób Wewnętrznych, Reumatologii, Immunologii Klinicznej i Zaburzeń Metabolicznych (LZW)

§ 41

1. Oddział liczy łącznie 35 łóżek w tym do hospitalizacji jednodniowych.
2. Oddziałem kieruje Kierownik Oddziału.
3. Do podstawowych zadań oddziału należy:
   3.1. Wykonywanie procedur diagnostyczno – terapeutycznych z zakresu chorób wewnętrznych, reumatologii, immunologii, diabetologii, hematologii.
   3.2. Zapewnianie pacjentom stałej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej.
   3.3. Konsultowanie pacjentów z Izby Przyjęć i pozostałych oddziałów Szpitala w sytuacjach tego wymagających.
   3.4. Konsultacje specjalistyczne z zakresu reumatologii, immunologii i hematologii pacjentów innych szpitali w ramach zawartych umów.
   3.5. Diagnostyka i leczenie chorych leżących w oddziale:
      3.5.1. diagnostyka podstawowa obejmująca podstawowe badania laboratoryjne, badanie fizykalne, EKG, USG, RTG,
      3.5.2. diagnostyka specjalistyczna obejmująca specjalistyczne badania diagnostyczne, USG, kapilaroskopię, densytometrię, badania cytologiczne i histopatologiczne szpiku, współpracę z lekarzami w zakresie innych wąskich specjalności na terenie Szpitala,

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione

3.5.3. udział w kominkach radiologicznych oraz konsyliach wielospecjalistycznych w sytuacjach skomplikowanych przypadków klinicznych wymagających analizy wielodyscyplinarnej.

3.6. Rehabilitacja hospitalizowanych chorych.

3.7. Prowadzenie wymaganej dokumentacji medycznej.

3.8. Dbałość o jakość oferowanych usług lekarsko - pielęgniarskich.

3.9. Ciągłe podnoszenie kwalifikacji zawodowych poprzez systematyczną edukację, czynny udział w zjazdach, konferencjach naukowych, kursach doszkalających oraz aktywną współpracę z Towarzystwami Naukowymi.

3.10. Działalność dydaktyczna w zakresie kształcenia lekarzy i pielęgniarek.

Gabinet Diagnostyczno - Zabiegowy Oddziału V Chorób Wewnętrznych, Reumatologii, Immunologii Klinicznej i Zaburzeń Metabolicznych

§ 42

1. Przeprowadzanie badania fizykalnego.
2. Wykonywanie badań oraz zabiegów zleconych przez lekarzy:
   2.1. pomiary: wagi ciała, wzrostu, temperatury, ciśnienia tętniczego,
   2.2. ordynowanie leków doustnych,
   2.3. pobieranie materiału do badań diagnostycznych: laboratoryjnych, mikrobiologicznych i cytologicznych.
3. Prowadzenie wymaganej dokumentacji.

Pracownia Badań Układu Krążenia (WZK)

§ 43

1. Pracownia Badań Układu Krążenia znajduje się w strukturze Oddziału V Chorób Wewnętrznych, Reumatologii, Immunologii Klinicznej i Zaburzeń Metabolicznych.
2. Pracownia podlega bezpośrednio Kierownikowi Oddziału.
3. Zabezpieczenie kadrowe pracowni zapewniają lekarze i pielęgniarki Oddziału
4. Podstawowym zadaniem pracowni jest wykonywanie badań diagnostycznych.

Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii (LZA)

§ 44

1. Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii liczy 8 łóżek.
2. Oddziałem kieruje Kierownik Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii.
3. Do podstawowych zadań oddziału należy:
   3.1. Leczenie pacjentów wymagających intensywnego nadzoru,
   3.2. Diagnozowanie i leczenie pacjentów.
   3.3. Prowadzenie akcji reanimacyjnych w Szpitalu,
   3.4. Wykonywanie zabiegów pielęgnacyjnych i rehabilitacyjnych,
   3.5. Współpraca w procesie leczniczym z lekarzami innych specjalności,
   3.6. Czuwanie nad bezpieczeństwem pacjentów,

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione

3.7. Współpraca z pracowniami szpitala: laboratorium, bakteriologia, serologia, endoskopia, apteka,
3.8. Udzielanie informacji o stanie zdrowia chorych,
3.9. Zapoznanie rodziny z ich prawami i obowiązkami,
3.10. Nadzór nad prawidłowym przebiegiem odwiedzin, szerzenie oświaty zdrowotnej wśród rodziny,
3.11. Przygotowanie rodziny do samodzielnej pielęgnacji chorych wypisanych do domu,
3.12. Przestrzeganie zasad mających na celu zapobieganie zakażeniom wewnątrzszpitalnym,
3.13. Nadzór nad stanem technicznym aparatury medycznej,

Blok Operacyjny (AZB)

§ 45

1. Blok Operacyjny znajduje się w strukturze Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii.
2. Blokiem Operacyjnym kieruje Kierownik Bloku, który pełni również funkcję Kierownika Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii
3. Zabiegi operacyjne przeprowadzane są na 6 salach operacyjnych.
4. Zabezpieczenie kadrowe zapewniają lekarze anestezjolodzy i pielęgniarki anestezjologiczne Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz zatrudnione na bloku pielęgniarki operacyjne – instrumentariuszki
5. Zadania Kierownika Bloku Operacyjnego:
   5.1. Ustalanie w porozumieniu z Kierownikami oddziałów zabiegowych planów zabiegów operacyjnych.
   5.2. Przekazywanie planów operacji zainteresowanym komórkom organizacyjnym.
   5.3. Zapewnienie warunków i stworzenie możliwości przeprowadzania zabiegów operacyjnych w trybie pilnym, pozaplanowym.
   5.4. Nadzór nad aparaturą i urządzeniami eksploatowanymi w obszarze Bloku Operacyjnego.
   5.5. Zapewnienie odpowiednich warunków do przeprowadzania zabiegów operacyjnych.
   5.6. Nadzór nad funkcjonowaniem Centralnej Sterylizatorni.
6. Podstawowe zadania Bloku Operacyjnego:
   6.1. Przeprowadzanie zabiegów operacyjnych w znieczuleniach ogólnych, regionalnych i miejscowych.
   6.2. Przeprowadzanie zabiegów operacyjnych w trybie planowym i pozaplanowym z zapewnieniem bezpieczeństwa operowanym pacjentom.
   6.3. Przeprowadzanie zabiegów operacyjnych z zakresu chirurgii ogólnej i onkologicznej, chirurgii klatki piersiowej, urologii, endoskopii zabiegowej.
   6.4. Zapewnienie bezpieczeństwa pacjentom operowanym.
   6.5. Opieka pooperacyjna nad pacjentami przebywającymi czasowo na sali wybudzeń.
   6.6. Zapewnienie stałej gotowości kadrowej i sprzętowej do przeprowadzania zabiegów w trybie pilnym.
   6.7. Przestrzeganie i nadzór nad przestrzeganiem reżimu sanitarno – epidemiologicznego przez osoby wchodzące w obręb Bloku Operacyjnego.
   6.8. Realizacja procesu - przeprowadzenie zabiegu operacyjnego na Bloku Operacyjnym, zgodnie z obowiązującą kartą procesu nr KP-11.
   6.9. Właściwa i zgodna z przeznaczeniem eksploatacja aparatury medycznej bloku.

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione

Centralna Sterylizatornia (AZS)

§ 46

1. Centralna Sterylizatornia znajduje się w strukturze Bloku Operacyjnego.
2. Nadzór nad działalnością Centralnej Sterylizatorni sprawuje Kierownik Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii/Kierownik Bloku Operacyjnego.
3. Za organizację pracy i nadzorowanie procesów realizowanych w Centralnej Sterylizatorni odpowiedzialność ponosi Pielęgniarka Koordynująca Bloku Operacyjnego i Centralnej Sterylizatorni, która podlega bezpośrednio Kierownikowi Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii/ Kierownik Bloku Operacyjnego.
4. Do podstawowych zadań Centralnej Sterylizatorni należy:
   4.1. Dezynfekcja, mycie, konserwacja sprzętu specjalistycznego i narzędzi chirurgicznych.
   4.2. Sterylizacja narzędzi, sprzętu specjalistycznego, bielizny, materiałów opatrunkowych na potrzeby Bloku Operacyjnego i wszystkich komórek organizacyjnych WSS.
   4.3. Prowadzenie, przechowywanie i archiwizacja dokumentacji związanej z kontrolą przebiegu procesów mycia, dezynfekcji i sterylizacji.
   4.4. Sterylizacja materiałów i sprzętu przekazywanego przez jednostki zewnętrzne na podstawie zawartych umów.
   4.5. Właściwa i zgodna z przeznaczeniem eksploatacja urządzeń stanowiących wyposażenie Centralnej Sterylizatorni.
   4.6. Bezwzględne przestrzeganie reżimu sanitarno – epidemiologicznego.

Oddział Chemioterapii Dziennej i Ambulatoryjnej (LZR)

§ 47

1. W Oddziale Chemioterapii Dziennej i Ambulatoryjnej znajduje się 10 nowoczesnych stanowisk do prowadzenia chemioterapii w trybie dziennym i ambulatoryjnym.
2. Oddziałem kieruje Kierownik Oddziału Chemioterapii Dziennej i Ambulatoryjnej, który w czasie nieobecności jest zastępowany przez wskazanego przez siebie lekarza.
3. Do podstawowych zadań oddziału należy:
   3.1. Wysokospecjalistyczne leczenie pacjentów z chorobami nowotworowymi, przy użyciu leków przeciwnowotworowych, obejmujące:
      3.1.1. klasyczną chemioterapię podawaną dożylnie, domięśniowo, podskórnie lub doustnie
      3.1.2. immunoterapię (z zastosowaniem przeciwciał monoklonalnych)
      3.1.3. leczenie ukierunkowane molekularnie w postaci tabletek i wlewów dożylnych.
   3.2. Realizacja programu lekowego leczenie niedrobnokomórkowego lub drobnokomórkowego raka płuca, który jest jednym ze schematów farmakoterapii (oprócz chemioterapii) leczenia pacjentów z zaawansowanym nowotworem.
4. Prowadzenie wymaganej dokumentacji medycznej.

Gabinet Diagnostyczno - Zabiegowy Oddziału Chemioterapii Dziennej i Ambulatoryjnej

§ 48

W ramach Oddziału Chemioterapii Dziennej i Ambulatoryjnej funkcjonuje Gabinet Diagnostyczno – Zabiegowy, do którego zadań należy:

1. Przeprowadzanie badań fizykalnych.
2. Wykonywanie badań i zabiegów zleconych przez lekarzy:

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione

2.1. iniekcje podskórne, domięśniowe, dożylne,
2.2. pomiary ciśnienia tętniczego krwi i temperatury ciała,
2.3. pobieranie materiału do badań laboratoryjnych,
2.4. zaopatrywanie ran i wykonywanie opatrunków,
2.5. podawanie tlenu
3. Prowadzenie wymaganej dokumentacji

ZAKŁAD ŚWIADCZEŃ DIAGNOSTYCZNO - AMBULATORYJNYCH

Dział Diagnostyki i Leczenia Zaburzeń Oddychania (LDM)

§ 49

1. Działem kieruje Kierownik Działu Diagnostyki i Leczenia Zaburzeń Oddychania.
2. Strukturę organizacyjną Działu Diagnostyki i Leczenia Zaburzeń Oddychania tworzą następujące komórki organizacyjne:
   2.1. Pracownia Diagnostyki Zaburzeń Oddychania Podczas Snu (MDS)
   2.2. Ośrodek Domowej Wentylacji Mechanicznej (MDW)
3. Zadania Pracowni Diagnostyki Zaburzeń Oddychania Podczas Snu
   1.1. Podstawowym zadaniem pracowni jest diagnozowanie i leczenie pacjentów z zaburzeniami oddychania w czasie snu.
4. Zadania Ośrodka Domowej Wentylacji Mechanicznej
   4.1.Kwalifikowanie pacjentów do wentylacji domowej.
   4.2.Okresowa kontrola pacjentów korzystających z respiratora w warunkach domowych.
   4.3.Przeprowadzanie regularnych wizyt w domu pacjenta korzystającego z respiratora.
   4.4.Nadzór nad realizacją umów zawartych z firmami zewnętrznymi w zakresie utrzymania w stałej sprawności technicznej eksploatowanych respiratorów.

Dział Rehabilitacji Medycznej (LAR)

§ 50

1. Dział Rehabilitacji Medycznej świadczy usługi fizjoterapii w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. Św. Rafała w Chęcinach ul. Czerwona Góra 10 oraz w Zakładzie Świadczeń Opieki Długoterminowej (ZOL) działającym przy Szpitalu.
2. Pracą Działu Rehabilitacji Medycznej kieruje Kierownik Działu Rehabilitacji Medycznej. Zastępstwo w czasie nieobecności Kierownika pełnione jest przez wyznaczonego przez Kierownika, za zgodą Dyrektora, pracownika Działu Rehabilitacji Medycznej.
3. Pracownicy Działu Rehabilitacji Medycznej oraz fizjoterapeuci pracujący na umowie zlecenia, umowie kontraktowej itp. W ramach zespołów Działu Rehabilitacji Medycznej podlegają bezpośrednio Kierownikowi Działu Rehabilitacji Medycznej.
4. Strukturę organizacyjną Działu Rehabilitacji Medycznej tworzą następujące zespoły organizacyjne:
   4.1. Zespół Fizjoterapii Ambulatoryjnej oraz Szpitalnej(RAA)
   4.2. Zespół Fizjoterapii Domowej (RAD)
   4.3. Zespół Fizjoterapii w Oddziale Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu (RAO)
   4.4. Zespół Fizjoterapii w Zakładzie Świadczeń Opieki Długoterminowej (ZOL) (RAZ)
5. Do podstawowych zadań Zespołu Fizjoterapii Ambulatoryjnej oraz Szpitalnej należy:
   5.1. Świadczenie usług fizjoterapii na rzecz chorych przebywających w Szpitalu.
   5.2. Realizacja umowy z NFZ w zakresie rehabilitacji ambulatoryjnej.

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione

5.3. Opracowanie wymaganych wykazów i raportów ze świadczeń realizowanych w ramach zespołu.

6. Do podstawowych zadań Zespołu Fizjoterapii Domowej należy:
   6.1. Realizacja umowy z NFZ w zakresie rehabilitacji w warunkach domowych.
   6.2. Opracowanie wymaganych wykazów i raportów ze świadczeń realizacji w ramach zespołu.
7. Do podstawowych zadań Zespołu Fizjoterapii w Oddziale Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu należy:
   7.1. Świadczenie usług fizjoterapii w Oddziale Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu.
   7.2. Opracowanie wymaganych wykazów i raportów ze świadczeń realizowanych w ramach zespołu.
8. Do podstawowych zadań Zespołu Fizjoterapii w Zakładzie Świadczeń Opieki Długoterminowej (ZOL) należy:
   8.1. Świadczenie usług fizjoterapii na rzecz przebywających w Zakładzie Świadczeń Opieki Długoterminowej (ZOL).
   8.2. Opracowanie wymaganych wykazów i raportów ze świadczeń realizowanych w ramach zespołu.
9. Zabezpieczenie kadrowe wszystkich zespołów zapewniają zatrudnieni w Dziale Rehabilitacji Medycznej fizjoterapeuci spełniający wymogi Ustawy o zawodzie fizjoterapeuty.

Dział Badań Czynnościowych Układu Oddechowego (LDC)

§ 51

1. Działem kieruje Kierownik Działu Badań Czynnościowych Układu Oddechowego.
2. Zabezpieczenie kadrowe działu zapewnia wyodrębniony zespół pielęgniarski.
3. Strukturę organizacyjną Działu Badań Czynnościowych Układu Oddechowego tworzą następujące komórki organizacyjne:
   3.1. Pracownia Pletyzmografii (CDP)
   3.2. Pracownia Spirometrii (CDS)
4. Podstawowym zadaniem pracowni jest wykonywanie badań diagnostycznych w przebiegu chorób układu oddechowego.
5. Rodzaje badań wykonywanych w pracowni:
   5.1. pletyzmografia,
   5.2. spirometria,
   5.3. ph-metria dróg oddechowych,
   5.4. 6 – cio minutowy test chodu (bieżnia, korytarz),
   5.5. DLCO,
   5.6. próba rozkurczowa.
   5.7. MIP i MEP

Dział Diagnostyki Obrazowej (LDO)

§ 52

1. W strukturze Działu Diagnostyki Obrazowej znajdują się:
   1.1. Pracownia Tomografii Komputerowej (ODT)
   1.2. Pracownia Rezonansu Magnetycznego (ORM)
   1.3. Pracownia RTG (ODR)
   1.4. Pracownia USG (ODU)

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione

1.5. Pracownia RTG mieszcząca się w Wojewódzkiej Przychodni Specjalistycznej Szpitala w Czerwonej Górze, ul. Jagiellońska 72, Kielce (ODK).

2. Działem kieruje Kierownik Działu Diagnostyki Obrazowej, który służbowo podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.
3. Do podstawowych zadań Działu Diagnostyki Obrazowej należy:
   3.1. Wykonywanie badań tomografii komputerowej.
   3.2. Wykonywanie badań rezonansu magnetycznego.
   3.3. Wykonywane zdjęć RTG.
   3.4. Wykonywanie badań kontrastowych.
   3.5. Wykonywanie badań USG.
   3.6. Nadzór nad zapewnieniem całodobowego dostępu do badań poza godzinami pracy lekarzy radiologów.
   3.7. Przeprowadzanie badań zgodnie z obowiązującymi w zakresie radiologii, przepisami nadrzędnymi oraz wewnętrznymi aktami normatywnymi.
   3.8. Zapewnienie bezpieczeństwa badanym pacjentom.
   3.9. Realizacja umowy z NFZ w zakresie badań tomografii komputerowej.

Dział Endoskopii (LDE)

§ 53

1. W strukturze Działu Endoskopii znajdują się:
   1.1. Pracownia Bronchoskopii Diagnostycznej (EDD)
   1.2. Pracownia Bronchoskopii Zabiegowej (EDZ)
   1.3. Pracownia Gastroskopii (EDG)
   1.4. Pracownia Kolonoskopii (EDK).
2. Działem kieruje Kierownik Działu Endoskopii, który służbowo podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.
3. Pracę personelu pielęgniarskiego nadzoruje bezpośrednio Pielęgniarka Koordynująca, która służbowo podlega Naczelnej Pielęgniarce, a funkcjonalnie Kierownikowi Działu Endoskopii.
4. Zadania pracowni:
   4.1. Wykonywanie diagnostycznych badań bronchoskopowych i bronchofiberoskopowych (z pobieraniem materiału do badań przy pomocy szczoteczek, biopsji kleszczykowej, cienkoigłowej, kriobiopsji).
   4.2. Wykonywanie diagnostycznych badań z wykorzystaniem systemu ultrasonograficznego (EBUS, EUS), systemu radialnego oraz bronchonawigacji.
   4.3. Wykonywanie terapeutycznych zabiegów bronchoskopowych: usuwanie ciał obcych, tamowanie krwawień, bronchoaspiracja, udrażnianie dróg oddechowych.
   4.4. Wykonywanie diagnostycznych badań endoskopowych górnego i dolnego odcinka przewodu pokarmowego w warunkach szpitalnych oraz ambulatoryjnych.
   4.5. Wykonywanie terapeutycznych zabiegów endoskopowych: polipektomie, mukozektomie (EMR), dyssekcje podśluzówkowe (ESD) wczesnych nowotworów przewodu pokarmowego, tamowanie krwawień do przewodu pokarmowego, protezowanie przełyku, odbytnicy; poszerzanie zwężeń przewodu pokarmowego, obliteracja żylaków przełyku, zakładanie endoskopowych dostępów dojelitowych (PEG), usuwanie ciał obcych z przewodu pokarmowego.

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione

4.6. Wykonywanie zabiegów diagnostycznych i terapeutycznych na drogach żółciowych (leczenie kamicy przewodowej, protezowanie, poszerzanie dróg żółciowych, diagnostyka nowotworów dróg żółciowych).

4.7. Zapewnienie bezpieczeństwa pacjentom w trakcie przeprowadzanych badań i zabiegów.

4.8. Zapewnienie całodobowego dostępu do badań wykonywanych w Dziale Endoskopii.

Dział Diagnostyki Laboratoryjnej (LDB)

§ 54

1. W strukturze Działu Diagnostyki Laboratoryjnej znajdują się:
   1.1. Laboratorium analityczne (BDA)
   1.2. Pracownia mikrobiologii (BDB)
   1.3. Pracownia Immunologii Transfuzjologicznej (BDS)
   1.4. Laboratorium prątka gruźlicy (BDG)
   1.5. Pracownia Biologii Molekularnej (BDM)
2. Działem kieruje Kierownik Działu Diagnostyki Laboratoryjnej, który służbowo podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.
3. Pracownią Biologii Molekularnej kieruje Koordynator, który służbowo podlega Kierownikowi Działu Diagnostyki Laboratoryjnej
4. Do podstawowych zadań działu należy:
   4.1. Wykonywanie badań laboratoryjnych, serologicznych i bakteriologicznych dla pacjentów hospitalizowanych.
   4.2. Wykonywanie badań laboratoryjnych, serologicznych i bakteriologicznych dla podmiotów zewnętrznych, na podstawie zawartych umów.
   4.3. Wykonywanie badań laboratoryjnych, serologicznych i bakteriologicznych dla pracowników Szpitala, zlecanych przez lekarza zakładowego.
   4.4. Wykonywanie badań odpłatnie dla indywidualnych pacjentów.
   4.5. Wysyłanie badań specjalistycznych niewykonywanych w Dziale Diagnostyki Laboratoryjnej do laboratoriów zewnętrznych zgodnie z zawartymi umowami.
   4.6. Zapewnienie całodobowego dostępu do badań wykonywanych w dziale,
   4.7. W Pracowni Biologii Molekularnej będą wykonywane następujące badania:
   - diagnostyka wirusa SARS-CoV-2,
   - w kierunku zakażenia wirusem HPV, CMV, HSV I/II, HBV, HCV, EBV, HIV
   - wirusy oddechowe (grypy A i B; R i B : paragrypy 1,2,3; metapneumowirus ludzki; adenowirus; rynowirus, koronawirus),
   - Mycobacterium tuberculosis, rodzaj Listeriatella,
   - Grzyby (Candida albicans, Candida glabrata, Aspergillus spp., Cryptococcus ssp.),
   - Toxoplasma gondi,
   - Pneumoniae.
5. Przyjmowanie materiału do badań laboratoryjnych, cytologicznych, bakteriologicznych i w kierunku prątka gruźlicy odbywa się poprzez punkty przyjęć materiału zgodnie z obowiązującymi procedurami.
6. Za jakość wyników laboratoryjnych odpowiada Kierownik działu.

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione

Przychodnia Przy Szpitalu w Czerwonej Górze (DPP)

§ 55

1. Przychodnia mieści się w budynku głównym Szpitala – segment D.
2. Adres Przychodni: ·26-060 Chęciny ul. Czerwona Góra 10
3. W skład Przychodni wchodzą:
   3.1. Poradnia Chirurgiczna (PAC)
   3.2. Poradnia Chirurgii Klatki Piersiowej (PAT)
   3.3. Poradnia Ortopedyczna (PAO)
   3.4. Poradnia Urologiczna (PAU) z Pracownią Badań Urodynamicznych (UPU)
   3.5. Poradnia Pulmonologiczna (PAP)
   3.6. Poradnia Leczenia Bólu (PAB)
   3.7. Poradnia Domowego Leczenia Tlenem (PAD)
   3.8. Poradnia Medycyny Pracy (PAM)
   3.9. Poradnia Onkologiczna (PAR)
   3.10. Poradnia Hematologiczna (PAH).
4. Nadzór nad funkcjonowaniem Przychodni sprawuje Dyrektor Szpitala.
5. Rejestracja pacjentów odbywa się w zgodnie z zasadami określonymi w § 34 Regulaminu Organizacyjnego – dokument podstawowy.

Poradnia Chirurgiczna (PAC)

§ 56

1. Nadzór nad działalnością Poradni sprawuje Kierownik Oddziału VI Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej.
2. Zabezpieczenie kadrowe Poradni zapewniają lekarze i pielęgniarki Oddziału VI Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej.
3. Wizyty pacjentów odbywają się według ustalonego harmonogramu przyjęć.
4. Zadania Poradni:
   4.1. Zapewnienie specjalistycznej opieki pacjentom po leczeniu szpitalnym.
   4.2. Diagnozowanie i leczenie pacjentów ze schorzeniami chirurgicznymi ogólnymi i onkologicznymi niewymagających leczenia stacjonarnego.
   4.3. Kwalifikowanie i kierowanie pacjentów do leczenia szpitalnego.
   4.4. Wydawanie zaświadczeń lekarskich, wniosków do ZUS, orzekanie o czasowej niezdolności do pracy.
   4.5. Udzielanie specjalistycznych porad pacjentom zgłaszającym się do poradni.
   4.6. Konsultowanie pacjentów kierowanych przez jednostki zewnętrzne.
   4.7. Prowadzenie wymaganej dokumentacji

Gabinet Diagnostyczno – Zabiegowy Poradni Chirurgicznej

§ 57

W ramach Poradni Chirurgicznej funkcjonuje Gabinet Diagnostyczno – Zabiegowy, do którego zadań należy:

1. Przeprowadzanie badań fizykalnych.
2. Wykonywanie badań i zabiegów zleconych przez lekarzy:
   3.1. iniekcje podskórne, domięśniowe, dożylne,

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione

3.2. pomiary ciśnienia tętniczego krwi i temperatury ciała,
3.3. pobieranie materiału do badań laboratoryjnych, mikrobiologicznych i cytologicznych,
3.4. pomiary wysokości i masy ciała,
3.5. zaopatrywanie ran i wykonywanie opatrunków.
4. Prowadzenie wymaganej dokumentacji

Poradnia Chirurgii Klatki Piersiowej (PAT)

§ 58

1. Nadzór nad działalnością Poradni sprawuje Kierownik Oddziału VIII Chirurgii Klatki Piersiowej.
2. Zabezpieczenie kadrowe Poradni zapewniają lekarze i pielęgniarki Oddziału VIII Chirurgii Klatki Piersiowej.
3. Wizyty pacjentów odbywają się według ustalonego harmonogramu przyjęć.
4. Zadania Poradni:
   4.1. Zapewnienie specjalistycznej opieki pacjentom po leczeniu szpitalnym.
   4.2. Diagnozowanie i leczenie pacjentów ze schorzeniami narządów klatki piersiowej niewymagających leczenia stacjonarnego.
   4.3. Kwalifikowanie i kierowanie pacjentów do leczenia szpitalnego.
   4.4. Wydawanie zaświadczeń lekarskich, wniosków do ZUS, orzekanie o czasowej niezdolności do pracy.
   4.5. Udzielanie specjalistycznych porad pacjentom zgłaszającym się do poradni.
   4.6. Konsultowanie pacjentów kierowanych przez jednostki zewnętrzne

Gabinet Diagnostyczno - Zabiegowy Poradni Chirurgii Klatki Piersiowej

§ 59

W ramach Poradni Chirurgii Klatki Piersiowej funkcjonuje Gabinet Diagnostyczno – Zabiegowy, do którego zadań należy:

1. Przeprowadzanie badań fizykalnych.
2. Wykonywanie badań i zabiegów zleconych przez lekarzy:
   2.1. iniekcje podskórne, domięśniowe, dożylne,
   2.2. pomiary ciśnienia tętniczego krwi i temperatury ciała,
   2.3. pobieranie materiału do badań laboratoryjnych, mikrobiologicznych i cytologicznych,
   2.4. pomiary wysokości i masy ciała,
   2.5. zaopatrywanie ran i wykonywanie opatrunków.
3. Prowadzenie wymaganej dokumentacji

Poradnia Ortopedyczna (PAO)

§ 60

~~1.~~ Nadzór nad działalnością Poradni sprawuje Kierownik Oddziału IX Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu.
~~2.~~ Zabezpieczenie kadrowe Poradni zapewniają lekarze i pielęgniarki Oddziału IX Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu.
~~3.~~ Wizyty pacjentów odbywają się według ustalonego harmonogramu przyjęć.
~~4.~~ Zadania Poradni:
   4.1. Zapewnienie specjalistycznej opieki pacjentom po leczeniu szpitalnym.
   4.2. Diagnozowanie i leczenie pacjentów ze schorzeniami narządu ruchu nie wymagających leczenia stacjonarnego.

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione

4.3. Kwalifikowanie i kierowanie pacjentów do leczenia szpitalnego.
4.4. Wydawanie zaświadczeń lekarskich, wniosków do ZUS, orzekanie o czasowej niezdolności do pracy.
4.5. Udzielanie specjalistycznych porad pacjentom zgłaszającym się do poradni.
4.6. Konsultowanie pacjentów kierowanych przez jednostki zewnętrzne.
4.7. Prowadzenie wymaganej dokumentacji.

Gabinet Diagnostyczno - Zabiegowy Poradni Ortopedycznej

§ 61

W ramach Poradni Ortopedycznej funkcjonuje Gabinet Diagnostyczno – Zabiegowy, do którego zadań należy:

1. Przeprowadzanie badań fizykalnych.
2. Wykonywanie badań i zabiegów zleconych przez lekarzy:
   2.1. iniekcje podskórne, domięśniowe, dożylne,
   2.2. pomiary ciśnienia tętniczego krwi i temperatury ciała,
   2.3. pobieranie materiału do badań laboratoryjnych, mikrobiologicznych i cytologicznych,
   2.4. pomiary wzrostu i masy ciała,
   2.5. zaopatrywanie ran i wykonywanie opatrunków
3. Prowadzenie wymaganej dokumentacji

Poradnia Urologiczna (PAU)

§ 62

1. Nadzór nad działalnością Poradni sprawuje Kierownik Oddziału VII Urologicznego.
2. Zabezpieczenie kadrowe Poradni zapewniają lekarze i pielęgniarki Oddziału VII Urologicznego.
3. Wizyty pacjentów odbywają się według ustalonego harmonogramu przyjęć.
4. Zadania Poradni:
   4.1. Zapewnienie specjalistycznej opieki pacjentom po leczeniu szpitalnym.
   4.2. Diagnozowanie i leczenie pacjentów ze schorzeniami urologicznymi, nie wymagających leczenia stacjonarnego.
   4.3. Kwalifikowanie i kierowanie pacjentów do leczenia szpitalnego.
   4.4. Wydawanie zaświadczeń lekarskich, wniosków do ZUS, orzekanie o czasowej niezdolności do pracy.
   4.5. Udzielanie specjalistycznych porad pacjentom zgłaszającym się do poradni.
   4.6. Konsultowanie pacjentów kierowanych przez jednostki zewnętrzne.
   4.7. Prowadzenie wymaganej dokumentacji.

Gabinet Diagnostyczno – Zabiegowy Poradni Urologicznej

§ 63

W ramach Poradni Urologicznej funkcjonuje Gabinet Diagnostyczno – Zabiegowy, do którego zadań należy:

1. Przeprowadzanie badań fizykalnych.
2. Wykonywanie badań i zabiegów zleconych przez lekarzy:
   2.1. iniekcje podskórne, domięśniowe, dożylne,
   2.2. pomiary ciśnienia tętniczego krwi i temperatury ciała,
   2.3. pobieranie materiału do badań laboratoryjnych, mikrobiologicznych i cytologicznych,
   2.4. pomiary wzrostu i masy ciała,
   2.5. zaopatrywanie ran i wykonywanie opatrunków.
3. Prowadzenie wymaganej dokumentacji

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione

Pracownia Badań Urodynamicznych (UPU)

§ 64

W ramach Poradni Urologicznej funkcjonuje Pracownia Badań Urodynamicznych. Podstawowym zadaniem pracowni jest wykonywanie badań urodynamicznych mających na celu czynnościową ocenę funkcji dolnych dróg moczowych podczas fazy napełniania i opróżniania pęcherza moczowego.

Pracownia ESWL (UPE)

§ 65

W ramach Poradni Urologicznej funkcjonuje Pracownia ESWL. Podstawowym zadaniem pracowni jest wykonywanie w warunkach ambulatoryjnych zabiegu rozkruszania kamieni nerkowych metodą ESWL czyli tzw. litotrypsja zewnątrzustrojową falą uderzeniową.

Poradnia Pulmonologiczna (PAP)

§ 66

1 Nadzór nad działalnością Poradni sprawuje Dyrektor Szpitala lub osoba przez niego wskazana.

2 Zabezpieczenie kadrowe Poradni zapewniają lekarze i pielęgniarki Oddziału I Chorób Płuc i Gruźlicy, Oddziału II Chorób Płuc i Gruźlicy i Oddziału III Chorób Płuc.

3 Wizyty pacjentów odbywają się według ustalonego planu przyjęć.

4 Zadania Poradni:

4.1. Diagnostyka i leczenie chorób układu oddechowego.

4.2. Zapewnienie ciągłości opieki specjalistycznej pacjentom ze schorzeniami płuc wypisywanym z oddziałów Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.

4.3. Udzielanie w warunkach ambulatoryjnych specjalistycznych świadczeń diagnostyczno – terapeutycznych pacjentom kierowanym z innych podmiotów leczniczych.

4.4. Kwalifikowanie i kierowanie do leczenia szpitalnego pacjentów z chorobami układu oddechowego.

4.5. Prowadzenie obowiązującej dokumentacji medycznej.

Gabinet Diagnostyczno – Zabiegowy Poradni Pulmonologicznej

§ 67

W ramach Poradni Pulmonologicznej funkcjonuje Gabinet Diagnostyczno – Zabiegowy, do którego zadań należy:

1. Przeprowadzanie badań fizykalnych.
2. Wykonywanie badań i zabiegów zleconych przez lekarzy:
   2.1. iniekcje podskórne, domięśniowe, dożylne,
   2.2. pomiary ciśnienia tętniczego krwi i temperatury ciała,
   2.3. pobieranie materiału do badań laboratoryjnych, mikrobiologicznych i cytologicznych,
   2.4.pomiary wzrostu i masy ciała,
   2.5.wykonywanie zleconych inhalacji
3. Prowadzenie wymaganej dokumentacji

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione

Poradnia Leczenia Bólu (PAB)

§ 68

1. Nadzór nad działalnością Poradni sprawuje Kierownik Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii.
2. Poradnia mieści się w Przychodni przy Szpitalu w Czerwonej, ul. Czerwona Góra 10, Chęciny.
3. Zabezpieczenie kadrowe Poradni zapewniają lekarze Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii.
4. Wizyty pacjentów odbywają się według ustalonego harmonogramu przyjęć.
5. Podstawowym zadaniem poradni jest leczenie bólu przewlekłego.

Gabinet Diagnostyczno - Zabiegowy Poradni Leczenia Bólu

§ 69

W ramach Poradni Leczenia Bólu funkcjonuje Gabinet Diagnostyczno – Zabiegowy, do którego zadań należy:

1. Przeprowadzanie badań fizykalnych.
2. Wykonywanie badań i zabiegów zleconych przez lekarzy:
   2.1 iniekcje podskórne, domięśniowe, dożylne,
   2.2 pomiary ciśnienia tętniczego krwi i temperatury ciała,
   2.3 pomiary wysokości i masy ciała,
   2.4 wykonywanie blokad diagnostycznych i terapeutycznych, zabiegów fizjoterapeutycznych (TENS, Laser, Solux, Jonofereza);
   2.5 wykonywanie zabiegów akupunktury
3. Prowadzenie wymaganej dokumentacji

Poradnia Domowego Leczenia Tlenem (PAD)

§ 70

1. Nadzór nad działalnością Poradni sprawuje Koordynator Poradni.
2. Zadania Poradni:
   2.1. Kwalifikowanie pacjentów do przewlekłej domowej tlenoterapii przy pomocy koncentratora tlenu.
   2.2. Okresowa kontrola pacjentów korzystających z tlenoterapii w warunkach domowych.
   2.3. Przeprowadzanie regularnych wizyt w domu pacjenta korzystającego z koncentratora tlenu.
   2.4. Przeprowadzanie badań kontrolnych pacjentów Poradni.
   2.5. Nadzór nad terminami przeglądów technicznych koncentratorów będących własnością Szpitala.

Poradnia Medycyny Pracy (PAM)

§ 71

1. Pracownicy Poradni Medycyny Pracy podlegają służbowo Dyrektorowi Szpitala.
2. Do podstawowych zadań Poradni Medycyny Pracy należy:
   2.1. Opieka profilaktyczno – lecznicza nad pracownikami oraz promocja zdrowia.
   2.2. Przeprowadzanie badań:
      2.2.1. wstępnych kandydatów do pracy,
      2.2.2. okresowych i kontrolnych,
      2.2.3. końcowych

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione

2.3. Prowadzenie procesu diagnostyczno – leczniczego pracowników zgodnie z procedurą.
2.4. Realizacja procedur związanych z chorobami zawodowymi pracowników.
2.5. Bieżące analizowanie stanu zdrowia pracowników.
2.6. Koordynacja i nadzór nad stanem higieny pracy w Szpitalu.
2.7. Orzekanie o zdolności do pracy na określonym stanowisku.
2.8. Udział w Komisjach zgodnie z zarządzeniami Dyrektora.
2.9. Współpraca z Państwową Inspekcją Pracy, Stacją Sanitarno – Epidemiologiczną oraz Wojewódzkim Ośrodkiem Medycyny Pracy.

Poradnia Onkologiczna (PAR)

§ 72

1. Nadzór nad działalnością Poradni sprawuje Kierownik Oddziału Chemioterapii Dziennej i Ambulatoryjnej.
2. Zabezpieczenie kadrowe Poradni zapewniają lekarze i pielęgniarki Oddziału Chemioterapii Dziennej i Ambulatoryjnej
3. Wizyty pacjentów odbywają się według ustalonego harmonogramu przyjęć.
4. Zadania Poradni:
   4.1. Porady i konsultacje specjalistyczne w zakresie onkologii.
   4.2. Kierowanie chorych do diagnostyki i leczenia specjalistycznego: chirurgii, chemioterapii i leczenia wspomaganego.
   4.3. Wykonywanie lub zlecanie wykonywania badań diagnostycznych.
   4.4. Wystawianie skierowań na inne konsultacje specjalistyczne, leczenie szpitalne, uzdrowiskowe i rehabilitację.
   4.5. Zlecanie i ordynowanie leków i materiałów medycznych, wydawanie niezbędnych zleceń na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.
   4.6. Wydawanie niezbędnych orzeczeń o stanie zdrowia w zakresie przewidzianym w ustawie.
   4.7. Prowadzenie badań kontrolnych po przebytym leczeniu onkologicznym.
   4.8. Realizacja programu lekowego leczenie niedrobnokomórkowego lub drobnokomórkowego raka płuca, który jest jednym ze schematów farmakoterapii (oprócz chemioterapii) leczenia pacjentów z zaawansowanym nowotworem.
   4.9. Edukacja medyczna i promocja zachowań prozdrowotnych.

Gabinet Diagnostyczno – Zabiegowy Poradni Onkologicznej

§ 73

W ramach Poradni Onkologicznej funkcjonuje Gabinet Diagnostyczno – Zabiegowy, do którego zadań należy:

1. Przeprowadzanie badań fizykalnych.
2. Wykonywanie badań i zabiegów zleconych przez lekarzy:
   2.1.pomiary ciśnienia tętniczego krwi i temperatury ciała,
   2.2.pobieranie materiału do badań laboratoryjnych, mikrobiologicznych i cytologicznych,
   2.3.pomiary wzrostu i masy ciała,
3. Prowadzenie wymaganej dokumentacji

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione

Poradnia Hematologiczna (PAH)

§ 74

1. Nadzór nad działalnością Poradni sprawuje Dyrektor Szpitala lub osoba przez niego wskazana.
2. Zabezpieczenie kadrowe Poradni zapewniają lekarze i pielęgniarki Oddziału V Chorób Wewnętrznych, Reumatologii, Immunologii Klinicznej i Zaburzeń Metabolicznych.
3. Wizyty pacjentów odbywają się według ustalonego planu przyjęć.
4. Zadania Poradni:
   4.1 Diagnostyka, leczenie i monitorowanie chorób układu krwiotwórczego, zaburzeń układu odpornościowego i zaburzeń krzepnięcia.
   4.2. Zapewnienie ciągłości opieki specjalistycznej pacjentom ze schorzeniami hematologicznymi wypisywanym z oddziałów Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
   4.3. Udzielanie w warunkach ambulatoryjnych specjalistycznych świadczeń diagnostyczno – terapeutycznych pacjentom kierowanym z innych podmiotów leczniczych.
   4.4. Kwalifikowanie i kierowanie do leczenia szpitalnego pacjentów z chorobami związanymi z niedokrwistością (anemie), zaburzeniami liczby krwinek, zaburzeniami krzepnięcia, niedoborami odporności, z powiększonymi węzłami chłonnymi, śledzioną i nieprawidłowymi wynikami morfologii
5. Prowadzenie obowiązującej dokumentacji medycznej.

Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy Poradni Hematologicznej

§ 75

W ramach Poradni Hematologicznej funkcjonuje Gabinet Diagnostyczno – Zabiegowy, do którego zadań należy:
1. Przeprowadzanie badań fizykalnych.
2. Wykonywanie badań i zabiegów zleconych przez lekarzy:
   2.1. iniekcje podskórne, domięśniowe,
   2.2. pomiary ciśnienia tętniczego krwi i temperatury ciała,
   2.3. pobieranie materiału do badań laboratoryjnych, pomiary wzrostu i masy ciała,
3. Prowadzenie wymaganej dokumentacji.

Wojewódzka Przychodnia Specjalistyczna Szpitala w Czerwonej Górze (LPS)

§ 76

1. Wojewódzką Przychodnią Specjalistyczną Szpitala w Czerwonej Górze kieruje Kierownik Przychodni, który służbowo podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.
2. Kierownika Przychodni, w czasie jego nieobecności, zastępuje Zastępca Kierownika Przychodni.
3. Zastępca Kierownika Przychodni służbowo podlega bezpośrednio Kierownikowi Przychodni.

§ 77

1. Lokalizacja Wojewódzkiej Przychodni Specjalistycznej Szpitala w Czerwonej Górze, Kielce, ul. Jagiellońska 72.
2. Strukturę Przychodni określa schemat organizacyjny stanowiący załącznik nr 1 do niniejszego Regulaminu.

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione

3. Organizacja pracy:
   3.1. przychodnia przyjmuje pacjentów w dni robocze w godzinach od 7^{00} do 18^{00}, zgodnie z przyjętym harmonogramem pracy poszczególnych poradni,
   3.2. godziny pracy pracowników określają grafiki i harmonogramy pracy.
4. W Wojewódzkiej Przychodni Specjalistycznej Szpitala w Czerwonej Górze są zatrudnieni:
   4.1. Lekarze specjaliści,
   4.2. Pielęgniarki,
   4.3. Statystyk medyczny,
   4.4. Sekretarki medyczne,
   4.5. Pracownicy gospodarczy.

§ 78

Rejestracja pacjentów do poszczególnych poradni odbywa się zgodnie z wewnętrznym aktem normatywnym: D-01/KP-13,,Rejestracja pacjentów do Poradni Specjalistycznych"

Poradnia Chorób Płuc i Gruźlicy (SPG)

§ 79

1. Diagnostyka i leczenie chorób układu oddechowego.
2. Zapewnienie ciągłości opieki specjalistycznej pacjentom ze schorzeniami płuc wypisywanym z oddziałów Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
3. Udzielanie w warunkach ambulatoryjnych specjalistycznych świadczeń diagnostyczno – terapeutycznych pacjentom kierowanym z innych podmiotów leczniczych.
4. Kierowanie do szpitala pacjentów z rozpoznaną gruźlicą i innymi chorobami wymagającymi hospitalizacji.
5. Prowadzenie obowiązującej ewidencji pacjentów z gruźlicą.
6. Realizacja programu profilaktyki gruźlicy w zakresie dotyczącym poradni.
7. Współpraca z innymi podmiotami leczniczymi w zakresie profilaktyki i leczenia gruźlicy.
8. Prowadzenie obowiązującej dokumentacji medycznej.
9. Współpraca z innymi komórkami organizacyjnymi.

Gabinet Diagnostyczno – Zabiegowy (chorób płuc i gruźlicy)

§ 80

1. Przeprowadzanie badań fizykalnych.
2. Wykonywanie badań i zabiegów zleconych przez lekarzy:
   2.1. iniekcje podskórne, domięśniowe, dożylne,
   2.2. pomiary ciśnienia tętniczego krwi i temperatury ciała,
   2.3. pobieranie materiału do badań laboratoryjnych, mikrobiologicznych i cytologicznych,
   2.4. pomiary wysokości i masy ciała,
3. Wykonywanie inhalacji zlecanych przez lekarza
4. Promocja zdrowia
5. Prowadzenie wymaganej dokumentacji

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione

Poradnia Alergologiczna (SPA)

§ 81

1. Diagnostyka i leczenie chorób alergologicznych układu oddechowego w tym kwalifikacja i prowadzenie swoistej immunoterapii w warunkach ambulatoryjnych.
2. Profilaktyka i diagnostyka astmy.
3. Wykonywanie testów skórnych i płatkowych.
4. Prowadzenie badań kontrolnych po leczeniu szpitalnym.
5. Kierowanie do szpitala pacjentów wymagających hospitalizacji.
6. Prowadzenie indywidualnych instruktaży dla pacjentów w zakresie leczenia lekami wziewnymi i profilaktyką chorób alergicznych.
7. Współpraca z innymi komórkami organizacyjnymi.

Gabinet Diagnostyczno – Zabiegowy (alergologiczny)

§ 82

1. Przeprowadzanie badań fizykalnych.
2. Wykonywanie badań i zabiegów zleconych przez lekarzy:
   2.1. iniekcje podskórne, domięśniowe, dożylne,
   2.2. pomiary ciśnienia tętniczego krwi i temperatury ciała,
   2.3. pobieranie materiału do badań laboratoryjnych, mikrobiologicznych i cytologicznych,
   2.4. pomiary wysokości i masy ciała,
3. Wykonywanie szczepień zlecanych przez lekarza
4. Wykonywanie testów alergologicznych.
5. Wykonywanie inhalacji zlecanych przez lekarza
6. Promocja zdrowia
7. Prowadzenie wymaganej dokumentacji

Poradnia Chirurgiczna (SPC)

§ 83

1 Nadzór nad działalnością Poradni sprawuje Kierownik Oddziału VI Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej.

2 Zabezpieczenie kadrowe Poradni zapewniają lekarze i pielęgniarki Oddziału VI Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej.

3 Wizyty pacjentów odbywają się według ustalonego harmonogramu przyjęć.

4 Zadania Poradni:
   4.1. Zapewnienie specjalistycznej opieki pacjentom po leczeniu szpitalnym.
   4.2. Diagnozowanie i leczenie pacjentów ze schorzeniami chirurgicznymi ogólnymi i onkologicznymi niewymagających leczenia stacjonarnego.
   4.3. Kwalifikowanie i kierowanie pacjentów do leczenia szpitalnego.
   4.4. Wydawanie zaświadczeń lekarskich, wniosków do ZUS, orzekanie o czasowej niezdolności do pracy.
   4.5. Udzielanie specjalistycznych porad pacjentom zgłaszającym się do poradni.
   4.6. Konsultowanie pacjentów kierowanych przez jednostki zewnętrzne.

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione

Gabinet Diagnostyczno – Zabiegowy Poradni Chirurgicznej

§ 84

1. Przeprowadzanie badań fizykalnych.
2. Wykonywanie badań i zabiegów zleconych przez lekarzy:
   2.1. iniekcje podskórne, domięśniowe, dożylne,
   2.2. pomiary ciśnienia tętniczego krwi i temperatury ciała,
   2.3. pobieranie materiału do badań laboratoryjnych, mikrobiologicznych i cytologicznych,
   2.4. pomiary wysokości i masy ciała,
   2.5. zaopatrywanie ran i wykonywanie opatrunków.
3. Promocja zdrowia
4. Prowadzenie wymaganej dokumentacji

Pracownia Spirografii (SPS)

§ 85

1. Wykonywanie badań w rodzaju: spirometria, pulsoksymetria,
2. Wykonywanie badań na rzecz pacjentów posiadających skierowanie na badania.
3. Wykonywanie badań odpłatnie wg ustalonych zasad.
4. Prowadzenie wymaganej dokumentacji.

Pracownia Ekg (SPE)

§ 86

1. Wykonywanie badań EKG
2. Wykonywanie badań na rzecz pacjentów posiadających skierowanie na badanie.
3. Wykonywanie badań odpłatnie wg ustalonych zasad.
4. Prowadzenie wymaganej dokumentacji.

Pielęgniarka Koordynująca Przychodni

§ 87

1. Pielęgniarka koordynująca podlega służbowo bezpośrednio Kierownikowi Przychodni.
2. Do podstawowych zadań osoby zatrudnionej na stanowisku Pielęgniarki Koordynującej w Przychodni należy:
   2.1. Planowanie i organizowanie obsad i pracy podległego personelu ze szczególnym uwzględnieniem przestrzegania norm czasu pracy (karty ewidencji czasu pracy).
   2.2. Nadzór nad poziomem i organizacją pracy personelu pielęgniarskiego, którego jest bezpośrednim zwierzchnikiem.
   2.3. Współpraca z Kierownikiem Przychodni w zakresie:
      2.3.1. Ustalenia przyczyn nieprawidłowości i działań zmierzających do poprawy opieki pielęgniarskiej i organizacji pracy personelu medycznego,
      2.3.2. Bieżącego przekazywania informacji dotyczących organizacji pracy.
   2.4. Zarządzanie zasobami ludzkimi poprzez:
      2.4.1. Dokonywanie oceny pracy podległych pracowników,
      2.4.2. Wnioskowanie w sprawach dotyczących zwolnienia podległych pracowników,
      2.4.3. Wnioskowanie w sprawach dotyczących zatrudnienia pracowników,
      2.4.4. Wnioskowanie w sprawach związanych z awansowaniem, nagradzaniem, premiowaniem i karaniem podległego personelu,
      2.4.5. Zapewnienie odpowiednich warunków adaptacji pracowników nowozatrudnionych,
      2.4.6. Zapewnienie bezpiecznych warunków pracy podległym pracownikom oraz nadzór nad przestrzeganiem przepisów BHP i ppoż.

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione

2.4.7. Nadzór nad terminowym przeprowadzaniem okresowej kontroli stanu zdrowia personelu oraz aktualnością badań w książeczkach pracowniczych,
2.4.8. Motywowanie pracowników do efektywnej pracy (ilość, jakość).

2.5. Zapewnienie warunków do realizacji procesu diagnostyczno – leczniczo - pielęgnacyjnego.
2.6. Nadzór nad stanem sanitarno- higienicznym i porządkowym Przychodni.
2.7. Prowadzenie obowiązującej dokumentacji zgodnie z obowiązującymi przepisami.
2.8. Informowanie pacjenta o jego prawach.
2.9. Prowadzenie edukacji zdrowotnej pacjentów i ich rodzin.
2.10. Współpraca z zespołami problemowymi działającymi w Szpitalu.

ZAKŁAD ŚWIADCZEŃ OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ

Zakład Opiekuńczo – Leczniczy (DOZ)

§ 88

1. Zakład Opiekuńczo – Leczniczy świadczy usługi w zakresie opieki długoterminowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie oraz świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej.
2. Pracą Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego kieruje Kierownik ZOL, który służbowo podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.
3. Kierownik ZOL w czasie swojej nieobecności jest zastępowany przez Zastępcę Kierownika ZOL.
4. Zabezpieczenie kadrowe zapewniają pracownicy zatrudnieni w Zakładzie Opiekuńczo – Leczniczym.
5. Nadzór merytoryczny nad prowadzonym w ZOL procesem pielęgnowania sprawuje Naczelna Pielęgniarka Szpitala.
6. Nadzór merytoryczny na prowadzonym w ZOL procesem fizjoterapii sprawuje Kierownik Działu Rehabilitacji Medycznej.
7. Pracownicy podlegają bezpośrednio Kierownikowi.
8. W ramach Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego funkcjonuje:
   8.1. Oddział Wentylacji Mechanicznej (ZOW)
   8.2. Oddział Opieki Długoterminowej (ZOD)
9. Do podstawowych zadań Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego należy:
   9.1. Zapewnienie całodobowych świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych, rehabilitacyjnych oraz kontynuacji leczenia pacjentów nie wymagających hospitalizacji w oddziale szpitalnym, którzy w ocenie skalą Barthel otrzymali 40 punktów lub mniej.
   9.2. Świadczenia obejmują również:
   - Świadczenia psychologa, logopedy, terapię zajęciową, leczenie dietetyczne,
   - Edukację zdrowotną polegającą na przygotowaniu świadczeniobiorcy i jego rodziny lub opiekuna do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych.

Dyrektor
DYREKTOR
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego
im. Św. Rafała w Czerwonej Górze
.....
data i podpis
Youssef Sleiman

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione

Spis treści

Postanowienia ogólne ... 2
PION PODLEGAJĄCY DYREKTOROWI ... 2
Zastępca Dyrektora ds. Planów i Finansów (DF) ... 2
Zastępca Dyrektora ds. Technicznych (DT) ... 2
Główny Księgowy (DE) ... 2
Sekretariat (DS) ... 2
Sekcja ds. Jakości (DJ) ... 3
Pełnomocnik ds. Praw Pacjenta (DO) ... 4
Inspektor ds. BHP (DH) ... 4
Inspektor Ochrony Danych (DI) ... 6
Inspektor Ochrony Radiologicznej (DR) ... 7
Kapelan Szpitalny (DW) ... 8
Pion Ochrony (DX) ... 8
Pełnomocnik ds. Ochrony Informacji Niejawnych (XP) ... 8
Inspektor ds. Obronnych i Obrony Cywilnej (XC) ... 9
Inspektor ds. Ochrony Przeciwpożarowej (DB) ... 10
Dział Informatyki (DK) ... 11
Zespół Radców Prawnych (DM) ... 12
Dział Kadr (DP) ... 13
Dział Organizacyjno - Szkoleniowy (DV) ... 14
PION PODLEGAJĄCY ZASTĘPCY DYREKTORA DS. PLANÓW I FINASÓW ... 16
Dział Zamówień Publicznych (FZ) ... 16
Sekcja Płac (FP) ... 17
Sekcja ds. Aparatury Medycznej (FA) ... 18
Sekcja Projektów i Dotacji (FD) ... 18
Sekcja Gospodarcza (FG) ... 19
Magazyn Gospodarczo-Techniczny (FM) ... 20
PION PODLEGAJĄCY ZASTĘPCY DYREKTORA DS. TECHNICZNYCH ... 21
Sekcja Inwestycyjno - Remontowa (TR) ... 21
Sekcja Eksploatacyjna (TE) ... 22
Sekcja Obsługi Technicznej (TT) ... 23
Sekcja Wodno – Ściekowa i Ciepłownicza (TW) ... 24
PION PODLEGAJĄCY GŁÓWNEMU KSIĘGOWEMU ... 26
Dział Finansowo – Księgowy (EF) ... 26
Kasa (EK) ... 27

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione.

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Szczegółową strukturę organizacyjną zawarto w schemacie organizacyjnym WSS, stanowiącym załącznik nr 1 do Regulaminu Organizacyjnego.
2. Komórki administracyjne, ekonomiczne i techniczne występują w niżej wymienionych pionach organizacyjnych:
   2.1. pionie podlegającym bezpośrednio Dyrektorowi,
   2.2. pionie ekonomicznym podlegającym bezpośrednio Głównemu Księgowemu,
   2.3. pionie podlegającym bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Planów i Finansów,
   2.4. pionie podlegającym bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Technicznych.

PION PODLEGAJĄCY DYREKTOROWI

Zastępca Dyrektora ds. Planów i Finansów (DF)

§ 2

1. Zastępca Dyrektora ds. Planów i Finansów odpowiada za funkcjonowanie komórek finansowych, zamówień publicznych oraz gospodarczych.
2. Zadania, obowiązki i uprawnienia Zastępcy Dyrektora ds. Planów i Finansów zostały określone w § 57 Regulaminu Organizacyjnego.

Zastępca Dyrektora ds. Technicznych (DT)

§ 3

1. Zastępca Dyrektora ds. Technicznych odpowiada za funkcjonowanie komórek organizacyjnych pionu techniczno-eksploatacyjno-inwestycyjny.
2. Zadania, obowiązki i uprawnienia Zastępcy Dyrektora ds. Technicznych zostały określone w § 58 Regulaminu Organizacyjnego.

Główny Księgowy (DE)

§ 4

1. Główny Księgowy odpowiada za funkcjonowanie komórek organizacyjnych pionu ekonomicznego.
2. Zadania, obowiązki i uprawnienia Głównego Księgowego zostały określone w § 59 Regulaminu Organizacyjnego.

Sekretariat (DS)

§ 5

1. Osoba zatrudniona w Sekretariacie podlega bezpośrednio Dyrektorowi WSS.
2. Do zadań osoby zatrudnionej w sekretariacie należy przede wszystkim:
   2.1. Prowadzenie terminarza spotkań Dyrektora,
   2.2. Prowadzenie rejestru korespondencji przychodzącej i wychodzącej ze Szpitala,
   2.3. Przyjmowanie i podział poczty dla poszczególnych komórek organizacyjnych,
   2.4. Udzielanie informacji w sprawach przyjęć interesantów przez Dyrektora,

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione.

2.5. Organizowanie i obsługa posiedzeń zwoływanych przez Dyrektora,
2.6. Przechowywanie książek kontroli zewnętrznych,
2.7. Zawiadamianie o naradach, odprawach, konferencjach,
2.8. Nadzór nad kontaktami telefonicznymi,
2.9. Przechowywanie pieczątek,
2.10. Przestrzeganie przepisów bhp i p.poż,
2.11. Gromadzenie i przechowywanie przepisów, instrukcji i wytycznych niezbędnych do wykonywania powierzonej w sekretariacie pracy,
2.12. Szczególna dbałość o ochronę danych osobowych pracowników i pacjentów.

3. Obowiązki, odpowiedzialność i uprawnienia pracownika Sekretariatu zostały określone w jego indywidualnym zakresie czynności.
4. W celu skutecznego wykonywania działalności statutowej Sekretariat współpracuje z innymi komórkami organizacyjnymi WSS.

§ 6

Funkcje kontrolne i audytowe w WSS w Czerwonej Górze realizowane są w ramach systemu kontroli zarządczej oraz systemu zarządzania jakością. Działania te obejmują w szczególności przeprowadzanie kontroli wewnętrznych i audytów wewnętrznych przez pracowników wyznaczonych przez dyrektora Podmiotu, posiadających odpowiednie kwalifikacje i kompetencje audytorskie. Szczegółowe zasady planowania, przeprowadzania, dokumentowania oraz monitorowania audytów wewnętrznych określa odrębna procedura obowiązująca w Szpitalu.

Sekcja ds. Jakości (DJ)

§ 7

1. Sekcja ds. Jakości podlega służbowo bezpośrednio Dyrektorowi WSS.
2. Do zadań Sekcji ds. Jakości należy:
   2.1. wspieranie Dyrektora w realizacji i komunikacji polityki jakości firmy,
   2.2. koordynowanie ustalania celów jakości, opracowanie i uaktualnianie planu zarządzania jakością w uzgodnieniu z Dyrekcją,
   2.3. decydowanie o sposobach i metodach pomiaru wskaźników jakościowych.
   2.4. organizacja szkoleń Dyrekcji w zakresie zarządzania jakością,
   2.5. opracowywanie raportów, dotyczących skuteczności systemu zarządzania jakością,
   2.6. współpraca z innymi komórkami WSS przy opracowaniu procedur, instrukcji, zarządzeń dotyczących zapewnieniu jakości,
   2.7. doradzanie w zakresie doskonalenia zarządzania,
   2.8. utrzymanie kontaktów z instytucjami normalizacyjnymi i certyfikującymi w sprawach dotyczących systemu jakości,
   2.9. prowadzenie dokumentacji systemu zarządzania jakością zgodnie z przyjętymi normami,
   2.10. nadzorowanie procesu certyfikacji systemu zarządzania jakością,
   2.11. pomoc innym kierownikom komórek organizacyjnych firmy w ustanowieniu i utrzymaniu systemu zarządzania jakością w ich obszarze odpowiedzialności menadżerskiej,

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione.

2.12. utrzymanie przyznanych certyfikatów systemów zarządzania jakością, rozszerzanie ich przedmiotu lub zestawu spełnianych wymagań.

2.13. bezpośredni nadzór nad dokumentami i zapisami systemowymi obowiązującymi w Szpitalu.

2.14. wprowadzanie zmian do dokumentów systemowych.

2.15. organizacja i nadzór nad badaniami satysfakcji pacjenta i personelu.

2.16. organizacja i okresowe przeprowadzanie badań satysfakcji pacjentów i personelu.

2.17. utrzymanie i doskonalenie systemu rejestracji i przeprowadzania analiz dotyczących zdarzeń niepożądanych występujących w zakładzie.

2.18. nadzorowanie realizacji obowiązujących standardów i procedur.

3. W celu skutecznego wykonywania działalności statutowej Sekcja ds. Jakości współpracuje ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi WSS.

Pełnomocnik ds. Praw Pacjenta (DO)

§ 8

1. Pełnomocnik ds. Praw Pacjenta realizuje swoje zadania w oparciu o Ustawę o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
2. Do podstawowych zadań Pełnomocnika ds. Praw Pacjenta należy:
   2.1. czynne monitorowanie przestrzegania praw pacjenta w Szpitalu,
   2.2. prowadzenie działań mających na celu upowszechnienie Karty Praw Pacjenta,
   2.3. rozwiązywanie bieżących problemów, zgłaszanych przez pacjentów oraz ich rodziny,
   2.4. przyjmowanie, ewidencjonowanie i analiza skarg, wniosków, pochwał zgłaszanych przez pacjentów,
   2.5. współpraca z Radą Społeczną Szpitala w zakresie dotyczącym: skarg i wniosków zgłaszanych przez pacjentów, realizacji praw pacjenta, poziomu satysfakcji pacjenta z usług świadczonych przez Szpital.
3. W celu skutecznego wykonywania działalności statutowej Pełnomocnik ds. Praw Pacjenta współpracuje ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi WSS.

Inspektor ds. BHP (DH)

§ 9

1. Inspektor ds. BHP podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.
2. Do zakresu działania osoby zatrudnionej na stanowisku Inspektor ds. BHP należy:
   2.1. Przeprowadzanie kontroli warunków pracy oraz przestrzegania przepisów i zasad bezpieczeństwa i higieny pracy, ze szczególnym uwzględnieniem stanowisk pracy, na których są zatrudnione kobiety w ciąży lub karmiące dziecko piersią, młodociani, niepełnosprawni, pracownicy wykonujący prace zmianową, w tym pracujący w nocy oraz osoby fizyczne wykonujące pracę na innej podstawie niż stosunek pracy w zakładzie pracy lub w miejscu wyznaczonym przez pracodawcę,
   2.2. Bieżące informowanie pracodawcy o stwierdzonych zagrożeniach zawodowych, wraz z wnioskami zmierzającymi do usuwania tych zagrożeń,
   2.3. Sporządzanie i przedstawianie pracodawcy, co najmniej raz w roku, okresowych analiz stanu bezpieczeństwa i higieny pracy zawierających propozycje przedsięwzięć technicznych i organizacyjnych mających na celu zapobieganie zagrożeniom życia i zdrowia pracowników oraz poprawę warunków pracy,

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione.

2.4. Udział w opracowywaniu planów modernizacji i rozwoju zakładu pracy oraz przedstawianie propozycji dotyczących uwzględnienia w tych planach rozwiązań techniczno-organizacyjnych zapewniających poprawę stanu bezpieczeństwa i higieny pracy,

2.5. Udział w ocenie założeń i dokumentacji dotyczących modernizacji zakładu pracy albo jego części, a także nowych inwestycji, oraz zgłaszanie wniosków dotyczących uwzględnienia wymagań bezpieczeństwa i higieny pracy w tych założeniach i dokumentacji,

2.6. Udział w przekazywaniu do użytkowania nowo budowanych lub przebudowywanych obiektów budowlanych albo ich części, w których przewiduje się pomieszczenia pracy, urządzeń produkcyjnych oraz innych urządzeń mających wpływ na warunki pracy i bezpieczeństwo pracowników,

2.7. Zgłaszanie wniosków dotyczących wymagań bezpieczeństwa i higieny pracy w stosowanych oraz nowo wprowadzanych procesach produkcyjnych,

2.8. Przedstawianie pracodawcy wniosków dotyczących zachowania wymagań ergonomii na stanowiskach pracy,

2.9. Udział w opracowywaniu zakładowych układów zbiorowych pracy, wewnętrznych zarządzeń, regulaminów i instrukcji ogólnych dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy oraz w ustalaniu zadań osób kierujących pracownikami w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy,

2.10. Opiniowanie szczegółowych instrukcji dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy na poszczególnych stanowiskach pracy,

2.11. Udział w ustalaniu okoliczności i przyczyn wypadków przy pracy oraz w opracowywaniu wniosków wynikających z badania przyczyn i okoliczności tych wypadków oraz zachorowań na choroby zawodowe, a także kontrola realizacji tych wniosków,

2.12. Prowadzenie rejestrów, kompletowanie i przechowywanie dokumentów dotyczących wypadków przy pracy, stwierdzonych chorób zawodowych i podejrzeń o takie choroby, a także przechowywanie wyników badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy,

2.13. Doradztwo w zakresie stosowania przepisów oraz zasad bezpieczeństwa i higieny pracy,

2.14. Udział w dokonywaniu oceny ryzyka zawodowego, które wiąże się z wykonywaną pracą,

2.15. Doradztwo w zakresie organizacji i metod pracy na stanowiskach pracy, na których występują czynniki niebezpieczne, szkodliwe dla zdrowia lub warunki uciążliwe, oraz doboru najwłaściwszych środków ochrony zbiorowej i indywidualnej,

2.16. Współpraca z właściwymi komórkami organizacyjnymi lub osobami, w szczególności w zakresie organizowania i zapewnienia odpowiedniego poziomu szkoleń w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy oraz zapewnienia właściwej adaptacji zawodowej nowo zatrudnionych pracowników,

2.17. Współpraca z instytucjami zewnętrznymi 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,

2.18. Współdziałanie z lekarzem sprawującym profilaktyczną opiekę zdrowotną nad pracownikami, a w szczególności przy organizowaniu okresowych badań lekarskich pracowników,

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione.

2.19. Współdziałanie ze społeczną inspekcją pracy oraz z zakładowymi organizacjami związkowymi przy:

2.19.1. podejmowaniu przez nie działań mających na celu przestrzeganie przepisów oraz zasad bezpieczeństwa i higieny pracy, w trybie i w zakresie ustalonym w odrębnych przepisach,

2.19.2. podejmowanych przez pracodawcę przedsięwzięciach mających na celu poprawę warunków pracy,

2.20. Inicjowanie i rozwijanie na terenie zakładu pracy różnych form popularyzacji problematyki bezpieczeństwa i higieny pracy oraz ergonomii.

3. Osoba zatrudniona na stanowisku Inspektora ds. BHP jest uprawniona do:

3.1. Przeprowadzania kontroli stanu bezpieczeństwa i higieny pracy, a także przestrzegania przepisów oraz zasad w tym zakresie w zakładzie pracy i w każdym innym miejscu wykonywania pracy,

3.2. Występowania do osób kierujących pracownikami z zaleceniami usunięcia stwierdzonych zagrożeń wypadkowych i szkodliwości zawodowych oraz uchybień w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy,

3.3. Występowania do pracodawcy z wnioskami o nagradzanie pracowników wyróżniających się w działalności na rzecz poprawy warunków bezpieczeństwa i higieny pracy,

3.4. Występowania do pracodawcy o zastosowanie kar porządkowych w stosunku do pracowników odpowiedzialnych za zaniedbanie obowiązków w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy,

3.5. Niezwłocznego wstrzymania pracy maszyny lub innego urządzenia technicznego w razie wystąpienia bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia pracownika albo innych osób,

3.6. Niezwłocznego odsunięcia od pracy pracownika zatrudnionego przy pracy wzbronionej,

3.7. Niezwłocznego odsunięcia od pracy pracownika, który swoim zachowaniem lub sposobem wykonywania pracy stwarza bezpośrednie zagrożenie życia lub zdrowia własnego albo innych osób,

3.8. Wnioskowania do pracodawcy o niezwłoczne wstrzymanie pracy w zakładzie pracy, w jego części lub w innym miejscu wyznaczonym przez pracodawcę do wykonywania pracy, w wypadku stwierdzenia bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia pracowników albo innych osób.

4. Wykonywanie innych czynności merytorycznych wchodzących w zakres czynności Inspektora ds. bhp

5. Szczegółowe zadania osoby zatrudnionej na stanowisku Inspektor ds. BHP określa zakres czynności.

6. W celu skutecznego wykonywania działalności statutowej osoba zatrudniona na stanowisku Inspektor ds. BHP współpracuje z innymi komórkami organizacyjnymi WSS.

Inspektor Ochrony Danych (DI)

§ 10

1. Inspektor Ochrony Danych podlega bezpośrednio Dyrektorowi.
2. Inspektor Ochrony Danych działa na podstawie Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione.

takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych)

3. Do zadań Inspektora Ochrony Danych należy:
   3.1 Informowanie administratora, podmiotu przetwarzającego oraz pracowników, którzy przetwarzają dane osobowe, o obowiązkach spoczywających na nich na mocy niniejszego rozporządzenia oraz innych przepisów Unii lub państw członkowskich o ochronie danych i doradzanie im w tej sprawie;
   3.2 Monitorowanie przestrzegania niniejszego rozporządzenia, innych przepisów Unii lub państw członkowskich o ochronie danych oraz polityk administratora lub podmiotu przetwarzającego w dziedzinie ochrony danych osobowych, w tym podział obowiązków, działania zwiększające świadomość, szkolenia personelu uczestniczącego w operacjach przetwarzania oraz powiązane z tym audyty;
   3.3 Udzielanie na żądanie zaleceń, co do oceny skutków dla ochrony danych oraz monitorowanie jej wykonania zgodnie z art. 35;
   3.4 Współpraca z organem nadzorczym;
   3.5 Pełnienie funkcji punktu kontaktowego dla organu nadzorczego w kwestiach związanych z przetwarzaniem, w tym z uprzednimi konsultacjami, o których mowa w art. 36, oraz w stosownych przypadkach prowadzenie konsultacji we wszelkich innych sprawach.
4. Inspektor ochrony danych wypełnia swoje zadania z należytym uwzględnieniem ryzyka związanego z operacjami przetwarzania, mając na uwadze charakter, zakres, kontekst i cele przetwarzania.

Inspektor Ochrony Radiologicznej (DR)

§ 11

Inspektor Ochrony Radiologicznej realizuje swoje zadania zgodnie z Ustawą Prawo Atomowe.

Do podstawowych zadań Inspektor Ochrony Radiologicznej należy:

1. Sprawdzanie i potwierdzanie kwalifikacji niezbędnych do wykonywania przez pracowników prac przy stosowaniu promieniowania jonizującego.
2. Dopuszczanie do prac w promieniowaniu jonizującym tylko osób posiadających orzeczenia lekarskie wydane przez organy do tego uprawnione.
3. Prowadzenie ewidencji osób narażonych oraz wysyłanie regularnie kasetek dozymetrycznych do Pracowni Pomiarów Dawek Indywidualnych w Instytucie Medycyny Pracy Łodzi.
4. Natychmiastowe powiadomienie Państwowej Inspekcji Sanitarnej w Kielcach o zaistniałych zmianach technicznych, wprowadzeniu do użytku nowych aparatów RTG mogących wpłynąć na stan ochrony radiologicznej.
5. Natychmiastowe zgłoszenie na piśmie do kierownictwa swojej jednostki uszkodzeń mogących wpływać ujemnie na stan ochrony przed promieniowaniem w postaci: uszkodzenia osłon stałych, fartuchów ochronnych, rękawic, sygnalizacji oraz innych technicznych.
6. Dopilnowanie, aby zdjęcia RTG były wykonywane po uprzednim ograniczeniu wiązanki promieniowania, użyciu osłon na gonady, osłony dolnej części pacjenta w czasie wykonywania zdjęć klatki piersiowej, osłon ciała pacjenta fartuchem zapiętym wysoko pod szyję przed wykonaniem zdjęcia zębowego. Przeważający procent zdjęć powinien mieć widoczny margines, będący dowodem ograniczenia wiązki promicniowania.
7. Dopilnowanie, aby używane materiały fotograficzne posiadały taką datę ważności, aby ich użycie nie stwarzało konieczności zwiększenia czasu ekspozycji zdjęciowej.

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione.

8. Gromadzenie skierowań na badania RTG – wypisywanych przez lekarzy nie znających zasad ochrony radiologicznej i przedstawienie ich do wglądu Konsultantowi wojewódzkiemu w zakresie radiologii.
9. Nadzór nad przestrzeganiem przez personel wytycznych w sprawie badań RTG u dzieci i młodzieży opracowanych przez Specjalistę Krajowego w zakresie Radiologii.
10. Kompletowanie i przechowywanie dokumentacji w postaci:
    10.1. orzeczeń lekarskich wydanych przez Wojewódzką Przychodnię Przemysłową dla osób narażonych na promieniowanie jonizujące,
    10.2. protokołów pomiaru dozymetrycznych zawierających adnotację personelu narażonego, o fakcie zapoznania się z rozkładem mocy dawki w otoczeniu lamp RTG oraz zakresu czynności Inspektora Ochrony Radiologicznej,
    10.3. wykazu osób narażonych z podaniem lat pracy w narażeniu,
    10.4. instrukcji obsługi używanych aparatów i zestawów rentgenowskich.
11. Kontrolowanie przestrzegania terminów badań RTG w warunkach otwartej opieki zdrowotnej.
12. Dopilnowanie, aby wszędzie gdzie jest możliwe, stosowano do zdjęć RTG technikę „ twardych" promieni, aby nie wykonywano równocześnie kilki zdjęć okolic ciała lub zdjęć rozległych obszarów ciała jak np. zdjęcia całego kośćca. W czasie badania gdy gonady nie są bezpośrednio napromieniowane, ilość promieniowania rozproszonego (głównie w ciele pacjenta) wzrasta ze wzrostem napięcia. W tych przypadkach technika „twardych" promieni może spowodować wzrost dawki w gonadach (szczególnie jajnikach).
13. Dopilnowanie, aby aparaty rentgenowskie oraz ich wyposażenie odkażano na bieżąco za pomocą przydzielonych środków do dezynfekcji.
14. Inspektor nie dopuszcza do samowolnej zmiany ustawiania stojaków zdjęciowych oraz innego kierownika wiązki pierwotnej niż wynikającej z pomiarów dozymetrycznych.

Kapelan Szpitalny (DW)

§ 12

Kapelan pełnieni obowiązki duszpasterskie w Szpitalu zgodnie z przepisami prawa kościelnego oraz wytycznymi uzgodnionymi z Dyrektorem WSS, w oparciu o art. 31 Ustawy z 17.05.1998 r. o stosunku Państwa i Kościoła Katolickiego w Polsce.

Pion Ochrony (DX)

§ 13

Pion Ochrony stanowią:

1. Pełnomocnik ds. Ochrony Informacji Niejawnych (XP)
2. Inspektor ds. Obronnych i Obrony Cywilnej w zakresie ochrony informacji niejawnych (XC)

Pełnomocnik ds. Ochrony Informacji Niejawnych (XP)

§ 14

1. Pełnomocnik ds. Ochrony Informacji niejawnych zwany dalej Pełnomocnikiem Ochrony podlega bezpośrednio Dyrektorowi.
2. Do zadań Pełnomocnika ochrony należy:

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione.

2.1 zapewnienie ochrony informacji niejawnych, w tym stosowanie środków bezpieczeństwa fizycznego,

2.2 zapewnienie ochrony systemów teleinformatycznych, w których są przetwarzane informacje niejawne.

2.3 zarządzanie ryzykiem bezpieczeństwa informacji niejawnych, w szczególności szacowanie ryzyka,

2.4 kontrola ochrony informacji niejawnych oraz przestrzegania przepisów o ochronie tych informacji, w szczególności okresowa (co najmniej raz na trzy lata) kontrola ewidencji, materiałów i obiegu dokumentów,

2.5 opracowywanie i aktualizowanie, wymagającego akceptacji kierownika jednostki organizacyjnej, planu ochrony informacji niejawnych w jednostce organizacyjnej, w tym w razie wprowadzeni a stanu nadzwyczajnego i nadzorowanie jego realizacji,

2.6 prowadzenie szkoleń w zakresie ochrony informacji niejawnych,

2.7 prowadzenie zwykłych postępowań sprawdzających oraz kontrolnych postępowań sprawdzających,

2.8 prowadzenie aktualnego wykazu osób zatrudnionych lub pełniących służbę w jednostce organizacyjnej albo wykonujących czynności zlecone, które posiadają uprawnienia do dostępu do informacji niejawnych, oraz osób, którym odmówiono wydania poświadczenia bezpieczeństwa lub je cofnięto, obejmującego wyłącznie:

a) imię i nazwisko,

b) numer PESEL,

c) imię ojca,

d) datę i miejsce urodzenia,

e) adres miejsca zamieszkania lub pobytu,

f) określenie dokumentu kończącego procedurę, datę jego wydania oraz numer;

2.9 przekazywanie ABW do ewidencji, o których mowa w art.73 ust.1 ustawy o ochronie informacji niejawnych, danych, o których mowa w art. 73 ust. 2 ustawy, osób uprawnionych do dostępu do informacji niejawnych, a także osób, którym odmówiono wydania poświadczenia bezpieczeństwa lub wobec których podjęto decyzję o cofnięciu poświadczenia bezpieczeństwa, na podstawie wykazu określonego w art. 15 ust 1 pkt 8 ustawy.

3. Dyrektor może powierzyć Pełnomocnikowi Ochrony powierzyć wykonywanie innych zadań, jeżeli ich realizacja nie naruszy prawidłowego wykonywania zadań, o których mowa w ust. 2.

Inspektor ds. Obronnych i Obrony Cywilnej (XC)

§ 15

1. Inspektor ds. Obronnych i Obrony Cywilnej w zakresie realizacji zadań obronnych podlega bezpośrednio Dyrektorowi, a w zakresie realizacji zadań związanych z ochroną informacji niejawnych podlega Pełnomocnikowi Ochrony.
2. Inspektor ds. Obronnych i Obrony Cywilnej wykonuje zadania wynikające z obowiązujących przepisów w sprawie obrony Ojczyzny i ochrony informacji niejawnych.

Zadania:

1. Znajomość aktów prawnych dotyczących obronności, obrony cywilnej i ochrony informacji niejawnych oraz bieżące wprowadzenie ich w życie w WSS im. Św. Rafała w Czerwonej Górze na podstawie wytycznych instytucji nadrzędnych, współdziałających oraz poleceń i ustaleń Dyrektora.

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione.

W zakresie spraw obronnych:

1. Wykonywanie przedsięwzięć związanych z opracowaniem i utrzymaniem w stałej aktualności dokumentacji planistycznej przewidzianej na okres zewnętrznego zagrożenia bezpieczeństwa państwa i w czasie wojny tj.:
   1.1. planu przygotowań Szpitala na potrzeby obronne oraz uzgadnianie go z Biurem Spraw Obronnych, Bezpieczeństwa i Ochrony Informacji Niejawnych Urzędu Marszałkowskiego Województwa Świętokrzyskiego,
   1.2. dokumentacji stałego dyżuru
   1.3. dokumentacji planowania operacyjnego.
2. Współpraca z Działem Kadr w zakresie typowania pracowników przewidzianych do wyłączenia od obowiązku pełnienia czynnej służby wojskowej w razie ogłoszenia mobilizacji w czasie wojny.
3. Organizowanie szkolenia obronnego dla kadry i personelu medycznego biorących udział w opracowywaniu planu przygotowań obronnych szpitala oraz uczestniczenie w szkoleniu obronnym organizowanym przez organy nadrzędne.
4. Organizowanie szkoleń obsad stałego dyżuru w Szpitalu.
5. Zapewnienie właściwego opracowywania, ewidencjonowania, przechowywania, obiegu i archiwizacji dokumentacji o charakterze planistyczno – obronnym.
6. Prowadzenie korespondencji w zakresie spraw obronnych i wykonywanie innych prac w tym zakresie.

W zakresie ochrony informacji niejawnych:

1. bezpośredni nadzór nad obiegiem materiałów;
2. udostępnianie materiałów osobom do tego uprawnionym;
3. wydawanie materiałów osobom do tego uprawnionym, które zapewniają odpowiednie warunki do ich przechowywania;
4. egzekwowanie zwrotu materiałów;
5. kontrola przestrzegania właściwego oznaczania i rejestrowania materiałów w kancelarii oraz w Szpitalu.

W zakresie obrony cywilnej:

1. Przygotowanie dokumentacji prowadzenia szkolenia oraz nadzór nad działaniami podejmowanymi w Szpitalu w zakresie realizacji zadań Obrony Cywilnej.
2. Przygotowanie dokumentacji, prowadzenie szkolenia i organizacja przedsięwzięć w celu sprawnego działania systemu powszechnego ostrzegania ludności.
3. Prowadzenie ewidencji i nadzór nad przechowywaniem sprzętu Obrony Cywilnej.
4. Prowadzenie korespondencji w zakresie spraw Obrony Cywilnej, wykonywanie innych prac
   w tym zakresie.
5. Nadzór nad konserwacją sprzętu obrony cywilnej, który znajduje się na stanie jednostki.

Inspektor ds. Ochrony Przeciwpożarowej (DB)

§ 16

1. Inspektor ds. ochrony przeciwpożarowej podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.
2. Do zadań osoby zatrudnionej na stanowisku ds. ochrony przeciwpożarowej należy:
   2.1. Nadzór i kontrola nad przestrzeganiem przepisów o bezpieczeństwie przeciwpożarowym w jednostkach organizacyjnych wchodzących w skład Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione.

2.2. Udział w kontrolach prowadzonych przez organy ochrony przeciwpożarowej lub jednostkę nadrzędną.

2.3. Współpraca z właściwą terenowo Komendą Państwowej Straży Pożarnej w zakresie zabezpieczenia przeciwpożarowego, zajmowanych przez jednostkę pomieszczeń.

2.4. Prowadzenie dokumentacji dotyczącej zabezpieczenia przeciwpożarowego zajmowanych przez jednostkę pomieszczeń.

2.5. Nadzorowanie realizacji uchwał i wniosków zgłaszanych przez komendy straży pożarnych i innych właściwych organów w sprawach poprawy stanu ochrony przeciwpożarowej oraz nadzorowanie wykonania zarządzeń pokontrolnych komendy straży pożarnych.

2.6. Udzielanie informacji raz na trzy miesiące Dyrektorowi WSS o stanie spraw w zakresie ochrony przeciwpożarowej, szczególnie o wynikach kontroli, podstawowych trudnościach w działalności i potrzebach przeciwpożarowego zabezpieczenia.

2.7. Przeprowadzanie kontroli w jednostce pod względem organizacji ochrony przeciwpożarowej i przeciwpożarowego zabezpieczenia.

2.8. Opracowywanie i aktualizowanie planów ochrony i sposobu przeprowadzania ewakuacji na wypadek powstania pożaru.

2.9. Opracowywanie rocznego planu pracy – kontroli podległych placówek w zakresie stanu przeciwpożarowego zabezpieczenia i czuwanie nad jego realizacją.

2.10. Nadzór nad konserwacją i rozmieszczeniem sprzętu przeciwpożarowego i sygnałów alarmowych.

2.11. Prowadzenie akcji propagandowo-ostrzegawczej i szkolenie pracowników.

2.12. Wnioskowanie w sprawach:

2.12.1. zabezpieczenia odpowiednich środków finansowych na potrzeby związane z ochroną przeciwpożarową,

2.12.2. kierowania pracowników na szkolenie przeciwpożarowe,

2.12.3. nagradzania pracowników, którzy w istotny sposób przyczynili się poprawy stanu bezpieczeństwa przeciwpożarowego,

2.12.4. karania pracowników nie przestrzegających przepisów o ochronie przeciwpożarowej,

3. Współdziałanie z innymi komórkami organizacyjnymi WSS w zakresie ochrony przeciwpożarowej, a w szczególności z Sekcją Obsługi Technicznej i Sekcją Gospodarczą.
4. Udział we wszystkich pracach związanych z poprawą bezpieczeństwa przeciwpożarowego w WSS.
5. Szczegółowe zadania osoby zatrudnionej na stanowisku ds. ochrony przeciwpożarowej określa zakres czynności.
6. W celu skutecznego wykonywania działalności statutowej osoba zatrudniona na stanowisku ds. ochrony przeciwpożarowej współpracuje z innymi komórkami organizacyjnymi WSS.

Dział Informatyki (DK)

§ 17

1. Działem Informatyki kieruje Kierownik Działu lub osoba wskazana przez Dyrektora, która:

1.1.służbowo podlega bezpośrednio Dyrektorowi,

1.2.odpowiada za organizację pracy i funkcjonowanie Działu Informatyki,

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione.

1.3. w czasie nieobecności jest zastępowany przez wskazanego przez siebie pracownika za zgodą zwierzchnika.

2. Pracownicy Działu Informatyki służbowo podlegają bezpośrednio Kierownikowi Działu Informatyki lub osobie wskazanej przez Dyrektora.
3. Do podstawowych zadań Działu Informatyki należy:
   3.1. administrowanie siecią komputerową w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. Św. Rafała w Czerwonej Górze oraz w Wojewódzkiej Przychodni Specjalistycznej Szpitala w Czerwonej Górze, ul. Jagiellońska 72, Kielce i Zakładzie Opiekuńczo Leczniczym.
   3.2. zapewnienie dostępności Internetu na wybranych stanowiskach komputerowych,
   3.3. utrzymanie i bieżąca aktualizacja strony internetowej WSS na podstawie działających regulacji wprowadzonych w tym zakresie w Szpitalu,
   3.4. usuwanie usterek technicznych i eksploatacyjnych sprzętu komputerowego,
   3.5. montaż nowego i obsługa istniejącego sprzętu komputerowego w WSS,
   3.6. nadzór nad wdrażaniem nowego oprogramowania i eksploatacją programów,
   3.7. aktualizacja działającego oprogramowania,
   3.8. nadzór nad prawidłową, zgodną z przeznaczeniem, eksploatacją sprzętu komputerowego,
   3.9. udzielanie podstawowego instruktażu pracownikom w zakresie używanych programów,
   3.10. prowadzenie dziennika korespondencyjnego,
   3.11. świadczenie pomocy technicznej w zakresie sporządzania wymaganej dokumentacji wewnętrznej: zestawień, wniosków, analiz,
   3.12. podpisywanie faktur w zakresie zgodności merytorycznej, cenowej i ilościowej dotyczących zakupów sprzętu i osprzętu komputerowego,
   3.13. utrzymywanie kontaktów z firmami komputerowymi dostarczającymi sprzęt i oprogramowanie,
   3.14. udział w opracowywaniu przetargów na sprzęt komputerowy i oprogramowanie w ramach zamówień publicznych,
   3.15. udział w przeprowadzanych inwentaryzacjach sprzętu komputerowego i sieciowego,
   3.16 wykonywanie innych zadań zlecanych przez przełożonych.
4. Obowiązki, odpowiedzialność i uprawnienia pracowników Działu Informatyki zostały określone w ich indywidualnych zakresach czynności.
5. W celu skutecznego wykonywania działalności statutowej Dział Informatyki współpracuje z innymi komórkami organizacyjnymi WSS.

Zespół Radców Prawnych (DM)

§ 18

1. Radcowie prawni podlegają bezpośrednio Dyrektorowi.
2. Wykonują zawód radcy prawnego na podstawie ustawy o radcach prawnych.
3. Świadczą pomoc prawną, polegającą w szczególności na udzielaniu porad prawnych, sporządzaniu opinii prawnych, opracowywaniu projektów aktów prawnych, umów oraz występowaniu przed sądami i urzędami.

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione.

Dział Kadr (DP)

§ 19

1. Działem Kadr kieruje Kierownik Działu lub osoba wskazana przez Dyrektora, który:
   1.1. Służbowo podlega bezpośrednio Dyrektorowi,
   1.2. Odpowiada za organizację pracy i funkcjonowanie Działu Kadr,
   1.3. W czasie nieobecności jest zastępowany przez wskazanego przez siebie pracownika za zgodą zwierzchnika.
2. Pracownicy Działu Kadr służbowo podlegają bezpośrednio Kierownikowi Działu Kadr lub osobie wskazanej przez Dyrektora.
3. Do podstawowych zadań Działu Kadr należy:
   3.1. Przygotowanie i prowadzenie procesów rekrutacyjnych w Szpitalu,
   3.2. Kompleksowe prowadzenie dokumentów kadrowych pracowników Szpitala (m.in. zakładanie i prowadzenie akt osobowych pracowników, prowadzenie spraw związanych z urlopami pracowników),
   3.3. Wykonywanie czynności związanych ze zmianą uposażeń i stanowisk pracy oraz oddelegowań pracowników,
   3.4. Sporządzanie kompletnej dokumentacji związanej z nawiązywaniem i rozwiązywaniem umów o pracę, aktualizacja danych w systemie kadrowym,
   3.5. Prowadzenie postępowań w ramach konkursów ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych dla personelu medycznego, przygotowywanie projektów umów w tym umów cywilno – prawnych, prowadzenie dokumentacji i ewidencji umów cywilnoprawnych,
   3.6. Przygotowywanie, ewidencjonowanie i potwierdzanie zgodności odbytych delegacji służbowych, wyjść służbowych, prywatnych i spóźnień,
   3.7. Prowadzenie ewidencji absencji pracowników,
   3.8. Prowadzenie spraw związanych z Pracowniczymi Planami Kapitałowymi – pod względem kadrowym,
   3.9. Prowadzenie dokumentacji szkoleń pracowników (w tym planów szkoleń), organizowanie i prowadzenie spraw związanych z różnymi formami szkolenia zawodowego,
   3.10. Współpraca ze związkami zawodowymi działającymi w Szpitalu, obsługa spotkań, negocjacji i sporządzanie protokołów ze spotkań,
   3.11. Opracowywanie projektów wewnętrznych aktów normatywnych związanych z realizowanym przez Dział procesem zarządzania zasobami ludzkimi,
   3.12. Sprawdzanie zgodności opracowywanych przez komórki organizacyjne harmonogramów pracy z zawartymi umowami i obowiązującymi przepisami prawnymi,
   3.13. Sprawdzanie pod względem zgodności z zawartymi umowami rachunków przedstawianych do zapłaty,
   3.14. Organizacja i przeprowadzanie systematycznych ocen pracowników,
   3.15. Opracowywanie projektów regulaminów: pracy, wynagradzania oraz zakładowego funduszu świadczeń socjalnych w oparciu o obowiązujące w tym zakresie przepisy prawne,
   3.16. Kontrolowanie terminów badań lekarskich, kierowanie pracowników na badania profilaktyczne i ustalanie terminów badań dla pracowników,
   3.17. Prowadzenie dziennika korespondencyjnego Działu,

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione.

3.18. Przygotowywanie i wydawanie identyfikatorów pracownikom,
3.19. Przeprowadzanie okresowych kontroli w zakresie przestrzegania przez pracowników dyscypliny pracy,
3.20. Opracowywanie, na zlecenie przełożonych, analiz dotyczących zatrudnienia,
3.21. Prowadzenie spraw związanych z Zakładowym Funduszem Świadczeń Socjalnych,
3.22. Bieżące informowanie kierowników komórek organizacyjnych o zmianach następujących w prawie pracy,
3.23. Prowadzenie statystyki publicznej oraz sprawozdawczości wymaganej przez organy zewnętrzne,
3.24. Prowadzenia spraw związanych z kształceniem zawodowym pracowników, odbywaniem staży specjalizacyjnych i podyplomowych oraz praktyk zawodowych odbywanych na podstawie umów,
3.25. Współpraca z organami administracji państwowej w zakresie i na zasadach uregulowanych przepisami nadrzędnymi,
3.26. Prowadzenie spraw związanych typowania pracowników Szpitala od wyłączenia od obowiązku pełnienia czynnej służby wojskowej w razie ogłoszenia mobilizacji i czasie wojny, współpraca w tym zakresie z Inspektorem ds. Obronnych i Obrony Cywilnej,
3.27. Przygotowywanie porozumień o współpracy na zasadzie wolontariatu,
3.28. Opracowywanie planów zatrudnienia i analizowanie stanu zatrudnienia (w tym sporządzenie miesięcznych zestawień o stanie zatrudnienia),
3.29. Prowadzenie składnicy akt Działu Kadr.

4. Obowiązki, odpowiedzialność i uprawnienia pracowników Działu Kadr zostały określone w ich indywidualnych zakresach czynności.
5. W celu skutecznego wykonywania działalności statutowej Dział Kadr współpracuje z innymi komórkami organizacyjnymi WSS.

Dział Organizacyjno - Szkoleniowy (DV)

§ 20

1. Działem Organizacyjno – Szkoleniowym kieruje Kierownik Działu lub osoba wskazana przez Dyrektora, który:
   1.1 Służbowo podlega bezpośrednio Dyrektorowi,
   1.2 Odpowiada za organizację pracy i funkcjonowanie Działu Organizacyjno – Szkoleniowego,
   1.3 W czasie nieobecności jest zastępowany przez wskazanego przez siebie pracownika za zgodą zwicrzchnika.
2. Pracownicy Działu Organizacyjno – Szkoleniowego służbowo podlegają bezpośrednio Kierownikowi Działu Organizacyjno – Szkoleniowego lub osobie wskazanej przez Dyrektora.
3. Do podstawowych zadań Działu Organizacyjno – Szkoleniowego należy:
   3.1. Przygotowywanie, wydawanie i ewidencjonowanie zarządzeń wewnętrznych Dyrektora.
   3.2. Sporządzanie projektów pism wewnętrznych i zewnętrznych.
   3.3. Współpraca z Członkami Rady Społecznej w organizacji posiedzeń Rady Społecznej: przygotowywanie projektów uchwał wraz z uzasadnieniem, przekazywanie

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione.

materiałów będących przedmiotem posiedzenia Rady do Członków Rady i innych podmiotów uczestniczących w posiedzeniu, protokołowanie posiedzeń Rady, przekazywanie do Zarządu Województwa Świętokrzyskiego Uchwał podjętych przez Radę wraz z wnioskami o podjęcie stosownych uchwał.

3.4. Przygotowywanie wniosków o zmiany w KRS oraz w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą Wojewody.

3.5. Przygotowywanie projektów zmian do Regulaminu Organizacyjnego zgodnie z uchwałami Rady Społecznej i nadzór nad zamieszczaniem aktualnego wydania regulaminu na serwerze oraz stronie internetowej Szpitala.

3.6. Opracowywanie projektów zmian do Statutu i przekazywanie do Organu Założycielskiego. Nadzór nad zamieszczaniem aktualnego wydania Statutu na stronie Szpitala.

3.7. Udział w opracowywaniu i podawanie do wiadomości zainteresowanych cennika świadczeń udzielanych przez Szpital.

3.8. Przygotowywanie ofert konkursowych na zawieranie umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych dla odbiorców innych niż Narodowy Fundusz Zdrowia.

3.9. Przygotowywanie ofert przetargowych na usługi świadczone przez Szpital.

3.10. Przygotowywanie i przeprowadzanie postępowań w ramach konkursów ofert i zapytań ofertowych na udzielanie świadczeń zdrowotnych dla Szpitala.

3.11. Przygotowywanie umów na wynajem i dzierżawę powierzchni Szpitala: przygotowywanie i przeprowadzanie postępowań przetargowych, występowanie z wnioskami o wyrażenie zgody na udostępnienie powierzchni przez Zarząd, Sejmik Województwa Świętokrzyskiego, sporządzanie stosownych zestawień.

3.12. Obsługa korespondencji w systemie E-PUAP.

3.13. Przygotowywanie zestawień m.in. dla komórek organizacyjnych Szpitala, Organu Założycielskiego, Organów kontrolnych odnośnie dokumentów przechowywanych w Dziale Organizacyjno – Szkoleniowym.

3.14. Udzielanie odpowiedzi na wnioski o udzielenie informacji w trybie dostępu do informacji publicznej, prowadzenie rejestru wniosków o udostępnienie informacji publicznej.

3.15. Sporządzanie projektów umów zawieranych przez Dział Organizacyjno – Szkoleniowy oraz aneksów do umów w tym zawieranych przez Dział Zamówień Publicznych.

3.16. Przygotowywanie dokumentacji i informacji dla potrzeb ubezpieczyciela i instytucji występującej z wnioskami o dostęp do dokumentacji.

3.17. Protokołowanie zebrań i spotkań zgodnie z wytycznymi Dyrektora.

3.18. Nadzór nad realizacją umów na badania kliniczne.

3.19. Ewidencjonowanie zawieranych umów, kolportaż do komórek merytorycznie odpowiedzialnych, archiwizacja umów.

3.20. Sprawdzanie i podpisywanie faktur/rachunków w zakresie zgodności z zawartymi umowami.

3.21. Ewidencjonowanie i przygotowywanie pełnomocnictw i upoważnień.

3.22. Obsługa systemu SZOI w zakresie udostępniania zasobów w następstwie zawartych umów, zawiadamianie podmiotów świadczących usługi dla szpitala o konieczności zamieszczenia podwykonawstwa w systemie SZOI.

3.23. Przygotowanie ofert i projektów umów na realizację praktyk zawodowych, zajęć praktycznych dla słuchaczy szkół ponadpodstawowych i studentów szkół wyższych.

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione.

3.24. Organizacja szkolenia praktycznego studentów, stażystów, osób odbywających kursy doskonalące na podstawie zawartych umów i porozumień. Wystawienie wymaganych dokumentów niezbędnych do realizacji procesu szkoleniowego, kompletowanie oraz archiwizacja dokumentów. Koordynacja procesu szkoleniowego w komórkach Szpitala.

3.25. Przygotowywanie zestawień ze zrealizowanych form kształcenia do celów rozliczeniowych.

3.26. Współpraca z Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego i ośrodkami prowadzącymi szkolenia lekarzy i pielęgniarek. Sporządzanie wniosków o akredytację na specjalizację.

3.27. Obsługa systemu SMK w zakresie nadawania uprawnień, przyjmowania na specjalizację, przypisanie kierownika specjalizacji, przypisanie jednostki zewnętrznej odbywania stażu.

3.28. Wystawianie referencji na wniosek wykonawców umów.

3.29. Prowadzenie kroniki WSS.

3.30. Obsługa Sali Konferencyjnej.

3.31. Przygotowanie kompleksowej obsługi świąt i uroczystości okolicznościowych.

3.32. Współpraca z Urzędem Gminy i Miasta Chęciny w zakresie przygotowania Obwodowej Komisji Wyborczej w wyborach powszechnych.

3.33. Realizacja innych zadań zlecanych przez Dyrektora.

4. Obowiązki, odpowiedzialność i uprawnienia pracowników Działu Organizacyjno – Szkoleniowego zostały określone w ich indywidualnych zakresach czynności.

5. W celu skutecznego wykonywania działalności statutowej Dział Organizacyjno – Szkoleniowy współpracuje z innymi komórkami organizacyjnymi WSS.

PION PODLEGAJĄCY ZASTĘPCY DYREKTORA DS. PLANÓW I FINASÓW

Dział Zamówień Publicznych (FZ)

§ 21

1. Działem Zamówień Publicznych kieruje Kierownik Działu Zamówień Publicznych, który:
   1.1 służbowo podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Planów i Finansów,
   1.2 odpowiada za organizację pracy i funkcjonowanie Działu Zamówień Publicznych,
   1.3 w czasie nieobecności jest zastępowany przez Zastępcę Kierownika Działu Zamówień Publicznych lub w przypadku jego nieobecności przez wyznaczonego pracownika za zgodą zwierzchnika.
2. Do podstawowych zadań Działu Zamówień Publicznych należy:
   2.1 przygotowywanie, przeprowadzanie oraz dokumentowanie postępowań o udzielanie zamówień publicznych zgodnie co do trybów postępowań przewidzianych w ustawie Prawo zamówień publicznych,
   2.2 przygotowywanie, przeprowadzanie oraz dokumentowanie postępowań o udzielanie zamówień publicznych poniżej 130 000,00 zł. zgodnie z wytycznymi zawartymi w regulaminach wewnętrznych obowiązujących w WSS,
   2.3 prowadzenie rejestrów postępowań o udzielanie zamówień publicznych,
   2.4 sporządzanie planów postępowań o udzielanie zamówień publicznych oraz obowiązującej sprawozdawczości i ich publikacja,

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione.

2.5 udział w opracowywaniu analizy potrzeb i wymagań,

2.6 przesyłanie, udostępnianie oraz zamieszczanie ogłoszeń, informacji m.in.: do Urzędu Publikacji Unii Europejskiej, do Prezesa Urzędu Zamówień Publicznych, w Biuletynie Zamówień Publicznych, na stronę internetową szpitala,

2.7 weryfikacja przygotowanych postępowań w zakresie zużycia zamawianego towaru,

2.8 opracowywanie na zlecenie przełożonych analiz i zestawień dotyczących prowadzonych przez Dział postępowań o udzielenie zamówień,

2.9 współpraca z organami administracji państwowej w zakresie i na zasadach uregulowanych przepisami nadrzędnymi,

2.10 prowadzenie prawidłowej archiwizacji zgromadzonej dokumentacji w Dziale.

3. Szczegółowe obowiązki, odpowiedzialność i uprawnienia pracowników Działu Zamówień Publicznych określone zostały w indywidualnych zakresach czynności.

4. W celu skutecznego wykonywania działalności statutowej Dział Zamówień Publicznych współpracuje z innymi komórkami organizacyjnymi WSS.

Sekcja Płac (FP)

§ 22

1. Sekcją Płac kieruje Koordynator Sekcji, który:

1.1 służbowo podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Planów i Finansów,

1.2 odpowiada za organizację pracy i prawidłowe funkcjonowanie Sekcji,

1.3 w czasie nieobecności zastępowany jest przez wskazanego pracownika Sekcji, za zgodą zwierzchnika.

2. Do podstawowych zadań Sekcji Płac należy:

2.1 naliczanie wynagrodzeń oraz prowadzenie dokumentacji płacowej zgodnie z aktualnymi przepisami z zakresu prawa pracy, ubezpieczeń społecznych, podatków oraz obowiązującymi w WSS regulaminami wynagradzania i pracy,

2.2 sporządzanie list płac i kontrola dokumentacji niezbędnej do naliczania wynagrodzeń pracowników oraz zleceniobiorców,

2.3 sporządzanie deklaracji ZUS, PIT, GUS oraz współpraca w zakresie uzgodnień i wyjaśnień z urzędami i organami kontroli w tym zakresie,

2.4 przygotowywanie zaświadczeń o zarobkach oraz obsługa zapytań pracowniczych w zakresie naliczanych poborów,

2.5 prowadzenie prawidłowej archiwizacji zgromadzonej dokumentacji płacowej,

2.6 realizacja zajęć komorniczych zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa w tym korespondencja z Komornikami Sądowymi w zakresie otrzymanych zajęć,

2.7 naliczanie zasiłków chorobowych zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa w tym prowadzenie kart zasiłkowych,

2.8 sporządzanie przelewów dotyczących wypłaty wynagrodzeń, należnych składek ZUS, PPK oraz zaliczek na podatek dochodowy od osób fizycznych,

2.9 przygotowywanie raportów, zestawień i analiz na potrzeby wewnętrzne Dyrekcji.

2.10 przygotowywanie oraz sporządzanie obowiązkowych sprawozdań dotyczących wynagrodzeń oraz należnych składek ZUS i zaliczek na podatek dochodowy,

2.11 rozliczanie otrzymanych środków na staże i rezydentury oraz przygotowywanie sprawozdań w tym zakresie zgodnie z zapisami umownymi.

3. Szczegółowe obowiązki, odpowiedzialność i uprawnienia pracowników Sekcji Płac określone zostały w indywidualnych zakresach czynności.

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione.

4. W celu skutecznego wykonywania działalności statutowej Sekcja Płac współpracuje z innymi komórkami organizacyjnymi WSS.

Sekcja ds. Aparatury Medycznej (FA)

§ 23

1. Sekcją ds. Aparatury Medycznej kieruje Koordynator Sekcji, który:
   1.1 służbowo podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Planów i Finansów
   1.2 odpowiada za organizację pracy i prawidłowe funkcjonowanie Sekcji,
   1.3 w czasie nieobecności zastępowany jest przez wskazanego pracownika Sekcji, za zgodą zwierzchnika.
2. Do podstawowych zadań Sekcji ds. Aparatury Medycznej należy:
   2.1. prowadzenie ewidencji sprzętu i aparatury medycznej użytkowanej w WSS,
   2.2. przekazywanie do komórek medycznych użytkujących sprzęt i aparaturę medyczną paszportów technicznych oraz nadzór nad ich prawidłowym dokumentowaniem,
   2.3. bezpośredni nadzór merytoryczny nad umowami zawartymi z firmami zewnętrznymi w zakresie: dostaw, dzierżaw, przeglądów i napraw sprzętu i aparatury medycznej,
   2.4. udział w opracowywaniu dokumentacji do postępowań o udzielenie zamówień publicznych w zakresie dostaw, dzierżaw, przeglądów i napraw sprzętu i aparatury medycznej,
   2.5. opiniowanie wniosków o zakup aparatury i sprzętu medycznego składanych przez komórki organizacyjne,
   2.6. wnioskowanie o wydanie ekspertyzy lub orzeczenia technicznego, co do stanu technicznego i stopnia zużycia aparatury i sprzętu medycznego,
   2.7. opracowywanie harmonogramu przeglądów technicznych i konserwacyjnych aparatury i sprzętu medycznego oraz bezpośredni nadzór nad jego realizacją,
   2.8. przyjmowanie i rejestrowanie zgłoszeń awarii aparatury i sprzętu medycznego, których naprawa wymaga interwencji specjalistycznych firm zewnętrznych,
   2.9. przygotowywanie zapytań ofertowych oraz zamówień dotyczących zgłaszanych awarii, napraw i przeglądów aparatury i sprzętu medycznego oraz nadzór nad ich realizacją,
   2.10. analiza kosztów dotyczących napraw i serwisowania aparatury i sprzętu medycznego.
3. Szczegółowe obowiązki, odpowiedzialność i uprawnienia pracowników Sekcji ds. Aparatury Medycznej określone zostały w indywidualnych zakresach czynności.
4. W celu skutecznego wykonywania działalności statutowej Sekcja ds. Aparatury Medycznej współpracuje z innymi komórkami organizacyjnymi WSS.

Sekcja Projektów i Dotacji (FD)

§ 24

1. Sekcją kieruje Koordynator Sekcji Projektów i Dotacji, który:
   1.1 .służbowo podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Planów i Finansów
   1.2. odpowiada za organizację pracy i prawidłowe funkcjonowanie Sekcji,
   1.3. w czasie nieobecności zastępowany jest przez wskazanego pracownika Sekcji, za zgodą zwierzchnika.
2. Do podstawowych zadań Sekcji Projektów i Dotacji należy:
   2.1. stały monitoring dostępnych funduszy krajowych i europejskich

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione.

2.2. wyszukiwanie źródeł finansowania i weryfikacja możliwości pozyskania dofinansowania dla działań realizowanych przez Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Św. Rafała w Czerwonej Górze

2.3. przygotowanie wniosków aplikacyjnych o dofinansowanie oraz innych wymaganych dokumentów dla realizowanych przez Szpital inwestycji w ramach obowiązujących konkursów, programów oraz dotacji (finansowanych z budżetu województwa świętokrzyskiego, budżetu państwa, funduszy europejskich, ministerstwa zdrowia itp.)

2.4. współpraca z działami merytorycznymi przy tworzeniu koncepcji merytorycznych projektów, uczestniczenie w tworzeniu budżetów i harmonogramów realizacji projektów;

2.5. nadzór nad negocjacjami i podpisywaniem umów projektowych i dotacyjnych;

2.6. koordynacja realizowanych projektów (weryfikacja zakresu realizowanych projektów, monitoring budżetów realizowanych projektów, kontrola i nadzór nad jakością dokumentacji projektowej), współpraca z działami merytorycznymi;

2.7. prowadzenie i rozliczanie projektów zgodnie z obowiązującymi dla poszczególnych programów wytycznymi i zasadami rozliczania projektów w instytucji, w tym: bieżący monitoring postępu rzeczowo – finansowego, kontrola prawidłowości wydatkowania środków i osiąganych wskaźników, przygotowywanie wniosków o płatność, przygotowywanie sprawozdań/raportów);

2.8. dbałość, o jakość relacji i utrzymywanie stałych kontaktów z podmiotami zewnętrznymi
w zakresie rozliczania i sprawozdawczości.

2.9. przechowywanie i nadzór nad dokumentacją dotyczącą realizowanych projektów

2.10. przekazywanie do właściwych komórek merytorycznych kserokopii dokumentacji dotyczącej realizowanych projektów/dotacji

2.11. opracowywanie notatek informacyjnych/prasowych wraz z dokumentacją fotograficznych z realizowanych projektów

2.12. realizacja innych zadań zlecanych przez Dyrektora.

Sekcja Gospodarcza (FG)

§ 25

1. Sekcją Gospodarczą kieruje Koordynator Sekcji Gospodarczej, który:
   1.1. służbowo podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Planów i Finansów.
   1.2. w czasie swojej nieobecności jest zastępowany przez wskazanego przez siebie pracownika, za zgodą zwierzchnika,
   1.3. odpowiada za organizację pracy i funkcjonowanie Sekcji Gospodarczej.
2. Obowiązki, odpowiedzialność i uprawnienia Koordynatora Sekcji Gospodarczej zostały określone w zakresie czynności Koordynatora.
3. Podstawowe zadania Sekcji Gospodarczej:
   3.1. Zapewnienie prawidłowego postępowania z odpadami medycznymi i komunalnymi oraz merytoryczny nadzór nad prowadzoną gospodarką odpadami,
   3.2. Prowadzenie punktu ksero,
   3.3. Rozliczanie transportu sanitarnego realizowanego przez firmę zewnętrzną i prowadzenie okresowych analiz w tym zakresie,
   3.4. Prowadzenie depozytu odzieży pacjentów,
   3.5. Prowadzenie punktu rotacji i ekspedycji bielizny,

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione.

3.6. Zabezpieczenie łączności telefonicznej i rozliczanie rozmów,
3.7. Prowadzenie rejestru używanych w Szpitalu, zamawianie oraz likwidacja (kasacja) · nieaktualnych lub zniszczonych pieczątek,
3.8. Przygotowywanie dokumentacji do postępowań przetargowych na usługi i dostawy merytorycznie związanych z działalnością Sekcji,
3.9. Bezpośredni merytoryczny nadzór nad umowami zawartymi z firmami zewnętrznymi w zakresie:
3.9.1. wywozu i utylizacji odpadów,
3.9.2. transportu sanitarnego,
3.9.3. prania bielizny,
3.9.4. sprzątania strefy szarej Szpitala i terenów zewnętrznych oraz pielęgnacji terenów zielonych
3.9.5. usług telekomunikacyjnych,
3.9.6. dostaw wyposażenia biurowego,
3.9.7. dostaw odzieży
3.9.8. dostaw wody źródlanej i pitnej.
3.10. Utrzymywanie w należytym stanie sanitarno – higienicznym pomieszczeń użytkowanych przez Sekcję,
3.11. Realizowanie zadań z zachowaniem zasad bhp i p/poż,
3.12. Wykonywanie innych zadań merytorycznie związanych z działalnością Sekcji zlecanych przez przełożonych.

4. Szczegółowe obowiązki, odpowiedzialność i uprawnienia pracowników Sekcji Gospodarczej zostały określone w ich indywidualnych zakresach czynności.

Magazyn Gospodarczo-Techniczny (FM)

§ 26

1. Magazyn Gospodarczo-Techniczny podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Planów i Finansów który:
1.1. jest bezpośrednim przełożonym pracowników magazynu,
1.2. odpowiada za organizację pracy i funkcjonowanie magazynu.
2. Odpowiedzialność materialną za asortyment przechowywany w magazynie ponoszą pracownicy Magazynu Gospodarczo-Technicznego.
3. Zadania magazynu realizowane przez magazyniera:
3.1. Prowadzenie racjonalnej gospodarki materiałowej,
3.2. Utrzymywanie bezpiecznych, gwarantujących ciągłość prowadzonej przez Szpital działalności stanów magazynowych, z uwzględnieniem rachunku ekonomicznego,
3.3. Nadzór nad rozładunkiem materiałów do magazynu,
3.4. Ilościowa i jakościowa ocena dostarczanych wyrobów,
3.5. Przyjęcie i sprawdzenie zgodności wyrobu z zamówieniem, umową i fakturą,
3.6. Segregacja i zabezpieczenie asortymentu w pomieszczeniach magazynowych,
3.7. Nadzór nad terminami ważności magazynowanych wyrobów,
3.8. Wydawanie asortymentu do komórek organizacyjnych,
3.9. Monitorowanie i dokumentowanie warunków fizycznych pomieszczeń magazynowych,

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione.

3.10. Przekazywanie faktur i druków PZ do Działu Finansowo - Księgowego.

4. Obowiązki, odpowiedzialność i uprawnienia pracowników Magazynu Gospodarczo-Technicznego zostały określone w ich indywidualnych zakresach czynności.
5. W celu skutecznego wykonywania działalności statutowej magazyn współpracuje z innymi komórkami organizacyjnymi WSS.

PION PODLEGAJĄCY ZASTĘPCY DYREKTORA DS. TECHNICZNYCH

Sekcja Inwestycyjno - Remontowa (TR)

§ 27

1. Sekcją Inwestycyjno - Remontową kieruje Koordynator Sekcji Inwestycyjno - Remontowej, który:
   1.1. służbowo podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Technicznych odpowiada za organizację pracy i funkcjonowanie Sekcji Inwestycyjno - Remontowej,
   1.2. w czasie swojej nieobecności jest zastępowany przez Koordynatora Sekcji Obsługi Technicznej, Koordynatora Sekcji Eksploatacyjnej lub Koordynatora Sekcji Gospodarki Wodno-Ściekowej,
   1.3. odpowiada za organizację pracy i funkcjonowanie Sekcji, Inwestycyjno-Remontowej,
2. Obowiązki, odpowiedzialność i uprawnienia Koordynatora Sekcji Inwestycyjno - Remontowej zostały określone w zakresie czynności Koordynatora.
3. Podstawowe zadania Sekcji Inwestycyjno - Remontowej:
   3.1. realizacja zadań remontowych na terenie Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze oraz w Wojewódzkiej Przychodni Specjalistycznej Szpitala w Czerwonej Górze, Kielce ul. Jagiellońska 72,
   3.2. przygotowanie zakresu realizacji zadań inwestycyjnych na terenie Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze oraz w Wojewódzkiej Przychodni Specjalistycznej Szpitala w Czerwonej Górze, Kielce
   ul. Jagiellońska 72 wraz ze współpracą z Zarządcą Nieruchomości,
   3.3. przeprowadzanie prac konserwacyjnych, napraw i remontów w zakresie budowlanym,
   3.4. utrzymanie infrastruktury budowlanej w należytym stanie technicznym,
   3.5. wykonanie prac zabezpieczających na wypadek zdarzeń niepożądanych i awarii,
   3.6. sprawdzanie i opiniowanie otrzymanej z biur projektów dokumentacji projektowej i kosztorysowej w zakresie działalności Sekcji dla poszczególnych zadań remontowo – inwestycyjnych,
   3.7. opracowywanie kosztorysów i innych dokumentów niezbędnych do planowanych prac remontowo - inwestycyjnych,
   3.8. dbanie o terminowe i jakościowe wykonywanie robót przez wykonawcę,
   3.9. systematyczne informowanie przełożonego o stanie realizacji poszczególnych zadań inwestycyjnych, w szczególności dotyczących zagrożeń w terminie ich realizacji i rozliczenia,
   3.10. dokonywanie odbiorów częściowych i końcowych poszczególnych zadań remontowo – inwestycyjnych,
   3.11. organizowanie i przeprowadzanie postępowań inwestycyjnych (roboty / dokumentacje),

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione.

3.12. przygotowywanie dokumentacji do planowanych postępowań przetargowych, kontraktów wstępnych i powykonawczych na roboty budowlane oraz sprawowanie nadzoru inwestycyjnego w tym zakresie,

3.13. współpraca z instytucjami zewnętrznymi i prowadzenie wymaganej sprawozdawczości w zakresie realizowanych zadań,

3.14. realizacja innych zadań zlecanych przez Dyrektora,

3.15. utrzymywanie w należytym stanie sanitarno – higienicznym wszystkich urządzeń i pomieszczeń technicznych,

3.16. przyjmowanie, rejestrowanie i usuwanie usterek budowlanych zgłaszanych przez komórki organizacyjne,

3.17. realizowanie zadań z zachowaniem zasad bhp i p/poż,

3.18. wykonywanie innych zadań merytorycznie związanych z działalnością Sekcji zlecanych przez przełożonych,

3.19. współpraca z pozostałymi sekcjami w zakresie kompleksowego usuwania awarii zgłaszanych przez komórki organizacyjne,

3.20. bezpośredni merytoryczny nadzór nad umowami zawartymi z firmami zewnętrznymi w zakresie:

3.20.1. dostawy materiałów budowlanych,

3.20.2. realizacji planowych zadań remontowo – inwestycyjnych,

4. Szczegółowe obowiązki, odpowiedzialność i uprawnienia pracowników Sekcji Inwestycyjno-Remontowej zostały określone w ich indywidualnych zakresach czynności.

Sekcja Eksploatacyjna (TE)

§ 28

1. Sekcją Eksploatacyjną kieruje Koordynator Sekcji Eksploatacyjnej, który:
   1.1. służbowo podlega Zastępcy Dyrektora ds. Technicznych,
   1.2. w czasie swojej nieobecności jest zastępowany przez Koordynatora Sekcji Inwestycyjno-Remontowej, Koordynatora Sekcji Obsługi Technicznej lub Koordynatora Sekcji Gospodarki Wodno-Ściekowej,
   1.3. odpowiada za organizację pracy i funkcjonowanie Sekcji Eksploatacyjnej,
2. Sekcja Eksploatacyjna realizuje zadania w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. Św. Rafała w Czerwonej Górze oraz w Wojewódzkiej Przychodni Specjalistycznej Szpitala w Czerwonej Górze, Kielce ul. Jagiellońska 72.
3. W celu skutecznego wykonywania działalności statutowej Sekcja Eksploatacyjna współpracuje z innymi komórkami organizacyjnymi WSS w Czerwonej Górze i WPS w Kielcach.
4. Do podstawowych obowiązków Koordynatora Sekcji Eksploatacyjnej należy organizacja pracy i nadzór nad realizacją zadań przewidzianych dla Sekcji.
5. Szczegółowe obowiązki, odpowiedzialność i uprawnienia Koordynatora Sekcji Eksploatacyjnej zostały określone w zakresie czynności pracownika.
6. Do podstawowych zadań Sekcji Eksploatacyjnej należy:
   6.1. zapewnienie całodobowej obsługi Portierni Szpitala,
   6.2. współpraca z Sekcją Obsługi Technicznej w zakresie sygnalizacji alarmowych - SSP: podjęcie działań związanych z weryfikacją przyczyny i ewentualne odwoływanie alarmu,

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione.

6.3. zapewnienie całodobowej obsługi systemu parkingowego Szpitala w tym uprawnicń dostępu do poszczególnych stref wydzielonych parkowania,
6.4. nadzór nad monitoringiem terenów zewnętrznych oraz powierzchni ogólnodostępnych Szpitala,
6.5. rozliczanie przychodów z systemu parkingowego – współpraca z Działem Finansowo-Księgowym WSS Czerwona Góra,
6.6. przeprowadzanie kasacji i likwidacji składników majątkowych Szpitala,
6.7. nadzór nad przeglądami wyposażenia kuchenek i sprzętu kuchennego,
6.8. utrzymywanie w należytym stanie użytkowanego przez Sekcję parku maszynowego i jego prawidłowa eksploatacja,
6.9. nadzór merytoryczny nad realizacją umów zawartych z firmami zewnętrznymi w zakresie związanym z działalnością Sekcji,
6.10. dokonywanie wpisów w książkach obiektów z wykonanych przeglądów okresowych,
6.11. opracowanie i okresowa aktualizacja procedur związanych z realizowanymi w Sekcji procesami,
6.12. organizowanie i prowadzenie depozytu kluczy,
6.13. współpraca z instytucjami zewnętrznymi i prowadzenie wymaganej sprawozdawczości w zakresie realizowanych zadań,
6.14. realizacja innych zadań zlecanych przez Dyrektora.

7. Zadania Sekcji Eksploatacyjnej są realizowane przez pracowników Sekcji oraz pracowników komórek organizacyjnych znajdujących się w strukturze pionu technicznego.

Sekcja Obsługi Technicznej (TT)

§ 29

1. Sekcją Obsługi Technicznej kieruje Koordynator Sekcji Obsługi Technicznej, który:
   1.1. służbowo podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Technicznych,
   1.2. w czasie swojej nieobecności jest zastępowany przez Koordynatora Sekcji Inwestycyjno - Remontowej Koordynatora Sekcji Eksploatacyjnej, lub Koordynatora Sekcji Wodno- Ściekowej,
   1.3. odpowiada za organizację pracy i funkcjonowanie Sekcji Obsługi Technicznej.
2. Obowiązki, odpowiedzialność i uprawnienia Koordynatora Sekcji Obsługi Technicznej zostały określone w zakresie czynności Koordynatora.
3. Podstawowe zadania Sekcji Obsługi Technicznej:
   3.1. sprawowanie całodobowej obsługi technicznej Szpitala,
   3.2. obsługa techniczna, konserwacja i naprawy w zakresie instalacji i urządzeń:
      3.2.1. dźwigów osobowych i towarowych: zgłaszanie problemów i nadzór nad firmą zewnętrzną w trakcie usuwania awarii,
      3.2.2. elektrycznych i teletechnicznych,
      3.2.3. sygnalizacji alarmowych: podjęcie działań związanych z weryfikacją przyczyny i ewentualne odwoływanie alarmu, zgłaszanie problemów i nadzór nad firmą zewnętrzną w trakcie usuwania awarii,
      3.2.4. punktów poboru i rozprężalni gazów medycznych, próżni,
      3.2.5. konserwacja i regulacja stolarki,
   3.3. przeprowadzanie prac konserwacyjnych, napraw i remontów w zakresie budowlano – instalacyjnym,
   3.4. utrzymanie infrastruktury budowlanej w należytym stanie technicznym,

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione.

3.5. zapewnienie sprawnego działania infrastruktury instalacyjnej elektrycznej i teletechnicznej,

3.6. zapewnienie nieprzerwanych dostaw: energii elektrycznej, gazów medycznych,

3.7. utrzymywanie w należytym stanie sanitarno – higienicznym wszystkich urządzeń i pomieszczeń technicznych,

3.8. opracowanie i okresowa aktualizacja zasad racjonalnej gospodarki w zakresie zużycia energii elektrycznej, gazów,

3.9. prowadzenie ewidencji urządzeń technicznych oraz przeprowadzanie okresowych analiz w zakresie ich eksploatacji,

3.10. udział w opracowywaniu dokumentacji do postępowań przetargowych w zakresie robót budowlanych i instalacyjnych,

3.11. bezpośredni merytoryczny nadzór nad realizacją umów zawartych z firmami zewnętrznymi w zakresie: dostaw energii elektrycznej, energii cieplnej, oleju napędowego (do agregatów), gazów technicznych, robót elektrycznych i teletechnicznych,

3.12. transport gazów medycznych, technicznych (w tym w butlach) i ciekłego azotu do komórek organizacyjnych,

3.13. przyjmowanie, rejestrowanie i usuwanie awarii zgłaszanych przez komórki organizacyjne,

3.14. realizowanie zadań z zachowaniem zasad bhp i p/poż,

3.15. wykonywanie innych zadań merytorycznie związanych z działalnością Sekcji zlecanych przez przełożonych,

3.16. współpraca z pozostałymi sekcjami w zakresie usuwania awarii zgłaszanych przez komórki organizacyjne,

3.17. współpraca z pozostałymi sekcjami w zakresie przygotowania postępowań remontowo – inwestycyjnych w zakresie działalności Sekcji,

3.18. bezpośredni merytoryczny nadzór nad umowami zawartymi z firmami zewnętrznymi w zakresie:

3.18.1. dostaw energii elektrycznej,

3.18.2. dostawy gazów medycznych i technicznych,

3.18.3. dostawy materiałów elektrycznych,

3.18.4. dostawy oleju napędowego do agregatów.

4. Szczegółowe obowiązki, odpowiedzialność i uprawnienia pracowników Sekcji Obsługi Technicznej zostały określone w ich indywidualnych zakresach czynności.

Sekcja Wodno – Ściekowa i Ciepłownicza (TW)

§ 30

1. Sekcją Wodno – Ściekową i Ciepłowniczą kieruje Koordynator Sekcji Wodno – Ściekowej i Ciepłowniczej który:

1.1. służbowo podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Technicznych,

1.2. odpowiada za organizację pracy i funkcjonowanie Sekcji Wodno – Ściekowej i Ciepłowniczej,

1.3. w czasie swojej nieobecności jest zastępowany przez Koordynatora Sekcji Inwestycyjno - Remontowej Koordynatora Sekcji Eksploatacyjnej, lub Koordynatora Sekcji Obsługi Technicznej.

2. Obowiązki, odpowiedzialność i uprawnienia Koordynatora Sekcji Wodno – Ściekowej i Ciepłowniczej zostały określone w zakresie czynności Koordynatora.

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione.

3. Podstawowe zadania Sekcji Wodno – Ściekowej i Ciepłowniczej:
   3.1. przygotowywanie dokumentacji do postępowań przetargowych na usługi i dostawy merytorycznie związane z działalnością Sekcji,
   3.2. sprawowanie obsługi technicznej Szpitala w zakresie związanym z działalnością Sekcji,
   3.3. sprawowanie całodobowej obsługi ujęcia Dobrzączka, Podczyszczalni Ścieków oraz Pompowni Podstawowej i Rezerwowej w zakresie związanym z działalnością Sekcji,
   3.4. obsługa techniczna, konserwacja i naprawy w zakresie instalacji i urządzeń:
      3.4.1. wentylacji mechanicznej i klimatyzacji,
      3.4.2. wodno – kanalizacyjnych,
      3.4.3. centralnego ogrzewania,
      3.4.4. pary i ciepła technologicznego,
      3.4.5. kotłowni szpitalnej (nadzór nad obsługą zewnętrzną kotłowni),
   3.5. przeprowadzanie prac konserwacyjnych, napraw i remontów w zakresie instalacji wentylacji mechanicznej, wodno – kanalizacyjnej, centralnego ogrzewania, pary i ciepła technologicznego,
   3.6. zapewnienie nieprzerwanych dostaw: wody, energii cieplnej,
   3.7. zapewnienie sprawnego działania infrastruktury instalacyjnej, sanitarnej,
   3.8. utrzymywanie w należytym stanie sanitarno – higienicznym wszystkich urządzeń i pomieszczeń technicznych,
   3.9. prowadzenie ewidencji urządzeń technicznych oraz przeprowadzanie okresowych analiz/przeglądów w zakresie ich eksploatacji,
   3.10. udział w opracowywaniu dokumentacji do postępowań przetargowych w zakresie robót instalacyjnych i obsługi kotłowni,
   3.11. bezpośredni merytoryczny nadzór nad realizacją umów zawartych z firmami zewnętrznymi w zakresie: dostaw energii cieplnej, oleju opałowego, obsługi kotłowni i mienia Szpitala, robót sanitarnych i wodno – kanalizacyjnych,
   3.12. przyjmowanie, rejestrowanie i usuwanie awarii zgłaszanych przez komórki organizacyjne,
   3.13. realizowanie zadań z zachowaniem zasad bhp i p/poż.
   3.14. wykonywanie innych zadań zlecanych przez przełożonych,
   3.15. współpraca z pozostałymi sekcjami w zakresie usuwania awarii zgłaszanych przez komórki organizacyjne,
   3.16. współpraca z pozostałymi sekcjami w zakresie przygotowania postępowań remontowo – inwestycyjnych w zakresie działalności Sekcji,
   3.17. bezpośredni merytoryczny nadzór nad umowami zawartymi z firmami zewnętrznymi w zakresie:
      3.17.1. obsługi kotłowni, sieci ciepłowniczej tranzytowej oraz wymiennikowni,
      3.17.2. przeglądów i serwisu klimatyzacji,
      3.17.3. przeglądów wentylacji mechanicznej oraz przewodów wentylacyjnych,
      3.17.4. przeglądów oraz serwisu instalacji wody lodowej,
      3.17.5. dostawy gazu ziemnego i oleju opałowego,
      3.17.6. hurtowej dostawy wody i odprowadzenia ścieków.
   3.18. utrzymywanie w należytym stanie sanitarno – higienicznym pomieszczeń użytkowanych przez Sekcję,

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione.

3.19. bezpośredni nadzór i realizacja zadań dotyczących gospodarki wodno – ściekowej i ciepłowniczej.

4. Szczegółowe obowiązki, odpowiedzialność i uprawnienia pracowników Sekcji Wodno – Ściekowej i Ciepłowniczej zostały określone w ich indywidualnych zakresach czynności.

PION PODLEGAJĄCY GŁÓWNEMU KSIĘGOWEMU

Dział Finansowo – Księgowy (EF)

§ 31

1. Działem Finansowo – Księgowym kieruje Kierownik Działu Finansowo – Księgowego, który:
   1.1. służbowo podlega bezpośrednio Głównemu Księgowemu,
   1.2. odpowiada za organizację pracy i funkcjonowanie Działu Finansowo – Księgowego,
   1.3. w czasie nieobecności jest zastępowany przez wskazanego przez siebie pracownika, za zgodą zwierzchnika.
2. Obowiązki, odpowiedzialność i uprawnienia Kierownika Działu Finansowo - Księgowego zostały określone w zakresie czynności Kierownika.
3. Do podstawowych zadań Działu Finansowo – Księgowego należy:
   3.1. prowadzenie rachunkowości WSS zgodnie z obowiązującymi przepisami i zasadami,
   3.2. bieżące prowadzenie księgowości oraz sprawozdawczości finansowej w sposób zapewniający terminowe i prawidłowe:
      3.2.1. przekazywanie rzetelnych informacji ekonomicznych,
      3.2.2. rozliczanie osób majątkowo odpowiedzialnych za mienie WSS,
      3.2.3. dokonywanie rozliczeń finansowych.
   3.3. przestrzeganie zasad rozliczeń pieniężnych i ochrony wartości pieniężnych,
   3.4. zapewnienie terminowego ściągania należności i dochodzenie roszczeń spornych,
   3.5. nadzór nad Zakładowym Planem Kont, w tym:
      3.5.1. nadzór nad wykazem kont Księgi Głównej,
      3.5.2. przyjęcie zasad księgowania operacji gospodarczych oraz wycena aktywów i pasywów,
      3.5.3. ustalanie zasad prowadzenia ksiąg pomocniczych i ich powiązania z kontami Księgi Głównej,
      3.5.4. uzgadnianie stanu zobowiązań i należności,
   3.6. prowadzenie Pracowniczej Kasy Zapomogowo – Pożyczkowej w zakresie rozliczeń finansowych.
   3.7. segregowanie, należyte przechowywanie i zabezpieczanie dokumentów finansowych, ksiąg rachunkowych oraz sprawozdań finansowych,
   3.8. księgowanie dokumentów,
   3.9. systematyczna analiza sald prowadzonych kont,
   3.10. prowadzenie ewidencji kosztów wg miejsc ich powstania,
   3.11. prowadzenie ewidencji faktur przychodzących od dostawców,
   3.12. sprawdzanie wystawionych faktur przez dostawców pod względem formalnym i rachunkowym,
   3.13. przedstawienie faktur do zatwierdzenia do zapłaty przez Głównego Księgowego i Dyrektora,
   3.14. prowadzenie ewidencji pism wychodzących i przychodzących z Działu,

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione.

3.15. przeprowadzanie i rozliczanie planowych i bieżących inwentaryzacji,
3.16. wycena kasacji,
3.17. ewidencja i wycena druków Mm,
3.18. numerowanie środków trwałych i przedmiotów nietrwałych w komórkach organizacyjnych,
3.19. wystawianie druków OT,
3.20. uzgadnianie książek oddziałowych z osobami materialnie odpowiedzialnymi,
3.21. sporządzanie obowiązującej sprawozdawczości,
3.22. przygotowywanie protokołów darów,
3.23. prowadzenie ewidencji ilościowo-wartościowej sprzętu i wyposażenia znajdującego się na stanie WSS,
3.24. wykonywanie innych prac zleconych przez przełożonych.

4. W celu skutecznego wykonywania działalności statutowej Dział Finansowo – Księgowy współpracuje z innymi komórkami organizacyjnymi WSS.

Kasa (EK)

§ 32

1. Nadzór nad funkcjonowaniem kasy sprawuje Kierownik Działu Finansowo - Księgowego, któremu bezpośrednio podlega kasjer.
2. Tryb zastępowania kasjera oraz zasady prowadzenia kasy zostały określone w wewnętrznym akcie normatywnym nr I-04/KP-19 „Instrukcja kasowa"
3. Zadania kasy realizowane przez kasjera:
   3.1. Właściwe przechowywanie i zabezpieczanie gotówki i przedmiotów wartościowych,
   3.2. Dokonywanie operacji gotówkowych i bezgotówkowych poprzez obsługę kasy fiskalnej oraz terminala do obsługi kart płatniczych - wpłat i wypłat na podstawie prawidłowo wypełnionych, sprawdzonych i zatwierdzonych dowodów,
   3.3. Przyjmowanie, przechowywanie i wydawanie depozytów,
   3.4. Dokumentowanie wszystkich dokonywanych w kasie operacji,
   3.5. Wstawianie faktur VAT z tytułu sprzedaży usług,
   3.6. Przekazywanie pożyczek z PKZP na konta osobiste pracowników,
   3.7. Niezwłoczne zawiadomienie dyrektora i głównego księgowego o brakach gotówkowych oraz ewentualnych włamaniach do kasy,
   3.8. Odprowadzanie powstałych nadwyżek gotówkowych do banku.
4. Obowiązki, odpowiedzialność i uprawnienia pracownika Kasy zostały określone w jego indywidualnym zakresie czynności.
5. W celu skutecznego wykonywania działalności statutowej Kasa współpracuje z innymi komórkami organizacyjnymi WSS.

Dyrektor

DYREKTOR
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego
im. Św. Rafała w Czerwonej Górze
Youssef Sleiman

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione.

Spis treści

Podstawa Prawna 2
Prawa Pacjenta 3
Prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych 3
Prawo pacjenta do informacji 3
Prawo do zgłaszania działań niepożądanych produktów leczniczych 5
Prawo pacjenta do tajemnicy informacji z nim związanych 5
Prawo pacjenta do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych 6
Prawo do poszanowania intymności i godności pacjenta 8
Prawo pacjenta do dokumentacji medycznej 9
Prawo pacjenta do zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza 14
Prawo pacjenta do poszanowania życia prywatnego rodzinnego 16
Prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej 16
Prawo pacjenta do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie 17
Rzecznik Praw Pacjenta 17
Obowiązki Pacjenta 18
Pełnomocnik ds. Praw Pacjenta 18

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione.

Rozdział 1

Podstawa Prawna

1. Konstytucja Rzeczpospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.
2. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej
3. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
4. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty
5. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej
6. Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego
7. Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów
8. Ustawa z dnia 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne
9. Ustawa z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich
10. Ustawa z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych
11. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta Ustawa z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta
12. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia
13. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 kwietnia 2012 r. w sprawie wykazu świadczeń zdrowotnych stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta, których udzielenie wymaga zgody
14. Ustawa z dnia 9 marca 2023 r. o badaniach klinicznych produktów leczniczych stosowanych u ludzi
15. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione.

Prawa Pacjenta

Wyciąg z ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

Rozdział 2

Prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych

Art.6.

1. Pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej.

2.Pacjent ma prawo, w sytuacji ograniczonych możliwości udzielenia odpowiednich świadczeń zdrowotnych, do przejrzystej, obiektywnej, opartej na kryteriach medycznych, procedury ustalającej kolejność dostępu do tych świadczeń.

3.Pacjent ma prawo żądać, aby udzielający mu świadczeń zdrowotnych:

1) lekarz zasięgnął opinii innego lekarza lub zwołał konsylium lekarskie;

2) pielęgniarka (położna) zasięgnęła opinii innej pielęgniarki (położnej).

4.Lekarz może odmówić zwołania konsylium lekarskiego lub zasięgnięcia opinii innego lekarza, jeżeli uzna, że żądanie, o którym mowa w ust.3, jest bezzasadne.

5.Żądanie, o którym mowa w ust.3, oraz odmowę, o której mowa w ust.4, odnotowuje się w dokumentacji medycznej.

6.Przepisy ust.4 i 5 stosuje się do pielęgniarki (położnej) w zakresie zasięgania opinii innej pielęgniarki (położnej).

Art.7. Prawo do natychmiastowego udzielenia świadczenia zdrowotnego; prawo do uzyskania świadczeń zdrowotnych związanych z porodem.

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

2. W przypadku porodu pacjentka ma prawo do uzyskania świadczeń zdrowotnych związanych z porodem.

Art.8. Zasady udzielania świadczeń zdrowotnych

Pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym. Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych osoby wykonujące zawód medyczny kierują się zasadami etyki zawodowej określonymi przez właściwe samorządy zawodów medycznych.

Rozdział 3

Prawo pacjenta do informacji

Art.9. Zakres prawa do informacji

1. Pacjent ma prawo do informacji o swoim stanie zdrowia.

2.Pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, lub jego przedstawiciel ustawowy mają prawo do uzyskania od osoby wykonującej zawód medyczny przystępnej informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania,

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione.

wynikach leczenia oraz rokowaniu, w zakresie udzielanych przez tę osobę świadczeń zdrowotnych oraz zgodnie z posiadanymi przez nią uprawnieniami.

3.Pacjent lub jego ustawowy przedstawiciel mają prawo do wyrażenia zgody na udzielenie informacji wymienionych w ust.2 innym osobom.

4.Pacjent ma prawo żądać, aby osoba wykonująca zawód medyczny nie udzielała mu informacji, o której mowa w ust. 2.

5.Po uzyskaniu informacji, o której mowa w ust. 2, pacjent ma prawo przedstawić osobie wykonującej zawód medyczny swoje zdanie w tym zakresie.

6.W sytuacjach wyjątkowych, jeżeli rokowanie jest niepomyślne dla pacjenta, lekarz może ograniczyć informację o stanie zdrowia i o rokowaniu, jeżeli według lekarza przemawia za tym dobro pacjenta. W takich przypadkach lekarz informuje przedstawiciela ustawowego pacjenta lub osobę upoważnioną przez pacjenta. Na żądanie pacjenta lekarz ma jednak obowiązek udzielić mu żądanej informacji.

7.Pacjent małoletni, który nie ukończył 16 lat, ma prawo do uzyskania od osoby wykonującej zawód medyczny informacji, o której mowa w ust. 2, w zakresie i formie potrzebnej do prawidłowego przebiegu procesu diagnostycznego lub terapeutycznego.

8.Pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, lub jego ustawowy przedstawiciel mają prawo do uzyskania od pielęgniarki, położnej przystępnej informacji o jego pielęgnacji i zabiegach pielęgniarskich.

Art.10. Prawo do dostatecznie wczesnej informacji o zamiarze odstąpienia od leczenia

W przypadku, o którym mowa w art. 38 ust.1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, pacjent, jego przedstawiciel ustawowy lub opiekun faktyczny mają prawo do dostatecznie wczesnej informacji o zamiarze odstąpienia przez lekarza od leczenia pacjenta i wskazania przez tego lekarza możliwości uzyskania świadczenia zdrowotnego u innego lekarza lub podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych.

Art.11. Prawo do informacji o prawach pacjenta

1. Pacjent ma prawo do informacji o prawach pacjenta określonych w niniejszej ustawie oraz w przepisach odrębnych, uwzględniającej ograniczenia tych praw określone w tych przepisach. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia tę informację w formie pisemnej, poprzez umieszczenie jej w swoim lokalu, w miejscu ogólnodostępnym.

2. Przepisu ust.1 zdanie drugie nie stosuje się do wykonywanych wyłącznie w miejscu wezwania indywidualnych praktyk lekarskich, indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich, indywidualnych praktyk pielęgniarek, położnych, indywidualnych specjalistycznych praktyk pielęgniarek, położnych i indywidualnych praktyk fizjoterapeutycznych

3.W przypadku pacjenta niemogącego się poruszać informację, o której mowa w ust.1, udostępnia się w sposób umożliwiający zapoznanie się z nią w pomieszczeniu, w którym pacjent przebywa.

Art.12. Prawo do informacji o rodzaju i zakresie udzielanych świadczeń zdrowotnych

1. Pacjent ma prawo do informacji o rodzaju i zakresie świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, w tym o profilaktycznych programach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, realizowanych przez ten podmiot.

2. Pacjent będący osobą ze szczególnymi potrzebami, o której mowa w ustawie z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnieniu dostępu osobom ze szczególnymi potrzebami, ma prawo do otrzymania

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione.

informacji w zrozumiały dla niego sposób, w szczególności z wykorzystaniem środków wspierających komunikowanie się, o których mowa w ustawie o języku migowym i innych środkach komunikowania się.

3. Pacjentowi, któremu wszczepiono wyrób medyczny, podmiot wykonujący działalność leczniczą, który wykonał implantację, jest obowiązany dostarczyć wraz z kartą implantu, informacje o których mowa w art. 18 ust. 1 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2017/745 z dnia 5 kwietnia w sprawie wyrobów medycznych, zmiany dyrektywy 2001/83/WE, rozporządzenia (WE) nr 178/2002 i rozporządzenia (WE) nr 1223/2009 oraz uchylenia dyrektywy Rady 90/385/EWG i 93/42/EWG, sporządzone w języku polskim i w postaci zapewniającej szybki dostęp do tych informacji.

Rozdział 3a

Prawo do zgłaszania działań niepożądanych produktów leczniczych

Art.12a.

Pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy, lub opiekun faktyczny ma prawo zgłaszania osobom wykonującym zawód medyczny, Prezesowi Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych lub podmiotowi odpowiedzialnemu za wprowadzenie produktu leczniczego do obrotu działania niepożądanego produktu leczniczego zgodnie z ustawą z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne

Rozdział 4

Prawo pacjenta do tajemnicy informacji z nim związanych

Art.13. Zakres prawa do zachowania w informacji w tajemnicy

Pacjent ma prawo do zachowania w tajemnicy przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym udzielające mu świadczeń zdrowotnych, informacji z nim związanych, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu medycznego.

Art.14. Ograniczenie prawa do zachowania informacji w tajemnicy

1. W celu realizacji prawa do tajemnicy o pacjencie, osoby wykonujące zawód medyczny są obowiązane zachować w tajemnicy informacje związane z pacjentem, w szczególności ze stanem zdrowia pacjenta.

2.Przepisu ust.1 nie stosuje się, w przypadku gdy:

1) tak stanowią przepisy odrębnych ustaw;

2) zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób;

3) pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraża zgodę na ujawnienie tajemnicy;

4) zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych innym osobom wykonującym zawód medyczny, uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń.

2b.Wsytuacjach, o których mowa w ust.2, ujawnienie tajemnicy może nastąpić wyłącznie w niezbędnym zakresie. W sytuacji, o której mowa w ust. 2 pkt 3, zakres ujawnienia tajemnicy może określić pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy.

3.Osoby wykonujące zawód medyczny, z wyjątkiem przypadków, o których mowa w ust. 2 pkt 1–3, są związane tajemnicą również po śmierci pacjenta, chyba że zgodę na ujawnienie

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione.

tajemnicy wyrazi osoba bliska. Osoba bliska wyrażająca zgodę na ujawnienie tajemnicy może określić zakres jej ujawnienia, o którym mowa wust.2b.

4.Zwolnienia z tajemnicy, o którym mowa w ust. 3, nie stosujc się, jeśli ujawnieniu tajemnicy sprzeciwi się inna osoba bliska lub sprzeciwił się temu pacjent za życia, z zastrzeżeniem ust.6 i 7. Sprzeciw dołącza się do dokumentacji medycznej pacjenta.

5.Przed wyrażeniem sprzeciwu, o którym mowa w ust. 4, pacjent ma prawo do uzyskania informacji o skutkach złożenia sprzeciwu.

6.Wprzypadku sporu między osobami bliskimi o ujawnienie tajemnicy lub o zakres jej ujawnienia, zgodę na ujawnienie tajemnicy wyraża sąd, o którym mowa wart. 628 ustawy z dnia 17 listopada 1964r. – Kodeks postępowania cywilnego, w postępowaniu nieprocesowym na wniosek osoby bliskiej lub osoby wykonującej zawód medyczny. Osoba wykonująca zawód medyczny może wystąpić z wnioskiem do sądu także w przypadku uzasadnionych wątpliwości, czy osoba występująca o ujawnienie tajemnicy lub sprzeciwiająca się jej ujawnieniu jest osobą bliską. Sąd, wyrażając zgodę na ujawnienie tajemnicy, może określić zakres jej ujawnienia, o którym mowa w ust.2b.

7.W przypadku gdy pacjent za życia sprzeciwił się ujawnieniu tajemnicy, o której mowa w ust. 4, sąd, o którym mowa w art. 628 ustawy z dnia 17 listopada 1964r. – Kodeks postępowania cywilnego, w postępowaniu nieprocesowym na wniosek osoby bliskiej, może wyrazić zgodę na ujawnienie tajemnicy i określić zakres jej ujawnienia, jeżeli jest to niezbędne:

1) w celu dochodzenia odszkodowania lub zadośćuczynienia, z tytułu śmierci pacjenta;

2) dla ochrony życia lub zdrowia osoby bliskiej.

8.W przypadku wystąpienia do sądu z wnioskiem, o którym mowa w ust. 6 albo 7, sąd bada:

1) interes uczestników postępowania;

2) rzeczywistą więź osoby bliskiej ze zmarłym pacjentem;

3) wolę zmarłego pacjenta;

4) okoliczności wyrażenia sprzeciwu.

Rozdział 5

Prawo pacjenta do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych

Art.15.

Przepisy niniejszego rozdziału stosuje się do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych albo odmowy takiej zgody, jeżeli przepisy odrębnych ustaw nie stanowią inaczej.

Art.16.

Pacjent ma prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody, po uzyskaniu informacji w zakresie określonym w art.9.

Art.17. Przedmiot zgody; forma zgody lub sprzeciwu; uprawnienia osób małoletnich, ubezwłasnowolnionych , upośledzonych

1. Pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, ma prawo do wyrażenia zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych.

2.Przedstawiciel ustawowy pacjenta małoletniego, całkowicie ubezwłasnowolnionego lub niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody, ma prawo do wyrażenia zgody, o której mowa w ust.1. W przypadku braku przedstawiciela ustawowego prawo to, w odniesieniu do badania, może wykonać opiekun faktyczny.

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione.

3.Pacjent małoletni, który ukończył 16 lat, osoba ubezwłasnowolniona albo pacjent chory psychicznie lub upośledzony umysłowo, lecz dysponujący dostatecznym rozeznaniem, ma prawo do wyrażenia sprzeciwu, co do udzielenia świadczenia zdrowotnego, pomimo zgody przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego. W takim przypadku wymagane jest zezwolenie sądu opiekuńczego

4.Zgoda oraz sprzeciw, o których mowa w ust. 1–3, mogą być wyrażone ustnie albo przez takie zachowanie się osób wymienionych w tych przepisach, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się czynnościom proponowanym przez osobę wykonującą zawód medyczny albo brak takiej woli.

Art.18. Wyrażenie zgody na zbieg operacyjny, metody leczenia lub diagnostykę stwarzające podwyższone ryzyko

1.W przypadku zabiegu operacyjnego albo zastosowania metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta, zgodę, o której mowa w art.17 ust.1, wyraża się w formie pisemnej. Do wyrażania zgody oraz sprzeciwu stosuje się art.17 ust.2 i 3.

1a.Wprzypadku wyrażenia zgody na zabieg operacyjny albo zastosowanie metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta za pośrednictwem Internetowego Konta Pacjenta, o którym mowa w art. 7a ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia lub przy użyciu podpisu osobistego, wymagana jest forma dokumentowa.

2.Przed wyrażeniem zgody w sposób określony w ust. 1 i 1a pacjent ma prawo do uzyskania informacji, o której mowa w art. 9 ust.2.

3.Przepisy art.17 ust. 2–4 stosuje się odpowiednio.

Art.19. Udzielania świadczeń zdrowotnych pomimo sprzeciwu

Zasady przeprowadzenia badania lub udzielenia innych świadczeń zdrowotnych przez lekarza, ratownika medycznego, pielęgniarkę systemu oraz diagnostę laboratoryjnego mimo braku zgody albo wobec zgłoszenia sprzeciwu, o których mowa w art. 17 i art. 18, określają odpowiednio przepisy art. 33 i art. 34 ust.6 ustawy z dnia 5 grudnia 1996r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz art. 57 ustawy z dnia 1 grudnia 2022 r. o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych art. 12a ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej art. 23 i art. 24 ustawy z dnia 15 września 2022 r. o medycynie laboratoryjnej.

Wyciąg z ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

Art. 33 Badania i świadczenia zdrowotne bez zgody pacjenta

1. Badanie lub udzielenie pacjentowi innego świadczenia zdrowotnego bez jego zgody jest dopuszczalne, jeżeli wymaga on niezwłocznej pomocy lekarskiej, a ze względu na stan zdrowia lub wiek nie może wyrazić zgody i nie ma możliwości porozumienia się z jego przedstawicielem ustawowym lub opiekunem faktycznym.

2. Decyzję o podjęciu czynności medycznych w okolicznościach, o których mowa w ust. 1, lekarz powinien w miarę możliwości skonsultować z innym lekarzem.

3. Okoliczności, o których mowa w ust. 1 i 2, lekarz odnotowuje w dokumentacji medycznej pacjenta.

Art. 34 Leczenie stwarzające podwyższone ryzyko dla pacjenta

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione.

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

3. Lekarz może wykonać zabieg lub zastosować metodę, o której umowa w ust. 1, wobec pacjenta małoletniego, ubezwłasnowolnionego bądź niezdolnego do świadomego wyrażenia pisemnej zgody, po uzyskaniu zgody jego przedstawiciela ustawowego, a gdy pacjent nie ma przedstawiciela lub gdy porozumienie się z nim jest niemożliwe – po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.

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

7. Lekarz może wykonać czynności, o których mowa w ust. 1, bez zgody właściwego sądu, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia siała lub ciężkiego rozstroju zdrowie. W takim przypadku lekarz ma obowiązek, o ile jest to możliwe, zasięgnąć opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności. O wykonywanych czynnościach lekarz niezwłocznie zawiadamia przedstawicicla ustawowego, opiekuna faktycznego lub sąd opiekuńczy.

8. O okolicznościach, o których mowa w ust. 3-7, lekarz informuje pacjenta oraz jego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego albo sad opiekuńczy, a także dokonuje odpowiedniej adnotacji wraz z uzasadnieniem w dokumentacji medycznej.

Art. 35 Nagłe okoliczności podczas zabiegu

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

2. O okolicznościach, o których mowa w ust. 1, lekarz dokonuje odpowiedniej adnotacji w dokumentacji medycznej oraz informuje pacjenta, przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego albo sąd opiekuńczy.

Rozdział 6

Prawo do poszanowania intymności i godności pacjenta

Art.20. Zakres prawa do poszanowania godności i intymności

1. Pacjent ma prawo do poszanowania intymności i godności, w szczególności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych.

2.Prawo do poszanowania godności obejmuje także prawo do umierania w spokoju i godności.

Art.20a. Prawo do leczenia bólu

1.Pacjent ma prawo do leczenia bólu.

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione.

2.Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych jest obowiązany podejmować działania polegające na określeniu stopnia natężenia bólu, leczeniu bólu oraz monitorowaniu skuteczności tego leczenia.

Art.21. Obecność osoby bliskiej przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych

1. Na życzenie pacjenta przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych może być obecna osoba bliska.

2.Osoba wykonująca zawód medyczny udzielająca świadczeń zdrowotnych pacjentowi może odmówić obecności osoby bliskiej przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w przypadku istnienia prawdopodobieństwa wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjenta. Odmowę odnotowuje się w dokumentacji medycznej.

Art.22. Obowiązki osób wykonujących zawód medyczny

1. W celu realizacji prawa, o którym mowa w art.20 ust.1, osoba wykonująca zawód medyczny ma obowiązek postępować w sposób zapewniający poszanowanie intymności i godności pacjenta.

2.Osoby wykonujące zawód medyczny, inne niż udzielające świadczeń zdrowotnych, uczestniczą przy udzielaniu tych świadczeń tylko wtedy, gdy jest to niezbędne ze względu na rodzaj świadczenia lub wykonywanie czynności kontrolnych na podstawie przepisów o działalności leczniczej. Uczestnictwo, a także obecność innych osób wymaga zgody pacjenta, a w przypadku pacjenta małoletniego, całkowicie ubezwłasnowolnionego lub niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody, jego przedstawiciela ustawowego, i osoby wykonującej zawód medyczny, udzielającej świadczenia zdrowotnego.

3.Do osób, o których mowa w ust.2 zdanie drugie, stosuje się odpowiednio art.13 i 14.

Rozdział 7

Prawo pacjenta do dokumentacji medycznej

Art.23. Prawo do dostępu do dokumentacji medycznej

1. Pacjent ma prawo do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych.

2.Dane zawarte w dokumentacji medycznej podlegają ochronie określonej w niniejszej ustawie oraz w przepisach odrębnych.

Art.24. Sposób prowadzenia dokumentacji medycznej, przetwarzanie danych

1.Wcelu realizacji prawa, o którym mowa w art.23 ust.1, podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych jest obowiązany prowadzić, przechowywać i udostępniać dokumentację medyczną w sposób określony w niniejszym rozdziale oraz w ustawie z dnia 28 kwietnia 2011r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, a także zapewnić ochronę danych zawartych w tej dokumentacji.

2.Do przetwarzania danych zawartych w dokumentacji medycznej, o której mowa w art. 25 ust. 1, w celu ochrony zdrowia, udzielania oraz zarządzania udzielaniem świadczeń zdrowotnych, utrzymania systemu teleinformatycznego, w którym przetwarzana jest dokumentacja medyczna, i zapewnienia bezpieczeństwa tego systemu, są uprawnione:

1) osoby wykonujące zawód medyczny;

2) inne osoby wykonujące czynności pomocnicze przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, a także czynności związane z utrzymaniem systemu teleinformatycznego, w którym

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione.

przetwarzana jest dokumentacja medyczna, i zapewnieniem bezpieczeństwa tego systemu, na podstawie upoważnienia administratora danych.

3.Osoby, o których mowa w ust. 2 pkt 2, są obowiązane do zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem uzyskanych w związku z wykonywaniem zadań. Osoby te są związane tajemnicą także po śmierci pacjenta.

5.Jeżeli podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych zawarł umowę o powierzeniu przetwarzania danych osobowych, o której mowa w art. 28 ust. 3 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), zwanego dalej „rozporządzeniem 2016/679", realizacja tej umowy nie może powodować zakłócenia udzielania świadczeń zdrowotnych, w szczególności w zakresie zapewnienia, bez zbędnej zwłoki, dostępu do danych zawartych w dokumentacji medycznej.

6.Podmiot, któremu powierzono przetwarzanie danych osobowych w związku z realizacją umowy o powierzeniu przetwarzania danych osobowych, o której mowa w art. 28 ust. 3 rozporządzenia 2016/679, jest obowiązany do zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem uzyskanych w związku z realizacją umowy, Podmiot ten jest związany tajemnicą także po śmierci pacjenta.

7.Wprzypadku zaprzestania przetwarzania danych osobowych zawartych w dokumentacji medycznej przez podmiot, któremu powierzono takie przetwarzanie, w szczególności związku z jego likwidacją, jest on zobowiązany do przekazania danych osobowych zawartych w dokumentacji medycznej podmiotowi, o którym mowa w ust.1, który powierzył przetwarzanie danych osobowych.

Art.25. Treść dokumentacji medycznej

1. Dokumentacja medyczna zawiera, co najmniej:

1) oznaczenie pacjenta, pozwalające na ustalenie jego tożsamości:

a) nazwisko i imię (imiona),

b) datę urodzenia,

c) oznaczenie płci,

d) adres miejsca zamieszkania,

e) numer PESEL, jeżeli został nadany, w przypadku noworodka – numer PESEL matki, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość,

f) w przypadku gdy pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody – nazwisko i imię (imiona) przedstawiciela ustawowego oraz adres jego miejsca zamieszkania;

2) oznaczenie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych ze wskazaniem komórki organizacyjnej, w której udzielono świadczeń zdrowotnych;

3) opis stanu zdrowia pacjenta lub udzielonych mu świadczeń zdrowotnych;

4) datę sporządzenia.

2.W dokumentacji medycznej zamieszcza się informację o wydaniu opinii albo orzeczenia, o których mowa w art. 31ust. 1.

2a.Dokumentacja medyczna może zawierać informację o kwocie środków publicznych należnych podmiotowi udzielającemu świadczeń opieki zdrowotnej za udzielenie tych świadczeń pacjentowi, którego dokumentacja dotyczy.

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione.

3.Przepisów o dokumentacji medycznej nie stosuje się do danych dotyczących treści zgłoszeń alarmowych, w tym nagrań rozmów telefonicznych, o których mowa w art. 24b ust. 1 i 2 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.

Art.26. Udostępnianie dokumentacji medycznej

1. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta.

2.Po śmierci pacjenta dokumentacja medyczna jest udostępniana osobie upoważnionej przez pacjenta za życia lub osobie, która w chwili zgonu pacjenta była jego przedstawicielem ustawowym. Dokumentacja medyczna jest udostępniana także osobie bliskiej chyba, że udostępnieniu sprzeciwi się inna osoba bliska lub sprzeciwił się temu pacjent za życia, z zastrzeżeniem ust.2a i2b.

2a.W przypadku sporu między osobami bliskimi o udostępnienie dokumentacji medycznej, zgodę na udostępnienie wyraża sąd, o którym mowa w art.628 ustawy z dnia 17 listopada 1964r. – Kodeks postępowania cywilnego, w postępowaniu nieprocesowym na wniosek osoby bliskiej lub osoby wykonującej zawód medyczny. Osoba wykonująca zawód medyczny może wystąpić z wnioskiem do sądu także w przypadku uzasadnionych wątpliwości, czy osoba występująca o udostępnienie dokumentacji lub sprzeciwiająca się jej udostępnieniu jest osobą bliską.

2b.W przypadku, gdy pacjent za życia sprzeciwił się udostępnieniu dokumentacji medycznej, o którym mowa w ust.2, sąd, o którym mowa wart.628 ustawy z dnia 17 listopada 1964r. – Kodeks postępowania cywilnego, w postępowaniu nieprocesowym na wniosek osoby bliskiej, może wyrazić zgodę na udostępnienie dokumentacji medycznej i określić zakres jej udostępnienia, jeżeli jest to niezbędne:

1) w celu dochodzenia odszkodowania lub zadośćuczynienia, z tytułu śmierci pacjenta;

2) dla ochrony życia lub zdrowia osoby bliskiej.

2c.W przypadku wystąpienia do sądu z wnioskiem, o którym mowa w ust.2a albo 2b, sąd bada:

1) interes uczestników postępowania;

2) rzeczywistą więź osoby bliskiej ze zmarłym pacjentem;

3) wolę zmarłego pacjenta;

4) okoliczności wyrażenia sprzeciwu.

3.Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną również:

1) podmiotom udzielającym świadczeń zdrowotnych, jeżeli dokumentacja ta jest niezbędna do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych;

2) organom władzy publicznej, w tym Rzecznikowi Praw Pacjenta, Narodowemu Funduszowi Zdrowia, organom samorządu zawodów medycznych oraz konsultantom w ochronie zdrowia, a także Rzecznikowi Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, w zakresie niezbędnym do wykonywania przez te podmioty ich zadań, w szczególności nadzoru i kontroli;

2a) podmiotom, o których mowa w art.119 ust.1 i 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej, w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia kontroli na zlecenie ministra właściwego do spraw zdrowia;

2b) upoważnionym przez podmiot, o którym mowa w art. 121 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, osobom wykonującym zawód medyczny, w zakresie niezbędnym do sprawowania nadzoru nad podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą;

2c)Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, w zakresie niezbędnym do wykonywania przez nią zadań określonych w art.31n ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione.

2d)Agencji Badań Medycznych w zakresie określonym ustawą z dnia 21 lutego 2019 r. o Agencji Badań Medycznych

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

4) uprawnionym na mocy odrębnych ustaw organom i instytucjom, jeżeli badanie zostało przeprowadzone na ich wniosek;

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

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

7) zakładom ubezpieczeń, za zgodą pacjenta;

7a) komisjom lekarskim podległym ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych, wojskowym komisjom lekarskim oraz komisjom lekarskim Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego lub Agencji Wywiadu, podległym Szefom właściwych Agencji;

8) osobom wykonującym zawód medyczny, w związku z prowadzeniem przeglądu akredytacyjnego podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta albo procedury uzyskiwania innych certyfikatów jakości, w zakresie niezbędnym do ich przeprowadzenia;

9) (uchylony)

10) (uchylony)

11) osobom wykonującym czynności kontrolne na podstawie art.39 ust.1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, w zakresie niezbędnym do ich przeprowadzenia;

12) członkom zespołów kontroli zakażeń szpitalnych, o których mowa w art. 14 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi w zakresie niezbędnym do wykonywania ich zadań.

3a.Dokumentacja medyczna podmiotów leczniczych, o których mowa w art. 89 ust. 1 i 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, instytutów badawczych, o których mowa w art. 3 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych i innych podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych uczestniczących w przygotowaniu osób do wykonywania zawodu medycznego i kształceniu osób wykonujących zawód medyczny jest udostępniana tym osobom wyłącznie w zakresie niezbędnym do realizacji celów dydaktycznych.

3b.Osoby, o których mowa w ust. 3a, są obowiązane do zachowania w tajemnicy informacji zawartych w dokumentacji medycznej, także po śmierci pacjenta.

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

5.Elektroniczna dokumentacja medyczna, o której mowa w art.2 pkt 6 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, jest udostępniana na zasadach określonych w przepisach tej ustawy, ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy z dnia 6 września 2001r. – Prawo farmaceutyczne.

Art.27. Sposób udostępniania dokumentacji medycznej

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione.

1. Dokumentacja medyczna jest udostępniana:

1) do wglądu, w tym także do baz danych w zakresie ochrony zdrowia, w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych, z wyłączeniem medycznych czynności ratunkowych, albo w siedzibie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem pacjentowi lub innym uprawnionym organom lub podmiotom możliwości sporządzenia notatek lub zdjęć;

2) przez sporządzenie jej wyciągu, odpisu, kopii lub wydruku;

3) przez wydanie oryginału za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, na żądanie organów władzy publicznej albo sądów powszechnych, a także w przypadku, gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta;

4) za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej;

5) na informatycznym nośniku danych.

2.Zdjęcia rentgenowskie wykonane na kliszy, przechowywane przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, są udostępniane za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu.

3.Dokumentacja medyczna prowadzona w postaci papierowej może być udostępniona przez sporządzenie kopii w formie odwzorowania cyfrowego (skanu) i przekazanie w sposób określony w ust. 1 pkt 4 i 5, na żądanie pacjenta lub innych uprawnionych organów lub podmiotów, jeżeli przewiduje to regulamin organizacyjny podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych.

4.Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych prowadzi wykaz zawierający następujące informacje dotyczące udostępnianej dokumentacji medycznej:

1) imię (imiona) i nazwisko pacjenta, którego dotyczy dokumentacja medyczna;

2) sposób udostępnienia dokumentacji medycznej;

3) zakres udostępnionej dokumentacji medycznej;

4) imię (imiona) i nazwisko osoby innej niż pacjent, której została udostępniona dokumentacja medyczna, a w przypadkach, o których mowa w art. 26 ust. 3 i 4, także nazwę uprawnionego organu lub podmiotu;

5) imię (imiona) i nazwisko oraz podpis osoby, która udostępniła dokumentację medyczną;

6) datę udostępnienia dokumentacji medycznej.

Art.28.

1. Za udostępnienie dokumentacji medycznej w sposób określony w art. 27 ust. 1 pkt 2 i 5 oraz w ust. 3 podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych może pobierać opłatę.

2.Przepis ust.1 nie narusza uprawnień organów rentowych określonych w art.77 ust.5 ustawy z dnia 13 października 1998r. o systemie ubezpieczeń społecznych i art.121 ust.2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych

2a.Opłaty, o której mowa w ust.1, nie pobiera się w przypadku udostępniania dokumentacji medycznej:

1) pacjentowi albo jego przedstawicielowi ustawowemu po raz pierwszy w żądanym zakresie i w sposób, o którym mowa w art. 27 ust. 1 pkt 2 i 5 oraz ust. 3;

3.Opłatę za udostępnienie dokumentacji medycznej w przypadkach, o których mowa w ust. 1, ustala podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych.

4.Maksymalna wysokość opłaty za:

1) jedną stronę wyciągu albo odpisu dokumentacji medycznej –nie może przekraczać 0,002,

2) jedną stronę kopii albo wydruku dokumentacji medycznej –nie może przekraczać 0,00007,

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione.

3) udostępnienie dokumentacji medycznej na informatycznym nośniku danych – nie może przekraczać 0,0004

–przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale, ogłaszanego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski" na podstawie art. 20 pkt 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, począwszy od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym nastąpiło ogłoszenie.

5.Wysokość opłaty, o której mowa w ust. 4, uwzględnia podatek od towarów i usług, jeżeli na podstawie odrębnych przepisów usługa jest opodatkowana tym podatkiem.

Art.29. Przechowywanie dokumentacji medycznej

1. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych przechowuje dokumentację medyczną przez okres 20 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu, z wyjątkiem:

1) dokumentacji medycznej w przypadku zgonu pacjenta na skutek uszkodzenia ciała lub zatrucia, która jest przechowywana przez okres 30 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym nastąpił zgon;

1a) dokumentacji medycznej zawierającej dane niezbędne do monitorowania losów krwi i jej składników, która jest przechowywana przez okres 30 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu;

2) zdjęć rentgenowskich przechowywanych poza dokumentacją medyczną pacjenta, które są przechowywane przez okres 10 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym wykonano zdjęcie;

3) skierowań na badania lub zleceń lekarza, które są przechowywane przez okres:

a) 5 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym udzielono świadczenia zdrowotnego będącego przedmiotem skierowania lub zlecenia lekarza,

b) 2 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym wystawiono skierowanie – w przypadku, gdy świadczenie zdrowotne nie zostało udzielone z powodu nie zgłoszenia się pacjenta w ustalonym terminie, chyba że pacjent odebrał skierowanie;

4)dokumentacji medycznej dotyczącej dzieci do ukończenia 2 roku życia, która jest przechowywana przez okres 22 lat.

2.Po upływie okresów wymienionych w ust.1 podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych niszczy dokumentację medyczną w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta, którego dotyczyła. Dokumentacja medyczna przeznaczona do zniszczenia może być wydana pacjentowi, jego przedstawicielowi ustawowemu lub osobie upoważnionej przez pacjenta.

3.Po upływie okresów, o których mowa w ust.1, do postępowania z dokumentacją medyczną będącą materiałem archiwalnym w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 14 lipca 1983r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach, stosuje się przepisy wydane na podstawie art.5 ust.2 i 2b tej ustawy.

Rozdział 8

Prawo pacjenta do zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza

Art.31. Wniesienie sprzeciwu do Komisji Lekarskiej

1. Pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy mogą wnieść sprzeciw wobec opinii albo orzeczenia określonych w art.2 ust.1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996r. o zawodach lekarza i

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione.

lekarza dentysty, jeżeli opinia albo orzeczenie ma wpływ na prawa lub obowiązki pacjenta wynikające z przepisów prawa.

2.Sprzeciw wnosi się do Komisji Lekarskiej działającej przy Rzeczniku Praw Pacjenta, za pośrednictwem Rzecznika Praw Pacjenta, w terminie 30 dni od dnia wydania opinii albo orzeczenia przez lekarza orzekającego ostanie zdrowia pacjenta.

3.Sprzeciw wymaga uzasadnienia, w tym wskazania przepisu prawa, z którego wynikają prawa lub obowiązki, o których mowa w ust.1.

4.Wprzypadku niespełnienia wymagań określonych w ust.3 sprzeciw jest zwracany osobie, która go wniosła.

5.Komisja Lekarska na podstawie dokumentacji medycznej oraz, w miarę potrzeby, po przeprowadzeniu badania pacjenta, wydaje orzeczenie niezwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od dnia wniesienia sprzeciwu.

6.Komisja Lekarska wydaje orzeczenie bezwzględną większością głosów w obecności pełnego składu tej komisji.

7.Od rozstrzygnięcia Komisji Lekarskiej nie przysługuje odwołanie.

8.Do postępowania przed Komisją Lekarską nie stosuje się przepisów Kodeksu postępowania administracyjnego.

9.Przepisów ust.1–8 nie stosuje się w przypadku postępowania odwoławczego w odniesieniu do opinii i orzeczeń, uregulowanego w odrębnych przepisach.

Art.32. Komisja Lekarska

1.W skład Komisji Lekarskiej wchodzi trzech lekarzy powołanych przez Rzecznika Praw Pacjenta z listy, o której mowa w ust.2, w tym dwóch tej samej specjalności, co lekarz, który wydał opinię albo orzeczenie, o których mowa w art.31 ust.1.

2.Konsultanci krajowi, w porozumieniu z właściwymi konsultantami wojewódzkimi, opracowują raz w roku w terminie do dnia 30 marca, listę lekarzy w danej dziedzinie medycyny, którzy mogą być członkami Komisji Lekarskiej. Lista zawiera imiona i nazwiska lekarzy, ich numery telefonów i adresy korespondencyjne oraz adresy poczty elektronicznej, jeżeli je posiadają.

2a.Wpisanie lekarza na listę, o której mowa w ust. 2, wymaga uzyskania jego uprzedniej pisemnej zgody.

2b.Lekarz może odmówić udziału w Komisji Lekarskiej z ważnych powodów. Uporczywe uchylanie się od udziału w Komisji Lekarskiej powoduje skreślenie z listy, o której mowa w ust. 2.

3.Z tytułu uczestnictwa w Komisji Lekarskiej lekarzowi przysługuje wynagrodzenie, które ustala Rzecznik Praw Pacjenta.

3a.Członkom Komisji Lekarskiej przysługuje zwolnienie od pracy w dniu jej posiedzenia, bez zachowania prawa do wynagrodzenia.

4.Koszty działania Komisji Lekarskiej są finansowane z budżetu państwa, z części będącej w dyspozycji Rzecznika Praw Pacjenta.

5.Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, określi, w drodze rozporządzenia, sposób działania Komisji Lekarskiej uwzględniając efektywność realizacji praw pacjenta.

Rozdział 9

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione.

Prawo pacjenta do poszanowania życia prywatnego rodzinnego

Art.33. Prawo pacjenta do kontaktu z innymi osobami

1. Pacjent podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej ma prawo do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z innymi osobami.

2.Pacjent ma prawo do odmowy kontaktu z osobami wymienionymi w ust.1.

Art.34. Prawo do dodatkowej opieki; opieka rodzicielska w szpitalu

1. Pacjent ma prawo do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej.

2.Przez dodatkową opiekę pielęgnacyjną, o której mowa w ust.1, rozumie się opiekę, która nie polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w tym także opiekę sprawowaną nad pacjentem małoletnim albo posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności oraz nad pacjentką w warunkach ciąży, porodu i połogu.

3. Przez dodatkową opiekę pielęgnacyjną sprawowaną nad pacjentem małoletnim lub posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności, w podmiocie leczniczym, o którym mowa w art. 33 ust. 1, rozumie się również prawo do pobytu wraz z nim przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego.

Art.35. Ponoszenie kosztów realizacji prawa do kontaktu z innymi osobami o prawa do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej

1. Pacjent ponosi koszty realizacji praw, o których mowa w art.33 ust.1 i art.34 ust.1, jeżeli realizacja tych praw skutkuje kosztami poniesionymi przez podmiot leczniczy wykonujący działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej.

2.Wysokość opłaty rekompensującej koszty, o których mowa w ust.1, ustala kierownik podmiotu, uwzględniając rzeczywiste koszty realizacji praw, o których mowa w art.33 ust.1 i art.34 ust.1.

3.Informacja o wysokości opłaty, o której mowa w ust.2, oraz sposobie jej ustalenia, a także o uprawnieniach wynikających z ust. 4, jest jawna i udostępniana w lokalu zakładu leczniczego podmiotu, o którym mowa w ust.1.

4. Przepisu ust. 1 nie stosuje się w przypadku dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, o której mowa w art. 34 ust. 3.

Rozdział 10

Prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej

Art.36. Zakres podmiotowy prawa do opieki duszpasterskiej

Pacjent przebywający w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej ma prawo do opieki duszpasterskiej.

Art.37. Umożliwienie kontaktu z duchownym w razie pogorszenia się stanu zdrowia

W sytuacji pogorszenia się stanu zdrowia lub zagrożenia życia podmiot, o którym mowa w art. 33 ust.1, jest obowiązany umożliwić pacjentowi kontakt z duchownym jego wyznania.

Art.38. Koszty realizacji prawa do opieki duszpasterskiej

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione.

Podmiot leczniczy ponosi koszty realizacji praw pacjenta, o których mowa w art.36 i 37, chyba że przepisy odrębne stanowią inaczej.

Rozdział 11

Prawo pacjenta do przechowywania rzeczy wartościowych depozycie

Art.39. Zakres podmiotowy i koszty realizacji prawa do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie

Pacjent przebywający w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej ma prawo do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie. Koszty realizacji tego prawa ponosi ten podmiot chyba, że przepisy odrębne stanowią inaczej.

Rzecznik Praw Pacjenta

Rzecznik Praw Pacjenta jest centralnym organem administracji rządowej, właściwym (kompetentnym) w sprawach ochrony praw pacjentów. Zadania Rzecznika określa Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Rzecznik wykonuje swoje zadania przy pomocy Biura Rzecznika Praw Pacjenta.

1. Do zakresu działania Rzecznika należy:

1) prowadzenie postępowań w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów;

2) prowadzenie postępowań w trybie art.50–53 (postępowania wyjaśniające w sprawie naruszenia praw pacjenta)

3) w sprawach cywilnych wykonywanie zadań określonych w art.55 (żądanie wszczęcia postępowania i branie udziału w toczącym się postępowaniu – na prawach przysługujących prokuratorowi)

4) ochrona praw pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez szpital psychiatryczny, o którym mowa w art. 3 pkt 2 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego

5) opracowywanie i przedkładanie Radzie Ministrów projektów aktów prawnych dotyczących ochrony praw pacjenta;

6) występowanie do właściwych organów z wnioskami o podjęcie inicjatywy ustawodawczej bądź o wydanie lub zmianę aktów prawnych w zakresie ochrony praw pacjenta;

7) opracowywanie i wydawanie publikacji oraz programów edukacyjnych popularyzujących wiedzę o ochronie praw pacjenta;

8) współpraca z organami władzy publicznej w celu zapewnienia pacjentom przestrzegania ich praw, w szczególności z ministrem właściwym do spraw zdrowia;

9) przedstawianie właściwym organom władzy publicznej, organizacjom i instytucjom oraz samorządom zawodów medycznych ocen i wniosków zmierzających do zapewnienia skutecznej ochrony praw pacjenta;

10) współpraca z organizacjami pozarządowymi, społecznymi i zawodowymi, do których celów statutowych należy ochrona praw pacjenta;

11) współpraca w zakresie przestrzegania praw pacjenta z podmiotami udzielającymi świadczeń zdrowotnych;

12) analiza skarg pacjentów w celu określenia zagrożeń i obszarów w systemie ochrony zdrowia wymagających naprawy;

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione.

13) wykonywanie zadań określonych w przepisach art. 17b ust. 2, 7 i 8, art. 17c ust. 5, art. 17d–17g i art. 17i ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (prowadzenie postępowań w sprawie przyznania świadczenia z Funduszu Kompensacyjnego Szczepień Ochronnych);

14) wykonywanie innych zadań określonych w przepisach prawa lub zleconych przez Prezesa Rady Ministrów.

Rzecznik może zwrócić się do Rzecznika Praw Obywatelskich lub Rzecznika Praw Dziecka o podjęcie działań z zakresu ich kompetencji.

Obowiązki Pacjenta

Pacjent leczony w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. Św. Rafała w Czerwonej Górze ma obowiązek:

1. Stosować się do wskazówek i zaleceń lekarzy, pielęgniarek i innego personelu medycznego zarówno w zakresie procesu diagnostyczno-terapeutycznego i rehabilitacyjnego, jak i w sprawach organizacyjno-administracyjnych.
2. Stosować się do zaleconej diety.
3. Odnosić się życzliwie i kulturalnie do innych pacjentów i personelu Szpitala.
4. Przebywać w wyznaczonych salach w porach wizyt lekarskich, zabiegów leczniczo-pielęgnacyjnych i w czasie wydawania posiłków.
5. Przestrzegać ciszy nocnej w godzinach od 22.00 do 6.00.
6. W porze ciszy nocnej przebywać na oddziale.
7. Każdorazowego zgłoszenia pielęgniarce zamiaru opuszczenia oddziału (np. w celu dokonania zakupów w sklepiku szpitalnym).
8. Przestrzegać zakazu manipulowania przy aparaturze i urządzeniach medycznych, elektrycznych, gazowych, wentylacyjnych i grzewczych.
9. Szanować mienie Szpitala (w przypadku jego zniszczenia pacjent jest obowiązany pokryć straty poniesione przez Szpital).
10. Utrzymywać ład i porządek w miejscu pobytu.
11. Przestrzegać zasad higieny osobistej.
12. Przestrzegać obowiązujących na terenie szpitala zakazów:
    - 12.1. obrotu, posiadania i używania narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych i innych podobnie działających,
    - 12.2. wnoszenia i spożywania napojów alkoholowych,
    - 12.3. palenia wyrobów tytoniowych.
13. W przypadku stwierdzenia łamania zakazów wymienionych w pkt 12, personel medyczny ma obowiązek złożyć zawiadomienie na policję (komisariat policji w Chęcinach nr tel. 41 31 51 007), który to organ jest uprawniony do ukarania sprawcy wykroczenia, w tym przypadku pacjenta łamiącego prawo.
14. Pacjent może wychodzić z budynku Szpitala tylko po uzyskaniu zgody Kierownika, lekarza dyżurnego lub pielęgniarki oddziałowej/dyżurnej danego oddziału.
15. W przypadku samowolnego opuszczenia szpitala przez pacjenta, personel medyczny ma obowiązek wdrożyć postępowanie zgodnie z obowiązującą w tym zakresie procedurą.

Pełnomocnik ds. Praw Pacjenta

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Św. Rafała w Czerwonej Górze zatrudnia Pełnomocnika ds. Praw Pacjenta.

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione.

Do zadań Pełnomocnika ds. Praw Pacjenta należy wspieranie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych w realizacji obowiązku, o którym mowa w art. 2, przez podejmowanie działań na rzecz poprawy stopnia przestrzegania praw pacjenta w tym podmiocie, w tym przez:

1) udział w rozpatrywaniu skarg pacjentów;
2) analizę stwierdzonych nieprawidłowości dotyczących realizacji praw pacjenta oraz proponowanie kierownikowi podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych działań naprawczych;
3) prowadzenie szkoleń z zakresu praw pacjenta dla osób zatrudnionych w podmiocie udzielającym świadczeń zdrowotnych
4) współpracę z Radą Społeczną w zakresie przedkładania do analizy przez Radę Społeczną skarg i wniosków wnoszonych przez pacjentów, z wyłączeniem spraw podlegających nadzorowi medycznemu.

DYREKTOR
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego
im. Św. Rafała w Czerwonej Górze
Youssef Sleiman

Dyrektor

.....
data i podpis

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione.

Spis treści

Opłata za przechowywanie zwłok 2
Opłata za udostępnianie dokumentacji medycznej 2
I - Cennik badań laboratoryjnych 3
Pracownia Hematologii 3
Pracownia Analityki Ogólnej 3
Pracownia Biochemiczno- Immunochemiczna 4
Testy wykonywane w moczu na obecność narkotyków 5
Pracownia Immunologii Transfuzjologicznej 5
Pracownia Mikrobiologii 5
Laboratorium Prątka Gruźlicy 5
II - Cennik świadczeń alergologicznych 6
Badania Alergologiczne 6
Usługi alergologiczne 7
III - Cennik świadczeń ambulatoryjnych 7
IV – Cennik świadczeń ortopedycznych 7
V - Cennik świadczeń diagnostycznych i zabiegowych 8
Pracownia Badań Układu Krążenia 8
Pracownia Badań Czynnościowych Układu Oddechowego 8
Badania Urologiczne 8
Pracownia Endoskopii 9
VII – Cennik świadczeń Działu Diagnostyki Obrazowej 9
Pracownia Tomografii Komputerowej 9
Pracownia USG 10
Pracownia RTG WSS Czerwona Góra 10
Pracownia RTG Wojewódzka Przychodnia Specjalistyczna w Kielcach ul. Jagiellońska 72 10
Pracownia Rezonansu Magnetycznego 12
VIII – Cennik usług sterylizacji 13
Pakiety poddane procesowi mycia, dezynfekcji i sterylizacji parowej 13
Pakiety poddane procesowi sterylizacji parowej bez procesu mycia i dezynfekcji 13
Pakiety poddane procesowi mycia, dezynfekcji i sterylizacji formaldehydowej 13
Pakiety poddane procesowi sterylizacji formaldehydowej bez procesu mycia i dezynfekcji 13
IX - Konsultacje 13
KONSULTACJE 13

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione.

Opłata za przechowywanie zwłok

§ 1

1. Za przechowywanie zwłok osoby zmarłej przez okres dłuższy niż 72 godziny, jeżeli przepisy odrębne nie stanowią inaczej, pobiera się opłatę w wysokości 60,00 zł brutto za dobę (sześćdziesiąt złotych).
2. Opłata, o której mowa w ust. 1 jest pobierana od osób lub instytucji uprawnionych do pochowania zwłok oraz od podmiotów, na zlecenie, których przechowuje się zwłoki w związku z toczącym się postępowaniem karnym.
3. Zwłoki osób zmarłych niepochowane przez osoby lub instytucje uprawnione, albo nie przekazane publicznej uczelni medycznej albo publicznej uczelni prowadzącej działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych są chowane przez gminę właściwą ze względu na miejsce zgonu.
4. W przypadku, o którym mowa w ust. 3, koszty przechowywania zwłok, za okres przypadający po upływie 3 dni od dnia powiadomienia gminy o konieczności pochowania zwłok pacjenta, ponosi gmina.
5. Kompletne przygotowanie zwłok do pochowania tzn. ich umycie, ogolenie, ubranie w dostarczoną przez osoby uprawnione odzież oraz włożenie do trumny może być wykonywane na życzenie osoby lub instytucji uprawnionej do pochowania zwłok za odpłatnością 200,00 zł brutto (dwieście złotych). Odpłatność za czynności jest dokonywana w Kasie Szpitala.

Opłata za udostępnianie dokumentacji medycznej

§ 2

1. Dokumentacja medyczna pacjenta udostępniana jest na wniosek pacjenta, jego przedstawiciela ustawowego lub osobie przez niego upoważnionej.
2. W razie śmierci pacjenta dokumentacja udostępniana jest osobie upoważnionej przez pacjenta za życia, bądź organom i instytucjom określonym w ustawie, w postaci wyciągów, odpisów lub kopii, na koszt wnioskodawcy za pokwitowaniem, a także za pokwitowaniem pocztowym.
3. Koszt udostępniania dokumentacji medycznej pacjenta, obejmuje koszt sporządzenia wyciągu, odpisu lub kopii dokumentu, a w przypadku wysłania w/w dokumentów pocztą, również koszt wysyłki.
4. Udostępnianie dokumentacji medycznej pacjenta, jemu samemu bądź osobom przez niego upoważnionym, a także organom i podmiotom uprawnionym, następuje na podstawie decyzji dyrektora zakładu, z wyjątkiem szczególnych sytuacji, gdy dokumentacja ta niezbędna jest do zapewnienia dalszego leczenia, a zwłoka w jej wydaniu mogłaby narazić pacjenta na szkodę na zdrowiu.
5. Decyzję o udostępnieniu żądanej dokumentacji medycznej pacjenta, w przypadkach szczególnych o których mowa w ust.4 może podjąć ordynator oddziału, lekarz prowadzący lub inny lekarz sprawujący opiekę nad pacjentem, z zastrzeżeniem konieczności niezwłocznego poinformowania o tym fakcie Sekcji Dokumentacji, Statystyki i Archiwum.
6. Udostępnianie dokumentacji medycznej pacjenta możliwe jest za pośrednictwem Sekcji Dokumentacji, Statystyki i Archiwum.
7. Sekcja Dokumentacji, Statystyki i Archiwum bezpośrednio po otrzymaniu informacji, zobowiązany jest do wydania bądź przesłania żądanej dokumentacji medycznej pacjenta, jemu samemu bądź osobom przez niego upoważnionym oraz organom i podmiotom uprawnionym.
8. Pacjenci lub osoby przez nich upoważnione oraz członkowie ich rodzin, należność za odbiór żądanej dokumentacji medycznej pacjenta, uiszczają bezpośrednio w kasie Szpitala, natomiast organy i podmioty uprawnione, przelewem na konto Szpitala na podstawie wystawionej faktury.

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione.

§ 3

1. Wysokość opłat za:
   1.1. jedną stronę wyciągu albo odpisu dokumentacji medycznej – nie może przekraczać 0,002
   1.2. jedną stronę kopii albo wydruku dokumentacji medycznej – nie może przekraczać 0,00007
   1.3. udostępnienie dokumentacji medycznej na informatycznym nośniku danych – nie może przekraczać 0,0004
   - przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale, ogłaszanego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski" na podstawie art. 20 *ogłoszenie w "Monitorze Polskim"* pkt 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, począwszy od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym nastąpiło ogłoszenie,
2. Wysokość opłaty, o której mowa w ust 1, uwzględnia podatek od towarów i usług, jeżeli na podstawie odrębnych przepisów usługa jest opodatkowana tym podatkiem.
3. Powyższe kwoty określa Dyrektor w drodze zarządzenia.
4. Zaświadczenie o stanie zdrowia:
   4.1. na podstawie dokumentacji na druku Szpitala: 30,00 zł (słownie: trzydzieści złotych 00/100);
   4.2. na podstawie dokumentacji na druku powierzonym: 50,00 zł (słownie: pięćdziesiąt złotych 00/100);
   4.3. na podstawie dokumentacji i badania fizykalnego, na druku Szpitala: 100,00 zł (słownie: sto złotych 00/100);
   4.4. na podstawie dokumentacji i badania fizykalnego, na druku powierzonym: 150,00 zł (słownie: sto pięćdziesiąt złotych 00/100).
5. Opłaty, o których mowa w ust. 4 pobiera się tylko w przypadkach, kiedy o wydanie zaświadczenia występuje firma prywatna lub pacjent na polecenie firmy prywatnej.

§ 4

I - Cennik badań laboratoryjnych

L.p.	Nazwa świadczenia	Cena
Pracownia Hematologii		
1.	Czas i wskaźnik protrombiny	20,00
2.	Czas koalinowo - kefalinowy APTT	20,00
3.	Morfologia krwi (bez rozdziału leukocytów)	18,00
4.	Morfologia krwi (5 diff)	19,00
5.	OB.	12,00
6.	D-dimery - produkty degradacji fibryny	42,00
7.	Morfologia z retikulocytami metodą automatyczną	23,00
8.	Małopłytkowość rzekoma	18,00
9.	Obecność eozynofilii - wymaz z nosa, gardła	35,00
10.	Rozmaz mikroskopowy	70,00
11.	Przygotowanie oraz barwienie preparatów szpiku	30,00
Pracownia Analityki Ogólnej		
1.	Badanie ogólne - płyny z jam ciała	85,00
2.	Badanie ogólne moczu	20,00
3.	Kał na krew utajoną	20,00
4.	Kał na pasożyty	25,00
5.	Badanie glukozy w moczu	18,00
6.	Białkomocz dobowy	25,00
7.	Płyn mózgowo - rdzeniowy (cytoza, chlorki, glukoza, białka)	140,00
8.	Rota/Adeno/Norowirusy w kale	65,00
9.	Oznaczenie antygenu Giardia Lamblia w kale – test płytkowy	50,00

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione.

10.	Helicobacter pylori w kale – test płytkowy	50,00
11.	Test Combo (grypaA,B, Sars-CoV-2, RSV)	50,00
12.	Test na grypę	50,00
13.	Badanie kału na obecność toksyn Clostridium Difficile	140,00
14.	Wykrycie genu toksyn B Clostridium Difficile metodą PCR	400,00
Pracownia Biochemiczno- Immunochemiczna		
1.	ALAT aminotransferaza alaninowa	17,00
2.	Albuminy	21,00
3.	Amylaza w surowicy lub w moczu	19,00
4.	ASAT aminotransferaza asparaginianowa	17,00
5.	ASO miano antystreptolizy	30,00
6.	Białko całkowite TP	17,00
7.	Białko ostrej fazy CRP	21,00
8.	Bilirubina całkowita	17,00
9.	Cholesterol	18,00
10.	Elektrolity (sód, potas, chlorki- surowica lub mocz)	36,00
11.	Sód (Na)	12,00
12.	Potas (K)	12,00
13.	Chlorki (Cl)	12,00
14.	Fosfataza alkaliczna ALP	17,00
15.	Fosfor w surowicy	18,00
16.	Fosfor w moczu (zbiórka dobowa)	21,00
17.	GGTP gammaglutamylotranspeptydaza	18,00
18.	Glukoza	18,00
19.	Glukoza krzywa obciążenia (2 punktowa)	36,00
20.	Cholesterol bezpośredni HDL	20,00
21.	Kinaza keratynowa CK	20,00
22.	Kinaza keratynowa izoenzym MB CK-MB	30,00
23.	Kreatynina w surowicy	18,00
24.	Kreatynina w moczu	19,00
25.	Kwas moczowy UA w surowicy	18,00
26.	Kwas moczowy UA w moczu (zbiórka dobowa)	20,00
27.	Kwas mlekowy (mleczany)	27,00
28.	LDH dehydrogenaza mleczanowa	19,00
29.	Magnez	18,00
30.	Mocznik w surowicy	18,00
31.	Mocznik w moczu/BUN w DZM (zbiórka dobowa)	18,00
32.	Odczyn lateksowy RF (czynnik reumatoidalny)	30,00
33.	Odczyn Waaler-Rose	22,00
34.	Składowe dopełniacza C3	50,00
35.	Składowe dopełniacza C4	50,00
36.	TIBC całkowita zdolność wiązania żelaza	27,00
37.	Trójglicerydy TG	18,00
38.	Wapń Ca w surowicy	18,00
39.	Wapń Ca w moczu (zbiórka dobowa)	18,00
40.	Żelazo	18,00
41.	Żelazo- krzywa obciążenia (5 punktowa)	90,00
42.	Lipidogram (cholesterol, cholesterol HDL, triglicerydy cholesterol LDL)	56,00
43.	Immunoglobuliny IgG	36,00
44.	Immunoglobuliny IgA	36,00
45.	Immunoglobuliny IgM	36,00
46.	Kwas foliowy	42,00

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione.

CENNIK BADAŃ I USŁUG ODPŁATNYCH

47.	Witamina B12	42,00
48.	Ferrytyna	27,00
49.	a-CCP	70,00
50.	fT3 wolna trijodotyronina	32,00
51.	fT4 wolna tyroksyna	35,00
52.	TSH hormon tyreotropowy	30,00
53.	CEA antygen karcinoembrionalny	45,00
54.	TPSA antygen swoisty stercza- całkowity	45,00
55.	Troponina hs	50,00
56.	Prokalcytonina PCT	120,00
57.	HIV	60,00
58.	Antygen HBS Ag	45,00
59.	HCV p/ciała	75,00
60.	Równowaga kwasowo-zasadowa (parametry krytyczne)	32,00
61.	Hemoglobina tlenkowowęglowa	30,00
62.	Hemoglobina glikolowana (HbA1C)	100,00
63.	Pro-BNP (peptyd natriuretyczny)	130,00
Testy wykonywane w moczu na obecność narkotyków		
1.	Amfetamina AMP	18,00
2.	Kokaina COC	18,00
3.	Marihuana THC	18,00
4.	Metamfetamina MEA	18,00
5.	Morfina (opiaty) MOP	18,00
6.	MDMA (Ekstazy)	18,00
7.	Barbiturany w moczu	18,00
Pracownia Immunologii Transfuzjologicznej		
1.	Grupa krwi (pojedyncza)	75,00
2.	Klasyczny pośredni test antyglobulinowy	65,00
3.	Próba zgodności krwi z 1 donacją	100,00
4.	Próba zgodności krwi z każdą kolejną donacją wzrasta o 45,00 zł	45,00
5.	Bezpośredni test antyglobulinowy	65,00
Pracownia Mikrobiologii		
1.	Bakteriologiczne badania: moczu, nasienia , wymaz z cewki moczowej (posiew, identyfikacja, antybiogram)	100,00
2.	Bakteriologiczne badania: gardło, jama ustna, nos, ucho, rana, zmiany skórne, bioptat, punktat, fragmenty tkanek, dren, cewnik (posiew, identyfikacja i anybiogram)	100,00
3.	Bakteriologiczne badania: plwocina, popłuczyny oskrzelowe, płyn z jam ciała (posiew, identyfikacja, antybiogram)	120,00
4.	Bakteriologiczne badanie krwi w systemie automatycznym (identyfikacja i antybiogram)	150,00
5.	Badanie PMR, płynów z jam ciała w systemie automatycznym	150,00
6.	Oznaczanie mechanizmów oporności - MBL, KPC, OXA	50,00
Laboratorium Prątka Gruźlicy		
1.	Badanie bakteriologiczne w kierunku gruźlicy i mykobakteriozy metodą konwencjonalną (bakterioskopia AFB, posiew metodą konwencjonalną, identyfikacja)	120,00
2.	Badanie bakteriologiczne w kierunku gruźlicy i mykobakteriozy metodą automatyczną (bakterioskopia AFB, posiew metodą konwencjonalną, identyfikacja)	170,00
3.	Lekowrażliwość wyhodowanego szczepu	320,00
4.	Quantiferon - metoda ELISA - wykrywanie latentnego zakażenia prątkiem gruźlicy	280,00
5.	Wykrywanie prątka gruźlicy metodą genetyczną	480,00
6.	Wykrywanie prątka gruźlicy metodą genetyczną - pakiet (preparat bezpośredni, posiew metoda tradycyjna oraz automatyczna, badanie genetyczne)	600,00
7.	Eozynofile - preparat bezpośredni	60,00

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione.

8.	Wykrywanie antygenów Legionella sp w moczu metodą immunologiczną	120,00
Materiały na badania w kierunku gruźlicy i mykobakteriozy (plwocina, popłuczyny oskrzelowe, wydzielina oskrzelowa, płyny z jam ciała, płyn stawowy, płyn mózgowo-rdzeniowy, wydzieliny z przetok, wymazy z ran, ropa, mocz, fragmenty tkanek i kości, bioptaty, punktaty, popłuczyny żołądkowe). W posiewie metodą automatyczną (BA) wykonywane jest również badanie bakteriologiczne w kierunku gruźlicy i mykobakteriozy.		

II - Cennik świadczeń alergologicznych

Badania Alergologiczne		
1.	IgE całkowite	60,00
2.	Panel oddechowy Polycheck (pyłek brzozy, 6 traw-mix, pyłek żyta, pyłek bylicy, D.pteronyssinus, D.farinae, naskórek psa, naskórek kota, pióra-mix, pleśnie-mix, CCD)	180,00
3.	Panel mleko + gluten Polycheck (mleko krowie, α-laktoalbumina, β-laktoglobulina, kazeina, surowicza albumina wołowa BSA, gluten)	180,00
4.	Panel pokarmowy III Polycheck (mleko krowie, białko jaja kurzego, żółtko jaja kurzego, kazeina, soja, ryż, kakao, jabłko, marchew, mąka - mix., CCD)	180,00
5.	Panel pokarmowy IV Polycheck (orzechy, sezam, wieprzowina, kurczak, wołowina, ryby, cytrusy, seler, brzoskwinia, pomidor, CCD)	180,00
6.	Panel pokarmowy Euroimmun (orzeszki ziemne, orzech laskowy, migdał, orzech nerkowca, groch, soja, gorczyca, awokado, pomidor, czosnek, cebula, seler, jabłko, kiwi, banan, brzoskwinia, wieprzowina, wołowina, kurczak, dorsz, krap, krewetka, tuńczyk, mąka pszenna, mąka kukurydziana, ryż, sezam, drożdże piekarskie, mleko krowie, kazeina, mleko kozie, białko jaja kurzego, żółtko jaja kurzego, CCD)	240,00
7.	Panel wziewny Euroimmun (Alternalia alternata, Aspergillus fumigatus, koń, pies, kot, Dermatophagoides farinae, Dermatophagoides pteronyssinus, babka lancetowata, bylica, ambrozja bylicolistna, dąb, leszczyna, brzoza, żyto, tymotka łąkowa, kupkówka pospolita, candida albicans, królik, rozkruszek mączny, P. judaica, platan, jesion, cyprys, oliwa, trawa bermudzka, pszenica uprawna, wiechlina łąkowa, karaluch Blomia tropicalis, CCD)	240,00
8.	Panel wziewny- alergeny domowe Euroimmun (Trichophyton mentagrophytes, Alternaria alternata, Candida albicans, Aspergillus fumigatus, Cladosporium herbarum, Penicillium notatum, odchody gołębia, karaluch, Mix piór, Mix roztoczy, CCD)	180,00
9.	Panel mąka-mięso Euroimmun (mąka pszenna, mąka żytnia, mąka owsiana, ryż, wieprzowina, wołowina, kurczak, gluten, dorsz, krewetki,CCD)	180,00
10.	Panel nabiał-orzechy (białko jaja kurzego, mleko krowie, żółtko jaja kurzego, kazeina, orzeszki ziemne, orzech włoski, orzech laskowy, migdał, pistacje, orzech nerkowca, CCD)	180,00
11.	Panel jady owadów Euroimmun (jad osy, jad pszczoły, jad szerszenia europejskiego, CCD)	190,00
12.	Panel rekombinaty pyłki Polycheck (pyłki tymotki łąkowej, brzozy, bylicy, CCD)	190,00
13.	Panel rekombinaty roztocze Polycheck (Dermatophagoides pteronyssinus, Dermatophagoides farinae, CCD)	190,00
14.	Panel celiakia IgA+Tola IgA Polycheck (Deaminowany peptyd gliadyny IgA, Transglutaminaza tkankowa IgA, IgA całkowite)	170,00
15.	Panel celiakia IgG Polycheck (Deaminowany peptyd gliadyny IgG, Transglutaminaza tkankowa IgG, Intrinsic factor)	170,00
16.	Panel egzema Polycheck (D. pteronyssinus, naskórek kota, naskórek psa, białko jaja kurzego, dorsz, soja, kakao, orzech laskowy, orzech ziemny, lateks, CCD)	190,00
17.	Panel wziewny Polycheck (pyłek brzozy, olszyny szarej, leszczyny, dębu, tymotki łąkowej, żyta, bylicy, babki lancetowatej, D. pteronyssinus, D. farinae, naskórek psa, kota, konia, świnki morskiej, chomika, królika, Asper. Fumigatus, Clad.herbarum, Penicilium notatum, Alternaria alternata, CCD)	190,00
18.	Panel pediatryczny Polycheck (orzech ziemny, mleko krowie, białko jaja, żółtko jaja, ziemniak, marchew, dorsz, jabłko, soja, mąka pszenna, pyłek brzozy, tymiotki łąkowej, bylicy, D. pteronyssinus, D. farinae, naskórek psa, kota, konia, Asper. Fumigatus, Clos.herbarum, CCD)	190,00
19.	Badanie ALEX-Test do równoczesnego pomiaru całkowitego IgE i IgE swoistego w stosunku do 282 ekstraktów alergenowych i alergenów molekularnych	1600,00

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione.

Usługi alergologiczne		
1.	Iniekcja podskórna szczepionką odczulającą	50,00
2.	Test uczuleniowy kontaktowy	250,00
3.	Test uczuleniowy metodą punktową (alergeny f "Alergopharma") za 1 punkt	10,00

III - Cennik świadczeń ambulatoryjnych

1.	Opieka pielęgniarska nad pacjentem (1 godzina)	100,00
2.	Płukanie żołądka	100,00
3.	Sonda do żołądka	60,00
4.	Szycie rany prostej	300,00
5.	Usuwanie szwów rany prostej	100,00
6.	Znieczulenie miejscowe	70,00
7.	Założenie opatrunku (mały)	70,00
8.	Założenie opatrunku (duży)	120,00
9.	Usunięcie kleszcza	150,00
10.	Nacięcie ropnia	300,00
11.	Pomiar temperatury	12,00
12.	Pomiar ciśnienia	30,00
13.	Pobranie krwi	20,00
14.	Iniekcja dożylna	80,00
15.	Iniekcja domięśniowa	50,00
16.	Iniekcja podskórna	45,00
17.	Cewnikowanie żył – założenie venflonu	50,00
18.	Wlew kroplowy	80,00
19.	Enema	90,00
20.	Oczyszczenie ran	300,00
21.	Oczyszczenie rany u pacjenta z cukrzycą	350,00
22.	Toaleta + wymiana pampersa	40,00
23.	Pulsoksymetria – Szpital i Woj. Przychodnia Spec. Kielce ul. Jagiellońska 72	15,00
24.	Nebulizacja + Ventolin	40,00
25.	Nebulizacja + Ventolin –Woj. Przych. Spec. Kielce ul. Jagiellońska 72	30,00
26.	Nebulizacja + Berodual – Woj. Przych. Spec. Kielce ul. Jagiellońska 72	30,00
27.	Nebulizacja + Berodual+ Budezonid – Woj. Przych. Spec. Kielce ul. Jagiellońska 72	35,00
28.	Nebulizacja z innymi lekami	18,00+koszt leków

IV – Cennik świadczeń ortopedycznych

1.	Unieruchomienie przedramienia opatrunkiem gipsowym	400,00
2.	Unieruchomienie kończyny dolnej podudzia opatrunkiem gipsowym	400,00
3.	Założenie opatrunku gipsowego Desaulta ramiennego	500,00
4.	Założenie opatrunku gipsowego udowego	500,00
5.	Założenie tutora gipsowego stawu kolanowego	400,00
6.	Unieruchomienie złamania w szynie Zimmera	300,00
7.	Zdjęcie gipsu małego - kończyna górna	200,00
8.	Zdjęcie gipsu dużego - kończyna dolna	200,00
9.	Nastawienia złamania, zwichnięcia	750,00
10.	Wymiana unieruchomienia	400,00
11.	Usunięcie drutów Kirschnera	500,00
12.	Punkcja stawu	250,00
13.	Wstrzyknięcie leku do stawu	250,00
14.	Nacięcie krwiaka, ropnia	450,00

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione.

15.	Usunięcie szwów	250,00

V - Cennik świadczeń diagnostycznych i zabiegowych

Pracownia Badań Układu Krążenia		
1.	Echo serca przezklatkowe (TTE)	160,00
2.	Test chodu na bieżni	160,00
3.	Holter ciśnieniowy	130,00
4.	Holter EKG	160,00
5.	EKG bez opisu	35,00
6.	EKG z opisem	45,00
Pracownia Badań Czynnościowych Układu Oddechowego		
1.	Zabiegi diagnostyczne przełyku - inne (pH-metria dróg oddechowych)	1250,00
2.	Pletyzmografia (kabina Elite)	375,00
3.	Pletyzmografia (kabina Vyntus BODY)	375,00
4.	Pletyzmografia + dyfuzja (kabina Elite BODY)	600,00
5.	Pletyzmografia + dyfuzja (kabina Vyntus BODY)	600,00
6.	Pletyzmografia + spirometria + dyfuzja (kabina Elite)	650,00
7.	Pletyzmografia + spirometria + dyfuzja (kabina Vyntus BODY)	650,00
8.	Spirometria bez opisu	105,00
9.	Spirometria bez opisu (aparat Vyntus Spiro)	105,00
10.	Spirometria z opisem	125,00
11.	Spirometria z opisem (aparat Vyntus Spiro)	125,00
12.	Spirometria z próbą rozkurczową bez opisu	125,00
13.	Spirometria z próbą rozkurczową bez opisu (aparat Vyntus Spiro)	125,00
14.	Spirometria z próbą rozkurczową z opisem	160,00
15.	Spirometria z próbą rozkurczową z opisem (aparat Vyntus Spiro)	160,00
16.	Dyfuzja (pojemność dyfuzyjna płuc) (kabina Elite)	345,00
17.	Dyfuzja (pojemność dyfuzyjna płuc) (kabina Vyntus BODY)	345,00
18.	Dyfuzja + MIP/MEP (kabina Elite)	450,00
19.	Dyfuzja + MIP/MEP (kabina Vyntus BODY)	450,00
20.	MIP/MEP (kabina Elite)	335,00
21.	MIP/MEP (kabina Vyntus BODY)	335,00
22.	Test chodu na bieżni	135,00
23.	Test chodu na korytarzu	125,00
24.	FeNo	125,00
25.	Oscylometria	250,00
26.	Dyfuzja (pojemność dyfuzyjna płuc)+Spirometria	400,00
Badania Urologiczne		
1.	Cystoskopia - założenie	1200,00
2.	Nefrostomia - założenie	1800,00
3.	Wymiana nefrostomii	800,00
4.	Cewnikowanie moczowodu	1500,00
5.	Cewnikowanie pęcherza	250,00
6.	Płukanie pęcherza	400,00
7.	Cystostomia - założenie	1000,00
8.	Cystostomia - wymiana	450,00
9.	Cystoskopia + biopsja (z badaniem hist-pat*)	1200,00*
10.	Punkcja torbieli	1000,00
11.	Biopsja prostaty	2000,00
12.	Załupek - grzbietowe nacięcie	650,00
13.	Załupek - odprowadzenie	200,00

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione.

14.	Usunięcie ciała obcego z pęcherza	1200,00
15.	Usunięcie cewnika typu double J(DJ)	1200,00
16.	Biopsja fuzyjna	4000,00
17.	Badania urodynamiczne	1500,00
18.	Kruszenie kamieni metodą ESWL	1600,00
* Cena nie obejmuje badań dodatkowych. Badania dodatkowe naliczane są zgodnie z cennikiem.		
Pracownia Endoskopii		
1.	Bronchoskopia + (cena badań dodatkowych*)	700,00*
2.	Bronchoaspiracja	640,00
3.	Bronchoskopia + Polipektomia (z badaniem hist-pat*)	750,00*
4.	Bronchoskopia + BAL (+cena badań dodatkowych*)	780,00*
5.	EBUS (+ cena badań dodatkowych)	4250,00*
6.	Bronchoskopia + kriobiopsja (+cena badań dodatkowych*)	3500,00*
7.	Bronchoskopia + sonda radialna (+cena badań dodatkowych*)	4250,00*
8.	Gastroskopia + gumkowanie żylaków przełyku	2750,00
9.	Gastroskopia - rozszerzenie przełyku	4950,00
10.	Przezskórna (endoskopowa) gastrostomia	2100,00
11.	Gastroskopia + Polipektomia do 3 polipów	710,00 + 55,00+ kolejny polip
12.	Gastroskopia diagnostyczna	350,00
13.	Gastroskopia + test ureazowy	375,00
14.	Gastroskopia + (z badaniem hist-pat*)	350,00
15.	Gastroskopia + test ureazowy + (1 wycinek z badaniem hist-pat*)	375,00*
16.	Gastroskopia + (2 wycinki z badaniem hist-pat*)	350,00*
17.	Gastroskopia + test ureazowy + (2 wycinki z badaniem hist-pat*)	375,00*
18.	Endoskopowe opanowanie krwawienia żołądek/ dwunastnica - gastroskopia + tamowanie krwawień	2750,00
19.	Kolonoskopia	600,00
20.	Kolonoskopia + Polipektomia do 3 polipów	930,00 +190,00 znieczulenie
21.	Kolonoskopia + Polipektomia powyżej 3 polipów	1320,00 +190,00 znieczulenie + 110 kolejny
22.	Kolonoskopia + gumkowanie żylaków odbytu	3400,00
23.	Kolonoskopia + poszerzanie jelit	4100,00
24.	Cholangiopankreatografia ECPW	5300,00
25.	Cholangiopankreatografia ECPW + proteza plastikowa	5500,00 +koszt protezy
26.	Cholangiopankreatografia ECPW + proteza samorozprężalna	10450,00 +koszt protezy
27.	Usunięcie ciała obcego ze światła przełyku bez nacięcia	1100,00
Cena nie obejmuje badań dodatkowych. Badania dodatkowe naliczane są zgodnie z cennikiem.		

VII – Cennik świadczeń Działu Diagnostyki Obrazowej

Pracownia Tomografii Komputerowej

TK głowy bez środka kontrastowego

1.	TK zatok obocznych nosa	330,00
2.	TK oczodołów	300,00
3.	TK mózgowia	330,00
4.	TK twarzoczaszki	330,00
5.	TK piramid kości skroniowych	330,00

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione.

CENNIK BADAŃ I USŁUG ODPŁATNYCH

	TK głowy ze środkiem kontrastowym	
6.	TK zatok obocznych nosa	460,00
7.	TK oczodołów	460,00
8.	TK mózgowia	460,00
9.	TK twarzoczaszki	490,00
10.	TK piramid kości skroniowych	490,00
	TK badanej innej okolicy anatomicznej bez środka kontrastowego	
11.	HRCT klatki piersiowej (spiralne)	330,00
12.	HRCT klatki piersiowej (sekwencyjne)	330,00
13.	TK szyi (krtań, gardło, nosogardziel)	330,00
14.	TK klatki piersiowej niskodawkowe	330,00
15.	TK klatki piersiowej i śródpiersia	380,00
16.	TK jamy brzusznej	350,00
17.	TK miednicy małej	350,00
18.	TK jamy brzusznej i miednicy małej	650,00
19.	TK kończyn (kości i stawy)	330,00
20.	TK kręgosłupa C,Th,L-S - (jeden wybrany odcinek)	350,00
21.	TK całego ciała	650,00
	TK badanie innej okolicy anatomicznej ze środkiem kontrastowym	
22.	TK szyi (krtań, gardło, nosogardziel)	550,00
23.	TK klatki piersiowej i śródpiersia	550,00
24.	TK jamy brzusznej	650,00
25.	TK miednicy małej	600,00
26.	TK jamy brzusznej i miednicy małej	850,00
27.	TK kręgosłupa C,Th,L-S - (jeden wybrany odcinek)	500,00
28.	TK całego ciała	1100,00
	Angiografia TK (z wyłączeniem tętnic wieńcowych)	
29.	Angio TK głowy	650,00
30.	Angio TK klatki piersiowej	680,00
31.	Angio TK klatki piersiowej z oceną miąższu płucnego	800,00
32.	Angio TK jamy brzusznej	660,00
33.	Angio TK kończyn górnych i dolnych	660,00

Pracownia USG		
1.	USG tarczycy i przytarczyc	150,00
2.	USG jamy opłucnej	100,00
3.	USG brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej	150,00
4.	USG układu moczowego	150,00
5.	USG miednicy mniejszej	150,00
6.	USG blizny pooperacyjnej	120,00
7.	USG węzłów chłonnych położonych powierzchownie	150,00
8.	USG moszny w tym jąder i najądrzy	150,00
9.	USG tkanek miękkich	150,00
10.	USG ślinianek	150,00
11.	USG klatki piersiowej	150,00
12.	USG Doppler żył kończyn dolnych (jedna noga)	130,00
13.	USG Doppler żył kończyn dolnych (obie nogi)	250,00
Pracownia RTG WSS Czerwona Góra **Pracownia RTG Wojewódzka Przychodnia Specjalistyczna w Kielcach ul. Jagiellońska 72**		
1.	Zdjęcie czaszki P - A + boczne (2 zdjęcia)	80,00
2.	Zdjęcie kości twarzy (1 zdjęcie)	90,00
3.	Zdjęcie oczodołów (2 zdjęcia)	90,00

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione.

CENNIK BADAŃ I USŁUG ODPŁATNYCH

4.	Zdjęcie zatok (1 zdjęcie)	60,00
5.	Zdjęcie kości nosa (1 zdjęcie)	60,00
6.	Zdjęcie żuchwy (do 3 zdjęć)	60,00
7.	Zdjęcie barku (1 zdjęcie)	70,00
8.	Zdjęcie barku AP + osiowe (2 zdjęcia)	90,00
9.	Zdjęcie obojczyka (1 zdjęcie)	60,00
10.	Zdjęcie klatki piersiowej P - A (1 zdjęcie)	70,00
11.	Zdjęcie klatki piersiowej bok	70,00
12.	Zdjęcie klatki piersiowej P - A + boczne z oceną sylwetki serca (2 zdjęcia)	90,00
13.	Zdjęcie żeber (1 zdjęcie)	60,00
14.	Zdjęcie boczne mostka	60,00
15.	Zdjęcie przedramienia AP + bok (2 zdjęcia)	60,00
16.	Zdjęcie kości ramieniowej (2 zdjęcia)	60,00
17.	Zdjęcie stawu łokciowego (3 zdjęcia)	90,00
18.	Zdjęcie kości ręki (2 zdjęcia)	80,00
19.	Zdjęcie nadgarstka (2 zdjęcia)	70,00
20.	Zdjęcie nadgarstka (3 zdjęcia)	80,00
21.	Zdjęcie palców dłoni (2 zdjęcia)	70,00
22.	Zdjęcie kości udowej (2 zdjęcia)	70,00
23.	Zdjęcie podudzia (1 zdjęcie)	70,00
24.	Zdjęcie miednicy (1 zdjęcie) z oceną stawów biodrowych	70,00
25.	Zdjęcie stawów biodrowych AP + osiowe (do 3 zdjęć)	80,00
26.	Zdjęcie stawu kolanowego – jeden staw (do 2 zdjęć)	70,00
27.	Zdjęcie stawu kolanowego - dwa stawy (do 3 zdjęć)	80,00
28.	Zdjęcie stawu skokowego (2 zdjęcia)	70,00
29.	Zdjęcie staw skokowy (3 zdjęcia)	80,00
30.	Zdjęcie rzepek (2 zdjęcia)	70,00
31.	Zdjęcie kości stopy (2 zdjęcia)	70,00
32.	Zdjęcie kości stopy (4 zdjęcia)	110,00
33.	Zdjęcie kości pięty - bok	70,00
34.	Zdjęcie kości pięty osiowe + bok (2 zdjęcia)	70,00
35.	Zdjęcie palców stopy (2 zdjęcia)	70,00
36.	Zdjęcie całkończynowe AP*	160,00
37.	Zdjęcie całkończynowe AP + bok*	180,00
38.	Zdjęcie kręgosłupa na stojąco (1 zdjęcie)	50,00
39.	Zdjęcie kręgosłupa C (1 zdjęcie)	70,00
40.	Zdjęcie kręgosłupa C AP + bok (2 zdjęcia)	100,00
41.	Zdjęcie czynnościowe kręgosłupa C (3 zdjęcia)	110,00
42.	Zdjęcie kręgosłupa Th (1 zdjęcie)	70,00
43.	Zdjęcie kręgosłupa L- S (2 zdjęcia)	100,00
44.	Zdjęcie czynnościowe kręgosłupa L/S (3 zdjęcia)	110,00
45.	Zdjęcie kości krzyżowej (2 zdjęcia)	80,00
46.	Zdjęcie całego kręgosłupa AP	160,00
47.	Zdjęcie całego kręgosłupa AP+bok	180,00
48.	Zdjęcie przeglądowe jamy brzusznej (1 zdjęcie)	70,00
49.	Zdjęcie przełyku (2 zdjęcia)*	190,00
* Badanie wykonywane w Szpitalu		

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione.

CENNIK BADAŃ I USŁUG ODPŁATNYCH

Pracownia Rezonansu Magnetycznego Cennik obowiązuje od 01.09.2026 r.		
1.	MR głowy	650,00
2.	MR głowy z kontrastem	850,00
3.	MR przysadki	650,00
4.	MR przysadki z kontrastem	850,00
5.	MR oczodołów	650,00
6.	MR oczodołów z kontrastem	850,00
7.	MR kątów mostowo-móżdżkowych	650,00
8.	MR kątów mostowo-móżdżkowych z kontrastem	850,00
9.	MR kręgosłupa szyjnego	600,00
10.	MR kręgosłupa szyjnego z kontrastem	800,00
11.	MR kręgosłupa piersiowego	600,00
12.	MR kręgosłupa piersiowego z kontrastem	800,00
13.	MR kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego	600,00
14.	MR kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego z kontrastem	800,00
15.	MR barku	650,00
16.	MR barku z kontrastem	850,00
17.	MR łokcia	650,00
18.	MR łokcia z kontrastem	850,00
19.	MR nadgarstka	650,00
20.	MR nadgarstka z kontrastem	850,00
21.	MR ręki	650,00
22.	MR ręki z kontrastem	850,00
23.	MR biodra	650,00
24.	MR biodra z kontrastem	850,00
25.	MR uda	700,00
26.	MR uda z kontrastem	900,00
27.	MR kolana	650,00
28.	MR kolana z kontrastem	850,00
29.	MR podudzia	700,00
30.	MR podudzia z kontrastem	900,00
31.	MR stawu skokowego	650,00
32.	MR stawu skokowego z kontrastem	850,00
33.	MR stopy	650,00
34.	MR stopy z kontrastem	850,00
35.	MR stawów krzyżowo-biodrowych	650,00
36.	MR stawów krzyżowo-biodrowych z kontrastem	850,00
37.	MR jamy brzusznej	750,00
38.	MR jamy brzusznej z kontrastem	950,00
39.	MR wątroby	750,00
40.	MR wątroby z kontrastem	950,00
41.	MR trzustki	750,00
42.	MR trzustki z kontrastem	950,00
43.	MR dróg żółciowych (MRCP)	750,00
44.	MR nerek	750,00
45.	MR nerek z kontrastem	950,00
46.	MR miednicy mniejszej	750,00
47.	MR miednicy mniejszej z kontrastem	950,00
48.	MR prostaty	800,00
49.	MR prostaty z kontrastem	1000,00
50.	MR macicy i przydatków	800,00

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione.

51.	MR macicy i przydatków z kontrastem	1000,00
52.	MR odbytnicy	800,00
53.	MR odbytnicy z kontrastem	1000,00
54.	MR pęcherza moczowego	750,00
55.	MR pęcherza moczowego z kontrastem	950,00
56.	Angio-MR tętnic mózgowych	700,00
57.	MR szyi	750,00
58.	MR szyi z kontrastem	950,00

VIII – Cennik usług sterylizacji

Pakiety poddane procesowi mycia, dezynfekcji i sterylizacji parowej		
1.	Pakiet mały do rozmiaru 200x300mm	28,00*
2.	Pakiet średni do rozmiaru 300x390mm	57,00*
3.	Pakiet duży rozmiar 320x60x500mm	100,00*
Pakiety poddane procesowi sterylizacji parowej bez procesu mycia i dezynfekcji		
1.	Pakiet mały do rozmiaru 200x300mm	19,00*
2.	Pakiet średni do rozmiaru 300x390mm	34,00*
3.	Pakiet duży rozmiar 320x60x500mm	62,00*
Pakiety poddane procesowi mycia, dezynfekcji i sterylizacji formaldehydowej		
1.	Pakiet mały do rozmiaru 200x300mm	39,00*
2.	Pakiet średni do rozmiaru 300x390mm	69,00*
3.	Pakiet duży rozmiar 320x60x500mm	130,00*
Pakiety poddane procesowi sterylizacji formaldehydowej bez procesu mycia i dezynfekcji		
1.	Pakiet mały do rozmiaru 200x300mm	22,00*
2.	Pakiet średni do rozmiaru 300x390mm	33,00*
3.	Pakiet duży rozmiar 320x60x500mm	76,00*
*** do ceny usługi należy doliczyć podatek VAT w wysokości 23%**		

IX - Konsultacje

KONSULTACJE		
1.	Konsultacja specjalistyczna planowa – po uprzednim ustaleniu terminu, realizacja w terminie 3 dni od daty zgłoszenia konsultacji	420,00
2.	Konsultacja specjalistyczna pilna w dniu zgłoszenia	800,00
3.	Konsultacja dokumentacji medycznej w terminie 3 dni od dostarczenia dokumentacji	400,00
4.	Konsultacja dokumentacji medycznej pilna w ciągu 24h od dostarczenia dokumentacji	600,00

§ 5

Cennik świadczeń zdrowotnych obowiązujący od dnia 01.03.2026 r. dla osób nieubezpieczonych, bezdomnych i obcokrajowców.

Świadczeniobiorcy nieposiadający ubezpieczenia zdrowotnego, którym zostaną udzielone świadczenia zdrowotne zostaną obciążeni według wykazu świadczeń zdrowotnych wycenionych przez NFZ zgodnie z obowiązującym Zarządzeniem Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

Dyrektor

DYREKTOR
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego
im. Św. Rafała w Czerwonej Górze
.....
data i podpis
Youssef Sleiman

Dokument jest własnością Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.
Kopiowanie całości lub części dokumentu oraz wykorzystywanie niezgodne z przeznaczeniem bez zgody Dyrektora jest zabronione.