

Wprowadzony Zarządzeniem Wewnętrznym nr/16
z dnia 22.11.2016

Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie

Zaopiniowany Uchwałą nr 17/16

Rady Społecznej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie

DYREKTOR
WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO
w OLSZTYNIE
Irena Kierzkowska

REGULAMIN ORGANIZACYJNY

WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO W OLSZTYNIE

Olsztyn, 2016

SPIS TREŚCI

Dział I. Postanowienia ogólne	5
Dział II. Cele i zadania Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie	7
Dział III. Struktura organizacyjna Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie.....	8
Dział IV. Rodzaj działalności leczniczej, zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych	12
Dział V. Przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości tych świadczeń w komórkach organizacyjnych Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie	15
Rozdział I. Zapewnienie dostępności i jakości świadczeń opieki zdrowotnej.....	15
Rozdział II. Przyjęcia nagłe.....	16
Rozdział III. Przyjęcia planowe	18
Rozdział IV. Przebieg procesu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej - Stacjonarna opieka zdrowotna. Przyjęcie do szpitala	20
Rozdział V. Przebieg procesu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej - Stacjonarna opieka zdrowotna. Identyfikacja pacjenta	21
Rozdział VI. Przebieg procesu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej - Stacjonarna opieka zdrowotna. Identyfikacja personelu	23
Rozdział VII. Przebieg procesu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej - Stacjonarna opieka zdrowotna. Realizacja świadczeń zdrowotnych w oddziale	23
Rozdział VIII. Przebieg procesu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej - Stacjonarna opieka zdrowotna. Dokumentacja medyczna	24
Rozdział IX. Przebieg procesu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej - Stacjonarna opieka zdrowotna. Prawa pacjenta	26
Rozdział X. Przebieg procesu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej - Stacjonarna opieka zdrowotna. Ciągłość opieki, transport pacjentów.....	29
Rozdział XI. Przebieg procesu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej - Stacjonarna opieka zdrowotna. Jakość opieki	30
Rozdział XII. Przebieg procesu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej – Stacjonarna opieka zdrowotna. Wypisanie pacjenta	34
Rozdział XIII. Przebieg procesu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej – Stacjonarna opieka zdrowotna. Postępowanie w przypadku śmierci pacjenta	35
Rozdział XIV. Przebieg procesu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej -AmbulATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA	37
Dział VI. Organizacja i zadania poszczególnych jednostek i komórek organizacyjnych Szpitala	38
Dział VII. Warunki współdziałania między komórkami organizacyjnymi Szpitala.....	47
Dział VIII. Warunki współdziałania z innymi świadczeniodawcami i podmiotami zewnętrznymi.....	48
Dział IX. Zasady udzielania odpłatnych świadczeń zdrowotnych, ustalania i pobierania opłat za ich udzielanie	48
Dział X. Kontrola zarządcza	49
Dział XI. Warmińsko-Mazurskie Biuro Koordynacyjno-Organizacyjne ds. Transplantacji	51
Dział XIII. Centrum urazowe w Szpitalu (CU WSS).....	56
Dział XIV. Wydawanie pacjentom zaświadczeń i orzeczeń oraz odpłatność za ich wydawanie w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie.....	58
Dział XV. Organizacja procesu udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentom posiadającym kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego (DiLO)	60

Załącznik nr 1 Cennik świadczeń zdrowotnych, udzielanych przez podmiot odpłatnie	63
Załącznik nr 2. Cennik za udostępnianie dokumentacji medycznej	80
Załącznik nr 3. Cennik za przechowywanie ciała osoby zmarłej po upływie 72 godzin	80
Załącznik nr 4 Schemat struktury organizacyjnej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie	81
Załącznik nr 5 Schemat struktury organizacyjnej z podziałem na poszczególne rodzaje działalności lecniczej	82
Załącznik nr 6 Schemat struktury organizacyjnej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego - Świadczenia Szpitalne	83
Załącznik nr 7 Schemat struktury organizacyjnej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego - Ambulatoryjne Świadczenia Zdrowotne	84
Załącznik Nr 8 Struktura i zadania poszczególnych komórek organizacyjnych przynależnych do Przedsiębiorstwa- Świadczenia Szpitalne oraz Przedsiębiorstwa – Ambulatoryjne Świadczenia Zdrowotne	85
Załącznik Nr 8.1 STRUKTURA I ZADANIA SZPITALNEGO KLINICZNEGO ODDZIAŁU RATUNKOWEGO (SKOR)	86
Załącznik Nr 8.2 STRUKTURA I ZADANIA IZBY PRZYJĘĆ	89
Załącznik Nr 8.3 STRUKTURA I ZADANIA ODDZIAŁU KLINICZNEGO ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII	90
Załącznik Nr 8.4 STRUKTURA I ZADANIA ODDZIAŁU KLINICZNEGO NEUROLOGICZNEGO	93
Załącznik Nr 8.5 ZADANIA ODDZIAŁU UDAROWEGO	95
Załącznik Nr 8.6 ZADANIA ODDZIAŁU REHABILITACYJNEGO	97
Załącznik Nr 8.7 ZADANIA ODDZIAŁU REHABILITACJI NEUROLOGICZNEJ	100
Załącznik Nr 8.8 ZADANIA ODDZIAŁU KLINICZNEGO NEFROLOGICZNEGO, HIPERTENSJOLOGII I CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH	102
Załącznik Nr 8.9 STRUKTURA I ZADANIA ODDZIAŁU KARDIOLOGICZNEGO I ODDZIAŁU INTENSYWNEGO NADZORU KARDIOLOGICZNEGO	105
Załącznik Nr 8.10 ZADANIA ODDZIAŁU HEMATOLOGICZNEGO	109
Załącznik Nr 8.11 STRUKTURA I ZADANIA ODDZIAŁU GASTROENTEROLOGICZNEGO	111
Załącznik 8.12 STRUKTURA I ZADANIA ODDZIAŁU OKULISTYCZNEGO	114
Załącznik Nr 8.13 ZADANIA ODDZIAŁU OTOLARYNGOLOGICZNEGO I ONKOLOGII LARYNGOLOGICZNEJ	117
Załącznik Nr 8.14 ZADANIA ODDZIAŁU KLINICZNEGO CHIRURGII OGÓLNEJ I ONKOLOGICZNEJ ORAZ ODDZIAŁ KLINICZNY CHIRURGII NACZYNIOWEJ	120
Załącznik Nr 8.15 STRUKTURA I ZADANIA ODDZIAŁU KLINICZNEGO CHIRURGII URAZOWO- ORTOPEDYCZNEJ I CHIRURGII KRĘGOSŁUPA	123
Załącznik Nr 8.16 ZADANIA ODDZIAŁU KLINICZNEGO NEUROCHIRURGICZNEGO	126
Załącznik Nr 8.17 STRUKTURA I ZADANIA ODDZIAŁU GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZEGO I ODDZIAŁU GINEKOLOGII ONKOLOGICZNEJ	128
Załącznik Nr 8.18 ZADANIA ODDZIAŁU NEONATOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII NOWORODKA	133
Załącznik Nr 8.19 STRUKTURA I ZADANIA ODDZIAŁU KLINICZNEGO ENDOKRYNOLOGICZNEGO, DIABETOLOGICZNEGO I CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH	135
Załącznik Nr 8.20 ZADANIA ODDZIAŁU KARDIOCHIRURGICZNEGO	139
Załącznik Nr 8.21 STRUKTURA I ZADANIA ODDZIAŁU TRANSPLANTOLOGII I CHIRURGII OGÓLNEJ ..	141
Załącznik Nr 8.22 ZADANIA BŁOKU OPERACYJNEGO	143
Załącznik Nr 8.23 STRUKTURA I ZADANIA APTEKI SZPITALNEJ	145
Załącznik Nr 8.24 ZADANIA CENTRALNEJ STERYLIZATORNI (CS)	147
Załącznik Nr 8.25 ZADANIA PORADNI CHOROÓB ODZWIERZĘCYCH I PASOŻYTNICZYCH	149
Załącznik Nr 8.26 ZADANIA PORADNI CHOROÓB ZAKAŹNYCH	150
Załącznik Nr 8.27 ZADANIA I STRUKTURA ZAKŁADU MEDYCYN Y NUKLEARNEJ	151
Załącznik nr 8.28 ZADANIA PORADNI LEKARZA ZAKŁADOWEGO	153
Załącznik Nr 8.29 ZADANIA I STRUKTURA OŚRODKA ŻYWIENIA KLINICZNEGO	154
Załącznik Nr 8.30 STRUKTURA I ZADANIA MEDYCZNEGO LABORATORIUM DIAGNOSTYCZNEGO	156
Załącznik Nr 8.31 STRUKTURA I ZADANIA DZIAŁU DIAGNOSTYKI OBRAZOWEJ	159
Załącznik Nr 8.32 STRUKTURA I ZADANIA ZAKŁADU BAKTERIOLOGII	162
Załącznik Nr 8.33 STRUKTURA I ZADANIA DZIAŁU PATOMORFOLOGII	164
Załącznik Nr 8.34 STRUKTURA I ZADANIA PRACOWNI IMMUNOLOGII TRANSFUZJOLOGICZNEJ	165
Załącznik Nr 9 STRUKTURA I ZADANIA KOMÓREK O CHARAKTERZE ADMINISTRACYJNYM	168

Załącznik Nr 9.1 ZADANIA DZIAŁU KSIĘGOWOŚCI	169
Załącznik Nr 9.2 ZADANIA DZIAŁU SŁUŻBY PRACOWNICZEJ	170
Załącznik Nr 9.3 ZADANIA DZIAŁU ZARZĄDZANIA, MARKETINGU I PROMOCJI	172
Załącznik Nr 9.4 ZADANIA DZIAŁU ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH I ZAOPATRZENIA	175
Załącznik Nr 9.5 ZADANIA DZIAŁU DS. KONTRAKTOWANIA I ROZLICZEŃ	178
Załącznik Nr 9.6 ZADANIA SEKCJI ZARZĄDZANIA RENTOWNOŚCIĄ ODDZIAŁÓW	180
Załącznik Nr 9.7 STRUKTURA I ZADANIA DZIAŁU STATYSTYKI I DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ	182
Załącznik Nr 9.8 ZADANIA DZIAŁU EKSPLOATACYJNO-TECHNICZNEGO	185
Załącznik Nr 9.9 ZADANIA SEKCJI ELEKTROENERGETYCZNEJ	187
Załącznik Nr 9.10 ZADANIA DZIAŁU GOSPODARCZEGO	188
Załącznik Nr 9.11 ZADANIA SEKCJI BHP I P. POŻ.	189
Załącznik Nr 9.12 ZADANIA DZIAŁU INFORMATYKI	190
Załącznik Nr 9.13 ZADANIA KANCELARII I SEKRETARIATU	191
Załącznik Nr 9.14 ZADANIA SEKCJI KONTROLI ZARZĄDCZEJ	192
Załącznik Nr 9.15 ZADANIA DZIAŁU APARATURY MEDYCZNEJ	194
Załącznik Nr 9.16 ZADANIA SEKCJI DS. JAKOŚCI	195
Załącznik Nr 9.17 ZAKRES CZYNNOŚCI PSYCHOLOGA	196
Załącznik Nr 9.18 ZAKRES CZYNNOŚCI PRZEŁOŻONEJ PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH	198
Załącznik nr 9.19 ZAKRES CZYNNOŚCI PIELĘGNIARKI/POŁOŻNEJ ODDZIAŁOWEJ	199
Załącznik nr 9.20 ZAKRES CZYNNOŚCI PIELĘGNIARKA KOORDYNUJĄCEJ	201
Załącznik Nr 9.21 ZAKRES CZYNNOŚCI RADCÓW PRAWNYCH	202
Załącznik Nr 9.22 ZAKRES CZYNNOŚCI INSPEKTORA DS. OBRONY CYWILNEJ	203
Załącznik Nr 9.23 ZAKRES CZYNNOŚCI GŁÓWNEGO KSIĘGOWEGO	205
Załącznik Nr 9.24 ZAKRES CZYNNOŚCI PEŁNOMOCNIKA DS.OCHRONY INFORMACJI NIEJAWNYCH	206
Załącznik Nr 9.25 ZADANIA PEŁNOMOCNIKA DYREKTORA DS. JAKOŚCI	207
Załącznik Nr 9.26 ZAKRES CZYNNOŚCI PEŁNOMOCNIKA DS. PRAW PACJENTA	208
Załącznik Nr 9.27 ZAKRES CZYNNOŚCI LEKARZA NACZELNEGO	209
Załącznik Nr 9.28 ZAKRES CZYNNOŚCI ADMINISTRATORA BEZPIECZEŃSTWA INFORMACJI (ABI)	211
Załącznik Nr 9.29 ZADANIA SEKCJI INWESTYCJI	213
Załącznik Nr 9.30 ZAKRES CZYNNOŚCI PIELĘGNIARKI DS. EPIDEMIOLOGII	215
Załącznik Nr 9.31 ZADANIA SEKCJI KONTROLINGU	216
Załącznik Nr 9.32 ZAKRES CZYNNOŚCI PRACOWNIKA DS. SOCJALNYCH	217
Załącznik Nr 9.33 STRUKTURA I ZADANIA ADMINISTRACYJNE PRZYCHODNI	218

Dział I. Postanowienia ogólne

§ 1

1. Regulamin Organizacyjny określa organizację procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w podmiocie leczniczym Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie, zwany dalej „podmiotem”, oraz inne postanowienia określone w art. 24 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz. U. 2016.1638).

§ 2

1. Regulamin obowiązuje:

- 1) wszystkie osoby zatrudnione w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie, niezależnie od formy zatrudnienia,
- 2) pacjentów Szpitala.

§ 3

1. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie (zwany dalej Szpitalem) jest podmiotem leczniczym prowadzonym w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, którego podmiotem tworzącym jest Województwo Warmińsko-Mazurskie, posiadającym osobowość prawną od dnia wpisania do Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem 0000000449 prowadzonego przez Sąd Rejonowy w Olsztynie, VIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego.

2. Zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 9 ustawy o działalności leczniczej:

- 1) Działalność lecznicza w zakresie świadczeń szpitalnych (wykonywane całą dobę kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji) prowadzona jest w ramach zakładu leczniczego o nazwie Wojewódzki Szpital Specjalistyczny – Świadczenia Szpitalne.
- 2) Działalność lecznicza w zakresie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych prowadzona jest w ramach zakładu leczniczego o nazwie Wojewódzki Szpital Specjalistyczny – Ambulatoryjne Świadczenia Zdrowotne.
- 3) Strukturę organizacyjną tworzą ponadto działy, sekcje, zespoły i stanowiska samodzielne wyodrębnione w strukturze, powołane do obsługi eksploatacyjnej oraz administrowania Szpitalem.
- 4) Zakłady lecznicze Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie są jednostkami lokalnymi w rozumieniu przepisów o statystyce publicznej, dla których nie sporządza się odrębnego bilansu.

3. Szpital działa w oparciu o:

- 1) Ustawę z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej tj. tekst jednolity Dz. U. 2016.1638,

- 2) Ustawę z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty tj. Dz. U. 2011.277.1634 z póź. zm.,
 - 3) Ustawę z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarzy i położnej tj. Dz. U. 2011.174.1039 z póź. zm.,
 - 4) Ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych tj. Dz. U. 2008.164.1027 z póź. zm.,
 - 5) Ustawę z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym tj. Dz. U. 2013.757 z póź. zm.,
 - 6) Ustawę z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych tj. Dz. U. 2013.885 z póź. zm.,
 - 7) Ustawę z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta tj. Dz. U. 2012.159 z póź. zm.,
 - 8) Umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej zawarte z Narodowym Funduszem Zdrowia lub innym dysponentem środków publicznych, w przypadku zawarcia takich umów,
 - 9) Statut Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie,
 - 10) Zestaw standardów akredytacyjnych 2009 Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia w Krakowie,
 - 11) Niniejszego regulaminu,
 - 12) Innych przepisów dotyczących funkcjonowania podmiotów prowadzących działalność leczniczą.
4. Siedzibą Szpitala jest miasto Olsztyn w województwie warmińsko-mazurskim.
5. Podmiot leczniczy posiada identyfikator w systemie Regon 000293976 oraz Numer Identyfikacji Podatkowej NIP 7392955794.
- 1) Zakład leczniczy o nazwie Wojewódzki Szpital Specjalistyczny – Świadczenia Szpitalne posiada 14-znakowy numer Regon 00029397600042.
 - 2) Zakład leczniczy o nazwie Wojewódzki Szpital Specjalistyczny – Ambulatoryjne Świadczenia Zdrowotne posiada 14-znakowy numer Regon 00029397600050.
6. Obszarem działania Szpitala jest województwo warmińsko-mazurskie.
7. Miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych przez Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie:
- 1) ul. Żołnierska 18, Olsztyn
 - 2) ul. Żołnierska 16a, Olsztyn
 - 3) ul. Żołnierska 16b, Olsztyn

§ 4

1. Regulamin Organizacyjny wprowadza Dyrektor Szpitala, a opiniuje go Rada Społeczna.

Dział II. Cele i zadania Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie

§ 5

1. Celem Szpitala jest prowadzenie działalności leczniczej obejmującej stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne oraz ambulatoryjne świadczenia zdrowotne.
2. Szpital prowadzi działania z zakresu promocji zdrowia, to jest działania 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.
3. Szpital realizuje zadania dydaktyczne i badawcze w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, w tym wdrażaniem nowych technologii medycznych oraz metod leczenia, oraz uczestniczy w przygotowywaniu osób do wykonywania zawodu medycznego i kształceniu osób wykonujących zawód medyczny.
4. Szpital realizuje zadania z zakresu obronności i bezpieczeństwa publicznego na podstawie odrębnych przepisów.
5. Szpital może prowadzić wydzieloną działalność w zakresie najmu, dzierżawy oraz udostępniania w innej formie posiadanego majątku, przy czym oddanie w dzierżawę, najem, użytkowanie oraz użyczenie aktywów trwałych Szpitala może nastąpić na zasadach określonych przez podmiot tworzący.
6. Realizacja zadań z zakresu obronności i bezpieczeństwa państwa.

§ 6

1. Cele i zadania będą realizowane z wykorzystaniem nowoczesnych, dostępnych metod leczenia, rehabilitacji, profilaktyki i promocji zdrowia. Z zachowaniem profesjonalizmu, interdyscyplinarności, bezpieczeństwa i przyjaznego nastawienia dla pacjentów i pracowników.
2. Świadczenia mogą być udzielane bezpłatnie w przypadku zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z dysponentem środków publicznych oraz umów cywilnoprawnych z innymi instytucjami, osobami prawnymi i pracodawcami, na rzecz osób uprawnionych do tych świadczeń.

§ 7

1. Podmiot może prowadzić działalność gospodarczą. Prowadzenie działalności gospodarczej nie może w szczególności ograniczać dostępności i poziomu świadczeń zdrowotnych udzielanych osobom uprawnionym na podstawie obowiązujących przepisów.

§ 8

1. Cele i zadania określone w § 5-7 podmiot realizuje z wykorzystaniem posiadanych zasobów kadrowych, lokalowych, sprzętowych i finansowych oraz współpracy z:

- 1) innymi podmiotami,
- 2) placówkami klinicznymi uniwersytetów medycznych i instytucjami naukowymi.

§ 9

1. Zadania, o których mowa w § 5-7, będą wykonywane przez personel medyczny podmiotu, posiadający wymagane przepisami odrębnymi kwalifikacje zawodowe.

Dział III. Struktura organizacyjna Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie

§ 10

1. Organami Szpitala są:

- 1) Dyrektor – odpowiedzialny za zarządzanie Szpitalem,
- 2) Rada Społeczna – organ doradczy Dyrektora oraz organ inicjujący i opiniodawczy powołany przez podmiot tworzący.

§ 11

1. Dyrektor Szpitala samodzielnie zarządza Szpitalem, kieruje jego działalnością, reprezentuje na zewnątrz i jest przełożonym wszystkich pracowników.
2. Zarząd Województwa Warmińsko-Mazurskiego nawiązuje stosunek pracy z dyrektorem na podstawie powołania, umowy o pracę albo zawiera z nim umowę cywilnoprawną.
3. Dyrektor zarządza Szpitalem bezpośrednio lub za pośrednictwem swych zastępców.
4. Dyrektor Szpitala może część swych kompetencji i uprawnień przenieść na innych pracowników.
5. Dyrektor wyznacza zastępcę i deleguje uprawnienia na czas swojej nieobecności.

§ 12

1. Do obowiązków i uprawnień Dyrektora należy w szczególności:

- 1) zapewnienie sprawnego funkcjonowania Szpitala,
- 2) organizowanie pracy w Szpitalu w sposób zapewniający osiągnięcie celów oraz możliwość realizacji zadań statutowych Szpitala,
- 3) należyte gospodarowanie mieniem własnym lub przekazanym Szpitalowi do użytkowania,
- 4) prowadzenie właściwej polityki płacowo-kadrowej, zatrudnianie i zwalnianie pracowników,
- 5) należyte gospodarowanie środkami finansowymi i rzeczowymi pozostającymi w dyspozycji Szpitala,
- 6) zapewnienie właściwego poziomu świadczonych usług,
- 7) zatwierdzanie planów inwestycyjno-remontowych oraz planów zakupów aparatury i sprzętu medycznego,
- 8) zapewnienie właściwego stanu sanitarnego Szpitala i jego najbliższego otoczenia,
- 9) zapewnienie pracownikom bezpiecznych i higienicznych warunków pracy oraz dbałość o przepisy przeciwpożarowe,

- 10) współpraca z Podmiotem Tworzącym, Ministrem Zdrowia oraz Radą Społeczną Szpitala,
- 11) zapewnienie funkcjonowania w szpitalu adekwatnej, skutecznej i efektywnej kontroli zarządczej,
- 12) wykonywanie innych zadań wynikających z odrębnych przepisów.

2. W celu realizacji zadań Dyrektor Szpitala:

- 1) wydaje zarządzenia wewnętrzne, komunikaty, instrukcje, polecenia służbowe,
- 2) ustala regulaminy wewnętrzne,
- 3) powołuje zespoły opiniodawcze, komisje, itp.

§ 13

1. Do dokonywania czynności prawnych w imieniu Szpitala upoważniony jest Dyrektor.
2. Dyrektor może upoważnić inne osoby do dokonywania niektórych czynności prawnych, określając zakres udzielonego pełnomocnictwa.

§ 14

1. Dyrektor Szpitala dokonuje wyboru osób na stanowiska swoich zastępców.
2. Podejmuje decyzje w sprawach osobowych, a w szczególności:
 - 1) ogłasza konkursy na stanowiska kierownicze,
 - 2) przyjmuje do pracy, rozwiązuje umowy, karze, nagradza i wyróżnia pracowników, przyznaje premie i zmienia wynagrodzenia pracownicze – realizuje politykę kadrową Szpitala.
3. Dyrektor Szpitala lub upoważniony przez niego pracownik przyjmuje skargi i wnioski pacjentów oraz innych zainteresowanych osób i załatwia je według posiadanych kompetencji.
4. Szczegółową strukturę organizacyjną Szpitala i jego jednostek, zakres działania poszczególnych jednostek organizacyjnych, stanowiska kierownicze oraz zakres kompetencji i pełnomocnictw zajmujących je osób określa Dyrektor Szpitala Zarządzeniami Wewnętrznymi.
5. Utworzenie nowych stanowisk pracy lub nowych komórek organizacyjnych wymaga decyzji Dyrektora.
6. Dokonuje okresowej oceny działalności pracowników zatrudnionych na stanowiskach kierowniczych.
7. Sprawuje nadzór nad wykonywaniem zadań przez pracowników bezpośrednio podległych.

§ 15

1. Dyrektor Szpitala udziela zamówienia na świadczenia zdrowotne oraz zawiera umowy cywilno-prawne związane z ich realizacją.
2. Dyrektor Szpitala dokonuje oceny jakości realizowania świadczeń medycznych oraz ich zgodności z zawartą umową cywilno - prawną.

§ 16

1. Dyrektorowi Szpitala bezpośrednio podlegają:

1) zastępcy dyrektora:

- a) ds. leczenia,
- b) ds. pielęgniarstwa,
- c) ds. eksploatacyjno – technicznych,
- d) ds. ekonomiczno-finansowych.

2) kierownicy:

- a) działu służby pracowniczej,
- b) kancelarii i sekretariatu,
- c) sekcji BHP i P.poż,
- d) sekcji kontroli zarządczej.

3) pozostałe stanowiska pracy:

- a) radcy prawni,
- b) kapelani szpitalni,
- c) pełnomocnik dyrektora ds. jakości,
- d) inspektor ds. obrony cywilnej,
- e) pełnomocnik ds. ochrony informacji niejawnych,
- f) pełnomocnik ds. praw pacjenta,
- g) administrator bezpieczeństwa informacji,
- h) inspektor ochrony radiologicznej.

4) komisje, zespoły oraz inne komórki:

- a) zespół kontroli zakażeń szpitalnych.

§ 17

1. Zastępcy Dyrektora wykonują zadania z upoważnienia Dyrektora i w jego imieniu,

a w szczególności:

- 1) podejmują w powierzonym zakresie działania zapewniające wykonanie działań statutowych,
- 2) koordynują działalność podległych im komórek organizacyjnych,
- 3) kierują powierzonymi im odcinkami pracy Szpitala,
- 4) organizują i nadzorują wykonanie zadań przez kierowników komórek organizacyjnych wchodzących w skład powierzonych działów i równorzędnych komórek związanych z tymi działami,
- 5) wykonują inne zadania zlecone przez Dyrektora.

2. Zastępcy Dyrektora upoważnieni są do podejmowania decyzji w zakresie nadzoru i kierowania powierzonymi im komórkami organizacyjnymi z wyjątkiem zastrzeżonych do wyłącznej decyzji Dyrektora.

§ 18

1. Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa podlegają:

- 1) Lekarz Naczelny.
- 2) Centrum Urazowe oraz Szpitalny Oddział Ratunkowy.
- 3) Ordynatorzy i koordynatorzy oddziałów.
- 4) Kierownicy:
 - a) apteki szpitalnej,
 - b) działu statystyki i dokumentacji medycznej,
 - c) bloku operacyjnego,
 - d) działu diagnostyki obrazowej,
 - e) medycznego laboratorium diagnostycznego,
 - f) działu patomorfologii,
 - g) zakładu bakteriologii,
 - h) zakładu medycyny nuklearnej,
 - i) ośrodka żywienia klinicznego,
 - j) pracowni immunologii transfuzjologicznej,
 - k) poradni lekarza zakładowego,
 - l) poradni specjalistycznych,
 - m) samodzielnych pracowni,
 - n) poradni lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.
- 5) Psycholog.
- 6) Logopeda.
- 7) Pracownik ds. socjalnych.
- 8) Kierownik ds. administracyjnych przychodni.

§ 19

1. Z-cy Dyrektora ds. Pielęgniarstwa podlegają:

- 1) Przełożona Pielęgniarek i Położnych.
- 2) Kierownik Centralnej Strylizatorni.

2. Z-ca dyrektora ds. Pielęgniarstwa pełni funkcję Pełnomocnika Dyrektora ds. Jakości.

3. Pełnomocnikowi Dyrektora ds. Jakości podlegają:

- 1) Sekcja ds. jakości.

§ 20

1. Z-cy Dyrektora ds. Administracyjno-Finansowych podlegają:

- 1) Główny Księgowy.
- 2) Kierownik działu kontraktowania i rozliczeń.
- 3) Kierownik działu zamówień publicznych i zaopatrzenia.
- 4) Kierownik sekcji kontrolingu.
- 5) Kierownik działu zarządzania, marketingu i promocji.

§ 21

1. Z-cy Dyrektora ds. Eksploatacyjno- Technicznych podlegają:

- 1) Kierownik działu eksploatacyjno-technicznego.
- 2) Kierownik działu gospodarczego.
- 3) Kierownik działu informatyki.
- 4) Kierownik działu aparatury medycznej.
- 5) Kierownik sekcji inwestycji.

§ 22

1. Schemat struktury organizacyjnej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie stanowią załączniki nr 4, 5, 6, 7 do niniejszego Regulaminu Organizacyjnego.
2. Zakresy zadań poszczególnych komórek organizacyjnych Szpitala określają załączniki nr 8, 9 do niniejszego Regulaminu Organizacyjnego.

Dział IV. Rodzaj działalności leczniczej, zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych

§ 23

1. Podmiot prowadzi działalność leczniczą w rodzaju:

- 1) Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne:
 - a) szpitalne
 - b) ambulatoryjne świadczenia zdrowotne.

2. Schemat stanowi załącznik nr 5 do niniejszego regulaminu.

§ 24

1. Podmiot realizuje świadczenia zdrowotne poprzez działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich udzielania w szczególności specjalistyczne świadczenia zdrowotne, ambulatoryjne i stacjonarne obejmujące:

- 1) badanie i poradę lekarską,
- 2) leczenie,

- 3) badanie i terapię psychologiczną,
- 4) rehabilitację leczniczą,
- 5) opiekę nad kobietą ciężarną i jej płodem, porodem, położeniem oraz nad noworodkiem,
- 6) opiekę nad zdrowym dzieckiem,
- 7) badanie diagnostyczne, w tym z analityką medyczną,
- 8) pielęgnację chorego,
- 9) pielęgnację niepełnosprawnych i opiekę nad nimi,
- 10) orzekanie i opiniowanie o stanie zdrowia,
- 11) zapobieganie powstaniu urazów i chorób poprzez działania profilaktyczne oraz szczepienia ochronne,
- 12) udzielanie konsultacji specjalistycznych,
- 13) prowadzenie szkoleń i doskazywanie personelu.

§ 25

1. Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne obejmują świadczenia podstawowej lub specjalistycznej opieki zdrowotnej oraz świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej, udzielane w warunkach niewymagających ich udzielania w trybie stacjonarnym i całodobowym w odpowiednio urządzonym, stałym pomieszczeniu. Udzielanie tych świadczeń może odbywać się w pomieszczeniach przedsiębiorstwa, w tym w pojeździe przeznaczonym do udzielania tych świadczeń, lub w miejscu pobytu pacjenta.
2. Działalności lecznicza w rodzaju ambulatorium świadczenia zdrowotne może obejmować także udzielanie świadczeń zdrowotnych, które obejmują swoim zakresem badania diagnostyczne wykonywane w celu rozpoznania stanu zdrowia i ustalenia dalszego postępowania leczniczego.

§ 26

1. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie (Szpital) udziela świadczeń zdrowotnych bezpłatnie, za częściową odpłatnością lub odpłatnie na zasadach określonych w ustawie o działalności leczniczej, w przepisach odrębnych, w niniejszym Regulaminie lub w umowie cywilnoprawnej.
2. Szpital udziela świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych osobom ubezpieczonym oraz innym, osobom uprawnionym do tych świadczeń na podstawie odrębnych przepisów, na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej z:
 - 1) Dyrektorem Warmińsko-Mazurskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia,
 - 2) Ministrem właściwym do spraw zdrowia lub
 - 3) innym dysponentem środków publicznych nieodpłatnie, za częściową odpłatnością lub całkowitą odpłatnością.

3. Szpital udziela świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych w innych przypadkach niż opisane w ustępie poprzedzającym w sposób i na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2007 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nieodpłatnie, za częściową odpłatnością lub całkowitą odpłatnością.
4. Świadczenia zdrowotne udzielane są w medycznych komórkach organizacyjnych szpitala, których zakres obejmuje Statut oraz niniejszy Regulamin.

§ 27

1. Szpital nie może odmówić udzielenia świadczeń zdrowotnych osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia.
2. Świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych udzielane są osobą ubezpieczonym. Za pomocą systemu eWUŚ (Elektroniczna Weryfikacja Upnień Świadczeniobiorców) Szpital dostaje natychmiastowe potwierdzenie prawa pacjenta do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W przypadku pacjentów, u których system stwierdził brak uprawnień, pacjent może przedstawić dokument potwierdzający prawo do świadczeń lub złożyć pisemne oświadczenie o przysługującym mu prawie do świadczeń.
3. Brak potwierdzenia prawa pacjenta do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych nie może być podstawą odmowy udzielenia świadczenia w razie nagłego zachorowania, wypadku, urazu, zatrucia, stanu zagrożenia życia lub porodu.
4. Bezpłatnie, niezależnie od uprawnień z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego udziela się świadczeń zdrowotnych związanych z ciążą, położeniem i porodem.

§ 28

1. Świadczenia diagnostyczno-lecznicze w medycznych komórkach organizacyjnych wykonywane są:
 - 1) na podstawie skierowania lekarza, lekarza stomatologa lub felczera, jeżeli cel leczenia nie może być osiągnięty przez leczenie ambulatoryjne,
 - 2) bez skierowania w stanach bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia lub porodu,
 - 3) na podstawie odrębnych umów z dysponentami środków finansowych.

§ 29

1. W Szpitalu świadczenia opieki zdrowotnej udzielane są przez osoby wykonujące zawody medyczne oraz przez wolontariuszy, spełniających wymagania, określone w odrębnych przepisach.
2. Niedopuszczalne jest udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej osobom nie będącym pacjentami Szpitala, a także Pacjentom Szpitala w imieniu własnym i za odpłatnością przez osoby wykonujące zawody medyczne w Szpitalu, poza sytuacją w stanie zagrożenia życia i zdrowia pacjenta.

§ 30

1. Szpitala może udzielać zamówienia na świadczenia opieki zdrowotnej w celu wykonywania zadań Szpitala określonych w Statucie innemu publicznemu lub niepublicznemu zakładowi opieki zdrowotnej, osobie wykonującej zawód medyczny w ramach indywidualnej praktyki lub indywidualnej specjalistycznej praktyki, grupowej praktyce lekarskiej i grupowej praktyce pielęgniarek, położnych, osobie legitymującej się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny.
2. Szczegółowe zasady zamówienia na świadczenia opieki zdrowotnej określają przepisy odrębne oraz umowa między Szpitalem oraz przyjmującym zamówienie.

§ 31

1. Świadczenia zdrowotne dla pacjentów Szpitala, udzielane są w siedzibie Szpitala, w budynkach szpitala, w pomieszczeniach, spełniających wymogi do udzielania w nich świadczeń zdrowotnych.
2. Świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie żywienia poza i dojelitowego mogą być udzielane w warunkach domowych, w miejscu zamieszkania lub pobytu pacjenta.
3. W przypadku konieczności ratowania zdrowia lub życia personel medyczny SKOR lub inna osoba wyznaczona przez lekarza SKOR może udzielić świadczeń zdrowotnych na terenie Szpitala, poza budynkami Szpitala.

Dział V. Przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości tych świadczeń w komórkach organizacyjnych Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie

Rozdział I. Zapewnienie dostępności i jakości świadczeń opieki zdrowotnej

§ 32

1. W Szpitalu świadczenia opieki zdrowotnej udzielane są w trybie odpowiadającym potrzebom zdrowotnym pacjentów, wedle określonego porządku oraz w ramach procedury zapewniającej pacjentom sprawiedliwy, równy, niedyskryminujący i przejrzysty dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju lecznictwo szpitalne, ambulatoryjna opieka specjalistyczna, programy profilaktyczne oraz w zakresie świadczeń wysokospecjalistycznych i odrębnie kontraktowanych (zgodnie z ustawą z 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).
2. Potrzeby zdrowotne pacjentów kwalifikuje się jako:
 - 1) przypadek nagły, kiedy stwierdza się u pacjenta stan polegający na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, którego

bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała lub utrata życia, wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia,

2) przypadek pilny, jeżeli istnieje konieczność pilnego udzielenia świadczenia ze względu na dynamikę procesu chorobowego i możliwość szybkiego pogorszenia stanu zdrowia lub znaczącego zmniejszenia szans na powrót do zdrowia,

3) przypadek stabilny, jeśli pacjent nie znajduje się w stanie nagłym i nie został zakwalifikowany jako przypadek pilny.

3. Kolejność udzielania świadczeń opieki zdrowotnej ustalana jest na podstawie kryteriów medycznych opartych na aktualnej wiedzy medycznej.

Rozdział II. Przyjęcia nagłe

§ 33

1. Przyjęcia nagłe (ze wskazań życiowych) – odbywają się w SOR wg następujących zasad:

1) w WSS funkcjonuje Centrum Urazowe, którego celem jest przyjmowanie oraz kompleksowa diagnoza i wielospecjalistyczne leczenie pacjenta, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną w zakresie terapii ciężkich, mnogich lub wielonarządowych obrażeń ciała. CU WSS działa na bazie SOR, OIT, oddziałów zabiegowych i bloku operacyjnego będących w zasobach Szpitala oraz zatrudnionego w wyżej wymienionych oddziałach personelu. W przypadku zdarzeń masowych obowiązują zasady przyjęcia do szpitala opisane w procedurze PA/CO4 „Postępowanie na wypadek wystąpienia zdarzenia mnogiego, masowego i katastrofy”.

2) przyjęcia nagłe lub poród oraz pacjenci przywiezieni przez pogotowie nie wymagają skierowania na leczenie.

3) lekarz poradni specjalistycznej kierujący pacjenta do SOR celem przyjęcia w trybie nagłym powinien wystawić skierowanie na hospitalizację.

4) lekarz WSS indywidualnie ustala/zgłasza przyjęcie do określonego oddziału Szpitala.

5) tożsamość pacjentów przyjmowanych do SOR powinna być ustalana na podstawie dowodu osobistego lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość.

6) ubezpieczenie pacjenta potwierdzone jest elektronicznie w eWUŚ (elektroniczna weryfikacja uprawnień świadczeniobiorcy). W przypadku braku ubezpieczenia pacjent po uzyskaniu świadczeń zdrowotnych zobowiązany jest do opłaty za wykonaną usługę medyczną.

7) pacjent zgłaszający się do SOR jest wstępnie zbadany przez ratownika medycznego/pielęgniarkę (TRIAGE). Celem TRIAGE jest zapewnienie płynnego przepływu pacjentów przez oddział, ale także zminimalizowanie ryzyka błędu w ocenie stanu pacjenta.

System segregacji szpitalnej służy przyporządkowaniu pacjentów do grup pilności udzielania pomocy. Pielęgniarka/Ratownik medyczny wykonuje TRIAGE zgodnie z algorytmem i przyporządkowuje pacjenta do jednej z kategorii określających kolejność, według których pacjent powinien być zbadany przez lekarza.

8) jeżeli z wstępnego badania (badanie przedmiotowe, podmiotowe, badania dodatkowe i konsultacje) wynikają bezwzględne wskazania do natychmiastowego leczenia szpitalnego, względnie obserwacji szpitalnej, lekarz SOR kieruje pacjenta na właściwy oddział Szpitala,

9) decyzję o przyjęciu pacjenta SOR do Szpitala podejmuje lekarz SOR w uzgodnieniu z lekarzem dyżurnym danego oddziału Szpitala,

10) wątpliwości o charakterze klinicznym rozstrzyga:

a) Ordynator SOR lub Dyrektor ds. Lecznictwa/Lekarz Naczelny Szpitala (do godziny 15.00 w dni powszednie),

b) Lekarz Naczelny Dyżuru (po godzinie 15.00 oraz w dni wolne od pracy) opierając się w uzasadnionych przypadkach na opinii zwołanego w konkretnym przypadku konsylium lekarskiego,

11) pacjenci, których stan zdrowia tego wymaga powinni być przetransportowani do właściwego oddziału Szpitala w sposób wskazany przez lekarza SOR,

12) jeżeli w czasie badania pacjenta SOR okaże się, że istnieje podejrzenie występowania u niego choroby zakaźnej, należy bezzwłocznie skierować pacjenta do właściwego zakładu opieki zdrowotnej, a w pomieszczeniach, w których przebywał przeprowadzić doraźną dezynfekcję,

13) jeżeli lekarz przy badaniu pacjenta poweźmie uzasadnione podejrzenie, że uszkodzenie ciała lub zaburzenia czynności organizmu pacjenta pozostają w związku z popełnieniem przestępstwa, bezzwłocznie zawiadamia o tym fakcie właściwą jednostkę organizacyjną Policji.

§ 34

1. Po wstępnej diagnostyce i leczeniu w SOR może mieć miejsce sytuacja, że pacjent wymaga kontynuacji leczenia szpitalnego w szpitalu o profilu, którego nie posiada WSS. Lekarz SOR ustala miejsce w szpitalu, do którego kieruje pacjenta i jeżeli zachodzi taka potrzeba zamawia transport sanitarny.

2. Każdy pacjent przyjmowany w SOR jest rejestrowany w ewidencji elektronicznej pacjentów szpitalnych i ma prowadzoną dokumentację medyczną.

Rozdział III. Przyjęcia planowe

§ 35

1. Przyjęcia planowe w ramach stacjonarnej i ambulatoryjnej opieki zdrowotnej się w trybie odpowiadającym potrzebom zdrowotnym pacjentów „przypadek pilny”, „przypadek stabilny” oraz zgodnie z kryteriami medycznymi opartymi na aktualnej wiedzy medycznej.
2. Pacjent posiadający skierowanie na leczenie szpitalne z poradni specjalistycznej będącej w strukturze Szpitala jest wpisywany na listę oczekujących z oznaczoną kategorią medyczną „przypadek pilny” lub „przypadek stabilny”.
3. Wpis na listę oczekujących dokonywany jest bezpośrednio do systemu informatycznego w czasie wizyty w Poradni.
4. Lekarz AOS wystawia skierowanie z podaniem ustalonej daty zgłoszenia się do oddziału.
5. Pacjent posiadający skierowanie na leczenie szpitalne z innego podmiotu leczniczego może być wpisany na listę oczekujących po stawieniu się osobiście.
6. Kwalifikacja pacjenta odbywa się na Izbie Przyjęć lub w oddziale szpitalnym. Kwalifikacji dokonuje ordynator danego oddziału lub upoważniony przez ordynatora lekarz oddziału.
7. Po weryfikacji (badanie przedmiotowe, podmiotowe, analiza wcześniej wykonanych badań, będących podstawą skierowania) pacjent:
 - 1) zostaje przyjęty do Szpitala lub
 - 2) uzyskuje odmowę przyjęcia do szpital z następującą dyspozycją:
 - a) zostaje wpisany na listę oczekujących na leczenie szpitalne z oznaczoną kategorią medyczną „przypadek pilny” lub „przypadek stabilny”, lub
 - b) jest kierowany do dalszej opieki specjalistycznej z oznaczoną kategorią medyczną „przypadek pilny” lub „przypadek stabilny”, lub
 - c) otrzymuje zalecenia dla lekarza kierującego co do dalszego postępowania.
8. Na listach oczekujących umieszczani są pacjenci zaliczani do kategorii medycznych „przypadek pilny” lub „przypadek stabilny”. Pacjentów zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek pilny” umieszcza się na liście oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej przed pacjentami zakwalifikowanymi do kategorii medycznej „przypadek stabilny”.
9. Na listach oczekujących nie są umieszczani:
 - 1) pacjenci w stanie nagłym,
 - 2) pacjenci objęci kontynuacją leczenia.
10. Zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych poza kolejnością przyjmowani są:
 - 1) inwalidzi wojenni i wojskowi oraz kombatanci, na podstawie legitymacji,

- 2) osoby posiadające tytuł „Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi” lub „Zasłużonego Dawcy Przeszczepu” po przedstawieniu legitymacji potwierdzającej ww. tytuł,
 - 3) uprawnieni żołnierze lub pracownicy w zakresie leczenia urazów i chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa.
11. Zgodnie z art. 24 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przepisów niniejszego aktu nie stosuje się do świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu przeszczepów udzielanych osobom, które są wpisywane na krajowe listy osób oczekujących na przeszczepienie komórek, tkanek i narządów, zgodnie z przepisami o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów.
 12. W każdym momencie procesu ustalania potrzeb zdrowotnych pacjenta i ich kategoryzacji, pracownicy Szpitala powziawszy informację o nagłym pogorszeniu się stanu zdrowia pacjenta, kwalifikującym się do stwierdzenia stanu nagłego kierują pacjenta do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego (SOR) celem niezwłocznego udzielenia świadczenia.

§ 36

1. Pacjent ma możliwość wpisania się tylko na jedną listę oczekujących u jednego świadczeniodawcy w celu otrzymania jednego świadczenia opieki zdrowotnej (na podstawie skierowania).
2. Podstawą przesunięcia na liście oczekujących są kryteria medyczne określone w załączniku nr 4 do Zarządzenia Dyrektora nr 40/13 z dnia 25.10.2013r.
3. Zmiana kwalifikacji pacjenta dokonywana jest przez ordynatora oddziału lub upoważnionego lekarza.
4. W przypadku zmiany kwalifikacji lekarz dokonuje zmiany terminu udzielenia świadczenia zdrowotnego w trybie hospitalizacji z podaniem przyczyny zmiany terminu w Księdze Oczekujących.
5. O zmianie terminu pacjent zostaje niezwłocznie powiadomiony.
6. W razie wystąpienia okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili ustalania terminu udzielania świadczenia opieki zdrowotnej, a które uniemożliwiają zachowanie terminu wynikającego z listy oczekujących, Szpital informuje pacjenta w każdy dostępny sposób o zmianie terminu i jej przyczynie. Przepis ten dotyczy również przypadku zmiany terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej na wcześniejszy.
7. Pacjent jest zobowiązany do niezwłocznego powiadomienia Szpitala o niemożności stawienia się w wyznaczonym przez Szpital terminie.
8. W przypadku powzięcia informacji przez Szpital o niemożności stawienia się w wyznaczonym terminie, na wniosek pacjenta wyznaczany jest kolejny termin.

9. Skreślenie z listy oczekujących następuje w przypadku:

- 1) nie zgłoszenia się pacjenta w wyznaczonym terminie,
- 2) wcześniejszego wykonania świadczenia przez innego świadczeniodawcę,
- 3) zaprzestania wykonywania świadczenia danego rodzaju przez świadczeniodawcę,
- 4) powiadomienia przez pacjenta o rezygnacji z wizyty.

10. Pacjent ma możliwość uzyskać informacje o możliwości udzielenia świadczenia przez innych świadczeniodawców, o średnim czasie oczekiwania na nie oraz o liczbie pacjentów oczekujących na stronie internetowej www.nfz-olsztyn.pl obsługiwanej przez Warmińsko-Mazurski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia.

§ 37

1. Lista oczekujących na udzielenie świadczenia stanowi integralną część dokumentacji medycznej prowadzonej przez Szpital.

Rozdział IV. Przebieg procesu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej - Stacjonarna opieka zdrowotna. Przyjęcie do szpitala

§ 38

1. W dniu ustalonego terminu przyjęcia do Szpitala do leczenia w danym oddziale w trybie planowym pacjent zgłasza się do Planowej Izby Przyjęć czynnej codziennie w godzinach 7.00 – 19.00.
2. Podczas przyjęcia do Szpitala pacjent obowiązany jest przedstawić:
 - 1) skierowanie do Szpitala wraz z posiadaną dokumentacją medyczną i wynikami badań zleconych przez lekarza kierującego,
 - 2) dowód osobisty lub inny dokument potwierdzający tożsamość pacjenta,
 - 3) ubezpieczenie pacjenta potwierdzone jest elektronicznie w eWUŚ (elektroniczna weryfikacja uprawnień świadczeniobiorcy). W przypadku braku ubezpieczenia pacjent po uzyskaniu świadczeń zdrowotnych zobowiązany jest do opłaty za wykonaną usługę medyczną.
3. Pacjent w szpitalu może korzystać z własnej odzieży osobistej typu piżama, obuwie, wskazane jest również posiadanie przyborów higienicznych. W przypadku braku asortyment ten zabezpieczony jest przez szpital.
4. Odzież i obuwie zewnętrzne pacjent powinien przekazać rodzinie lub do magazynu odzieży za pokwitowaniem.
5. Posiadane przedmioty wartościowe po odpowiednim udokumentowaniu pacjent może przekazać do zabezpieczenia w depozycie Szpitala. Szpital nie ponosi odpowiedzialności materialnej za przedmioty wartościowe pacjenta, jeżeli nie zostały oddane do depozytu.

6. Sposób prowadzenia depozytu przedmiotów wartościowych oraz magazynu odzieży w Szpitalu określa procedura zabezpieczenia rzeczy wartościowych oraz przechowywania rzeczy pacjenta w magazynie odzieży.
7. W izbie przyjęć pacjent zostaje zarejestrowany w Księdze Głównej Przyjęć, założona jest dokumentacja medyczna w postaci strony paszportowej historii choroby.
8. Pacjent informowany jest o prawach pacjenta, otrzymuje informator dla pacjenta, a następnie pracownik przyjmuje od pacjenta pisemną zgodę na hospitalizację.
9. Pacjent wskazuje osoby upoważnione do udostępniania dokumentacji medycznej oraz wskazuje osoby upoważnione do informowania o jego stanie zdrowia, dane te potwierdza własnoręcznym podpisem.
10. W przypadku wyrażania woli przez pacjenta ustnie fakt ten dokumentowany jest w dokumentacji medycznej i potwierdzony pieczętką i podpisem lekarza.
11. Pacjent wraz z dokumentacją medyczną, pod opieką uprawnionego pracownika kierowany jest do oddziału zgodnie ze skierowaniem lekarza i specyfiką schorzenia.

Rozdział V. Przebieg procesu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej - Stacjonarna opieka zdrowotna. Identyfikacja pacjenta

§ 39

1. W trakcie przyjęcia do szpitala uprawniony personel Izby Przyjęć lub SOR pozyskuje od pacjenta dane pozwalające na identyfikację pacjenta w systemie ruchu chorych oraz niezbędne do realizacji i dokumentowania świadczeń medycznych:
 - 1) nazwisko i imię (imiona),
 - 2) data urodzenia,
 - 3) oznaczenie płci,
 - 4) adres zamieszkania,
 - 5) 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.
2. Jeżeli nie jest możliwe ustalenie tożsamości pacjenta, w dokumentacji dokonuje się oznaczenia: „NN”, płeć, okoliczności przyjęcia wraz z numerem księgi głównej. Kolejne osoby „NN” przyjmowane w trakcie doby oznaczają się kolejnymi cyframi rzymskimi.
3. Pacjent wpisywany jest do ewidencji szpitala – Księga Główna Przyjęć; otrzymuje numer, który zamieszczany jest w historii choroby. Każdy pobyt w szpitalu opatrzony jest innym numerem Księgi Głównej.

Ponadto Pacjent w systemie elektronicznym otrzymuje numer identyfikacyjny MIP-medyczny identyfikator pacjenta, pozwalający na pełną identyfikację w systemie elektronicznym. Numer ten jest umieszczony na opasce identyfikacyjnej zakładanej każdemu pacjentowi podczas przyjęcia do szpitala.

4. Pacjenci nieprzytomni, lub z zaburzeniami psychicznymi, lub kierowani na zabiegi operacyjne i badania inwazyjne zaopatrywani są w znaki tożsamości w postaci opasek z tworzywa sztucznego, zakładanych na nadgarstek, na których są zapisywane dane: imię i nazwisko, numer PESEL.
5. Dzieci urodzone w Szpitalu zaopatrywane są w znaki tożsamości natychmiast po urodzeniu. Położna pokazuje dziecko matce, informuje o płci, zaopatruje dziecko w obecności matki w znaki tożsamości.
6. Znakami tożsamości są opaski wykonane z tworzywa sztucznego, na których są wpisywane czytelnie: płeć, data i godzina urodzenia się dziecka oraz imię i nazwisko matki. Znaki tożsamości dzieci urodzonych z ciąży mnogiej dodatkowo zawierają cyfry rzymskie wskazujące na kolejność rodzenia się dzieci.
7. W przypadku gdy przebieg porodu nie pozwala na pokazanie dziecka matce i na poinformowanie jej o płci, lekarz lub położna są obowiązani zaopatrzyć dziecko w znaki tożsamości natychmiast po urodzeniu się dziecka.
8. Znaki tożsamości są zakładane swobodnie wokół nadgarstków obu rąk albo kostek obu nóg dziecka, w sposób zapewniający ich utrzymanie się.
9. Fakt zaopatrzenia urodzonego dziecka w znaki tożsamości oraz dane zawarte na znakach odnotowuje się w dokumentacji medycznej oraz potwierdza podpisem położna zakładająca znaki tożsamości.
10. W przypadku stwierdzenia zniszczenia lub zmniejszenia czytelności znaków tożsamości założonych po urodzeniu dziecka w Szpitalu, położna/pielęgniarka wymienia na czytelne znaki tożsamości i dokumentuje ten fakt dokumentacji medycznej.
11. Przy wypisywaniu dziecka urodzonego w Szpitalu pracownik Szpitala w obecności osoby odbierającej dziecko, jest obowiązany sprawdzić jego tożsamość, odnotować tę okoliczność w dokumentacji medycznej i potwierdzić podpisem. Adnotację tę podpisuje także osoba odbierająca dziecko.
12. Do dokumentacji medycznej dziecka dołącza się znaki tożsamości dziecka, w które było ono zaopatrzone podczas pobytu w Szpitalu.

Rozdział VI. Przebieg procesu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej - Stacjonarna opieka zdrowotna. Identyfikacja personelu

§ 40

1. Pracownicy szpitala, pracownicy podwykonawcy usług oraz uczestnicy kształcenia zawodowego zobligowani są do noszenia identyfikatorów osobistych pozwalających na ustalenie imienia nazwiska i pełnionej funkcji oraz tytułu zawodowego lub naukowego.
2. Przed wejściem do oddziałów, zakładów diagnostycznych widnieją tablice informujące o osobach kierujących oddziałem/zakładem tj. imię i nazwisko ordynatora, kierownika i pielęgniarki lub położnej oddziałowej.
3. W oddziałach znajdują się tablice informujące o lekarzach i pielęgniarkach dyżurujących w danym dniu.
4. Pracownicy medyczni realizujący świadczenia zobowiązani są do przedstawiania się z imienia i nazwiska oraz funkcji.

Rozdział VII. Przebieg procesu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej - Stacjonarna opieka zdrowotna. Realizacja świadczeń zdrowotnych w oddziale

§ 41

1. Świadczenia medyczne w oddziałach realizowane są całodobowo przez pracowników medycznych poszczególnych oddziałów zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami i nadanymi uprawnieniami.
2. Procesem leczenia poszczególnych pacjentów kieruje lekarz prowadzący, natomiast w godzinach dyżurowych opiekę nad chorymi w oddziale sprawuje lekarz dyżurny.
3. Ordynator Oddziału wyznacza dla każdego pacjenta lekarza prowadzącego, odpowiedzialnego za bieżącą terapię i opiekę medyczną, bieżące informowanie oraz prowadzenie jego dokumentacji medycznej. Nazwisko lekarza prowadzącego odnotowane jest w dokumentacji medycznej.
4. Pacjenci przyjęci w trybie nagłym, w godzinach dyżurowych objęci zostają opieką przez lekarza dyżurnego.
5. Pielęgniarka oddziałowa wyznacza zgodnie z rozkładem pracy pielęgniarki/położne opiekujące się pacjentami w każdym dniu i na zmianie roboczej.
6. Lekarz oddziału może korzystać w procesie diagnozowania i leczenia pacjenta z konsultacji lekarskich specjalistów innych dziedzin, zatrudnionych w szpitalu. W przypadku braku lekarza niezbędnej specjalizacji może wezwać lekarza konsultującego spoza szpitala zgodnie z umowami zawartymi przez szpital.

7. Materiał do badań diagnostyczny pobierany jest od pacjenta w oddziale, w którym przebywa.
8. Badania i zabiegi wymagające aparatury medycznej wykonywane są w pracowniach/gabinetach diagnostycznych i zabiegowych szpitala lub podwykonawcy zgodnie z obowiązującą umową.
9. W przypadku kiedy szpital nie posiada możliwości wykonania koniecznego badania/zabiegu wynikającego z procesu leczniczego, pacjent lub materiał do badań transportowany jest do podwykonawcy na koszt szpitala.
10. Szpital zapewnia pacjentom niezbędne środki lecznicze, pielęgnacyjne wynikające z procesu leczenia. Leki zlecane są przez lekarzy w oparciu o przyjętą przez szpital listę leków tzw. Receptariusz szpitala.
11. Pacjenci zobowiązani są do poinformowania lekarza o rodzaju i dawkach leków przyjmowanych przed hospitalizacją. Jeżeli pacjent przyjmuje leki własne i nie jest w stanie przyjmować ich samodzielnie, leki należy czytelnie oznakować imieniem i nazwiskiem, zapisać liczbę sztuk w opakowaniu i przekazać pielęgniarce oddziału celem dawkowania zgodnie ze zaleceniem lekarskim.

Rozdział VIII. Przebieg procesu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej - Stacjonarna opieka zdrowotna. Dokumentacja medyczna

§ 42

1. Pobyt i leczenie pacjenta na poszczególnych etapach dokumentowane są zgodnie z obowiązującym prawem w dokumentacji medycznej indywidualnej i zbiorczej.
2. Dokumentacja prowadzona jest w postaci elektronicznej i w postaci papierowej przez pracowników medycznych, zgodnie z posiadanymi kompetencjami i wymaganiami obowiązującymi w tym zakresie. Dostęp do dokumentacji w wersji elektronicznej posiadają osoby uprawnione w oparciu o kody dostępu nadane przez administratora danych.
3. Dokumentacja tworzona jest na bieżąco zgodnie z chronologią działań.
4. W szpitalu ustanowiono procedurę tworzenia, prowadzenia i zabezpieczenia dokumentacji medycznej oraz wzory obowiązującej dokumentacji.
5. Historia choroby zakładana jest niezwłocznie po przyjęciu do szpitala. Zawiera ona pogrupowane informacje dotyczące przyjęcia do szpitala, przebiegu hospitalizacji, wypisania pacjenta ze szpitala. Do historii choroby dołącza się dokumenty dodatkowe prowadzone w zależności od rodzaju udzielanych świadczeń w szczególności:
 - 1) karta indywidualnej opieki pielęgniarzkiej,
 - 2) karta indywidualnej opieki prowadzonej przez położną,
 - 3) karta obserwacji,

- 4) karta gorączkowa,
 - 5) karta zleceń lekarskich,
 - 6) karta obserwacji przebiegu porodu,
 - 7) karta noworodka,
 - 8) karta przebiegu znieczulenia,
 - 9) karta zabiegów fizjoterapeutycznych,
 - 10) karta czynności ratunkowych,
 - 11) wyniki badań diagnostycznych, jeżeli nie zostały wpisane do historii choroby,
 - 12) wyniki badań obrazowych,
 - 13) wyniki badań histopatologicznych,
 - 14) wyniki konsultacji,
 - 15) protokół operacyjny,
 - 16) dokumentacja monitorowania bólu w przypadkach wymagających monitorowania,
 - 17) oświadczenia pacjenta lub przedstawiciela ustawowego o wyrażeniu zgody lub odmowy na wykonanie określonych procedur medycznych,
 - 18) Okołooperacyjna Karta Kontrolna.
6. Lekarz wypisujący przedstawia zakończoną i podpisaną historię choroby do akceptacji i podpisu lekarzowi kierującemu oddziałem, ordynatorowi.
7. Dokumentację dotyczącą opieki pielęgniarskiej akceptuje pielęgniarka/położna oddziałowa.
8. Zakończona historia przekazywana jest do Działu Statystyki i Dokumentacji Medycznej, a następnie do Archiwum Medycznego Szpitala.
9. Dokumentacja medyczna zabezpieczona i przechowywana jest w Archiwum szpitala przez okres 20 lat, wyjątki dotyczą:
- 1) dokumentacji medycznej w przypadku zgonu pacjenta na skutek uszkodzenia ciała lub zatrucia, która jest przechowywana przez okres 30 lat,
 - 2) zdjęć rentgenowskich przechowywanych poza dokumentacją medyczną pacjenta, które są przechowywane przez okres 10 lat,
 - 3) skierowań na badania lub zleceń lekarza, które są przechowywane przez okres 5 lat,
 - 4) dokumentacji medycznej dotyczącej dzieci do ukończenia drugiego roku życia, która jest przechowywana przez okres 22 lat.
10. Szpital udostępnia dokumentację medyczną:
- 1) pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu,
 - 2) osobie upoważnionej przez pacjenta,
 - 3) upoważnionym organom.

- 11.** Dokumentacja medyczna jest udostępniana na wniosek osoby uprawnionej, na podstawie decyzji dyrektora lub osoby przez niego upoważnionej. Formy udostępnienia:
- 1) do wglądu w siedzibie szpitala,
 - 2) poprzez sporządzenie jej wyciągów, odpisów lub kopii,
 - 3) poprzez wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, jeżeli uprawniony organ lub podmiot żąda udostępnienia oryginałów tej dokumentacji.
- 12.** Za udostępnienie dokumentacji medycznej w formie wyciągu, odpisu lub kopii szpital pobiera opłaty. Cennik stanowi załącznik nr 2 do niniejszego regulaminu.

Rozdział IX. Przebieg procesu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej - Stacjonarna opieka zdrowotna. Prawa pacjenta

§ 45

W procesie udzielania świadczeń przestrzegane są prawa pacjenta zgodnie z obowiązującymi aktami prawnymi. Prawa pacjenta, opublikowane w Ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku praw pacjenta dostępne są w każdym oddziale, w dyżurce pielęgniarskiej natomiast wyciąg z ustawy wyeksponowany na tablicach informacyjnych w miejscach udzielania świadczeń.

1. Prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych:

- 1) Pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością, odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej.
- 2) Pacjent ma prawo do korzystania z rzetelnej, opartej na kryteriach medycznych listy oczekujących – w sytuacji ograniczonej dostępności do świadczeń zdrowotnych.
- 3) Pacjent ma prawo żądać drugiej opinii. W razie wątpliwości pacjent ma prawo żądać, by lekarz zasięgnął opinii innego lekarza lub zwołał konsylium lekarskie, a pielęgniarka (położna) zasięgnęła opinii innej pielęgniarki (położnej). Żądanie oraz ewentualną odmowę odnotowuje się w dokumentacji medycznej.
- 4) Prawo wyboru. Każdy pacjent korzystający ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych z środków publicznych ma prawo wyboru:
 - a) w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – lekarza specjalisty spośród wszystkich lekarzy przyjmujących w poradniach specjalistycznych, które mają umowę z NFZ.
 - b) w ramach leczenia szpitalnego – dowolnego szpitala, posiadającego umowę z NFZ, na terenie całej Polski.

2. Prawo do informacji:

- 1) Pacjent ma prawo do informacji o swoich prawach, dlatego szpital wyeksponował treść praw pacjenta w miejscach udzielania świadczeń w informatorze dla pacjenta oraz na stronie internetowej.
- 2) Pacjent ma prawo do informacji o rodzaju i zakresie świadczeń udzielanych u danego świadczeniodawcy oraz o osobach udzielających tych świadczeń.
- 3) Pacjent ma prawo do informacji zrozumiałej i przystępnej dla niego.
- 4) Pacjent ma prawo do informacji o swoim stanie zdrowia, rozpoznaniu, metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. Ma także prawo zdecydować komu i jakie informacje o tym mogą być przekazywane.
- 5) Pacjent ma prawo do rezygnacji z otrzymywania informacji. Powinien jednak dokładnie wskazać z których informacji rezygnuje, np. o swojej sytuacji zdrowotnej. Pacjent po ukończeniu 16 roku życia ma prawo do uzyskania od lekarza informacji w formie i w zakresie niezbędnym do prawidłowego udzielenia świadczenia.

3. Prawo do wyrażenia zgody:

- 1) Pacjent, także małoletni, który ukończył 16 lat, ma prawo do wyrażenia świadomej zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego.
- 2) Jeżeli pacjent nie ukończył 18 lat, jest całkowicie ubezwłasnowolniony, niezdolny do świadomego wyrażenia zgody, prawo do wyrażenia zgody ma przedstawiciel ustawowy, a w przypadku jego braku – opiekun faktyczny.
- 3) Pacjent ma prawo odmówić lub zażądać zaprzestania udzielania świadczenia.
- 4) Pacjent który ukończył 16 lat, ubezwłasnowolniony, 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.
- 5) Zgoda lub odmowa powinna zostać poprzedzona przedstawieniem pacjentowi wyczerpującej informacji na temat planowanego, bądź już udzielanego świadczenia. W przypadku zabiegu operacyjnego albo zastosowania metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta, zgodę wyraża się w formie pisemnej.

4. Prawo pacjenta do tajemnicy informacji z nim związanych:

- 1) Pacjent ma prawo do poufności – zachowania w tajemnicy wszelkich informacji z nim związanych, a w szczególności o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu i rokowaniu, badaniach i ich wynikach.

2) Bez zgody pacjenta (lub zgody osoby sprawującej opiekę prawną nad pacjentem) nie wolno informować nikogo o jego stanie zdrowia. Pacjent ma prawo wskazać, komu informacje objęte tajemnicą będą przekazywane. Prawo to obowiązuje także po śmierci pacjenta.

5. Prawo do poszanowania intymności i godności pacjenta:

1) Pacjent ma prawo do poszanowania intymności i godności – osoba udzielająca świadczeń ma obowiązek postępować w sposób zapewniający poszanowanie tego prawa.

2) Pacjent ma prawo do godnego umierania.

3) Pacjent ma prawo do obecności bliskiej osoby przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjenta lub w przypadku prawdopodobieństwa wystąpienia zagrożenia epidemicznego osoba udzielająca świadczeń zdrowotnych może odmówić obecności osoby bliskiej pacjentowi. Odmowa musi zostać odnotowana w dokumentacji medycznej.

4) Obecność innych osób przy udzielaniu świadczenia, np. studentów medycyny, wymaga zgody pacjenta. Jeżeli pacjent jest małoletni, całkowicie ubezwłasnowolniony lub niezdolny do świadomego wyrażenia zgody, wymagana jest zgoda jego opiekuna oraz lekarza udzielającego świadczenia zdrowotnego.

6. Prawo pacjenta do dokumentacji medycznej: Pacjent ma prawo do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych (patrz Dokumentacja medyczna).

7. Prawo pacjenta do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie. Pacjent przebywający w szpitalu ma prawo do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie. Koszty przechowywania ponosi szpital.

8. Prawo do zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza: Pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy mogą wnieść sprzeciw wobec opinii albo orzeczenia lekarza, jeżeli mają one wpływ na prawa lub obowiązki pacjenta.

9. Prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego:

1) Pacjent przebywający w szpitalu ma prawo do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z innymi osobami, ale też ma prawo do odmowy takiego kontaktu.

2) Pacjent ma prawo do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, która nie polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

10. Prawo do opieki duszpasterskiej:

1) Pacjent ma prawo do opieki duszpasterskiej - w sytuacji pogorszenia się stanu zdrowia lub zagrożenia życia Pacjenta szpital ułatwia pacjentowi kontakt z duchownym jego wyznania.

Szpital zatrudnia duchownych wyznania rzymskokatolickiego i grekokatolickiego i umożliwia korzystanie z usług duszpasterskich w oddziałach oraz w kaplicy szpitalnej.

11. Dyrektor lub upoważniony przez niego lekarz może ograniczyć korzystanie z praw pacjenta w przypadku wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów, a w przypadku niektórych praw także ze względu na możliwości organizacyjne.

Rozdział X. Przebieg procesu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej - Stacjonarna opieka zdrowotna. Ciągłość opieki, transport pacjentów.

§ 44

1. Opieka lekarska w oddziałach szpitala realizowana jest przez lekarzy w systemie zapewniającym ciągłość opieki.
2. Opieka pielęgniarska realizowana jest w systemie zmianowym.
3. Lekarze i pielęgniarki wymieniają istotne informacje o pacjentach wielokrotnie w ciągu doby, zapewniając ciągłość opieki nad pacjentami.
4. Informacje o stanie zdrowia poszczególnych pacjentów są dokumentowane na bieżąco w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta.
5. Przekazanie opieki kolejnym zmianom następuje na styku dyżurów, lekarze 1 x na dobę o godzinie 7.30-8.00, pielęgniarki i położne 2x na dobę o godzinie 7.00 i 19.00.
6. Lekarze, pielęgniarki, położne przekazując pacjentów kolejnej zmianie przedstawiają istotne informacje o stanie zdrowia pacjentów, nowych przyjęciach na oddziałach, istotnych zdarzeniach, ich okolicznościach, podjętych działaniach.
Informacje te dokumentowane są w książkach raportów lekarskich i książkach raportów pielęgniarskich.
7. Pacjenci wymagający realizacji świadczeń medycznych w innym oddziale, pracowni diagnostycznej lub na bloku operacyjnym transportowani są przez upoważnionych pracowników. Sposób transportu pacjenta określony jest przez lekarza lub pielęgniarkę/położną. Pacjenci wymagający transportu w pozycji leżącej transportowani są przez pielęgniarki/położne lub ratowników medycznych. Pacjenci nieprzytomni, wymagający oddechu zastępczego transportowani są przez pielęgniarki/położne, ratowników oraz pod opieką lekarza danego oddziału, lub lekarzy anestezjologów. Do transportu pacjenta dołączona jest jego dokumentacja medyczna (historia choroby).

8. Pacjent, który został przytransportowany przez Lotnicze Pogotowie Ratunkowe z lądowiska jest przywieziony specjalistyczną karetką pod opieką medyczną załogi LPR. W SOR następuje przekazanie pacjenta wraz z jego dokumentacją personelowi szpitala.
9. Pacjenci transportowani są na zewnątrz szpitala w przypadku:
- 1) realizacji świadczeń zdrowotnych, których szpital nie udziela,
 - 2) kontynuacji leczenia w innym zakładzie opieki zdrowotnej,
 - 3) wypisu ze szpitala pacjenta którego dysfunkcja narządu ruchu uniemożliwia transport środkami komunikacji publicznej.
10. Pacjenci wymagający realizacji świadczeń medycznych w innym zakładzie po uprzednim uzgodnieniu miejsca, transportowani są na podstawie pisemnego zlecenia określającego warunki transportu kołowego lub lotniczego. Zlecenie wystawiane jest przez ordynatora lub upoważnionego lekarza. W zleceniu określone jest w jakiej pozycji pacjent powinien być transportowany i kto powinien sprawować opiekę medyczną (ratownik, lekarz+ ratownik). Transport sanitarny kołowy pacjentów jest realizowany przez profesjonalną firmę. Pacjent jest odbierany z oddziału przez personel karetki. W przypadku transportu lotniczego lekarz zleca transport kołowy i lotniczy. Personel karetki dowozi pacjenta na lądowisko szpitalne i przekazuje pacjenta załodze śmigłowca wraz z jego dokumentacją medyczną.
11. Pacjenci przebywający czasowo poza oddziałem np. w przypadku badań, zabiegów objęci są opieką przez pracowników medycznych komórki wykonującej te świadczenia.
12. Pacjenci wymagający kontynuacji leczenia w innym oddziale szpitala są wypisywani a następnie przyjmowani do nowego oddziału zachowując jednocześnie ciągłość pobytu w szpitalu. Pacjent przekazywany jest wraz z dokumentacją medyczną oddziału z którego jest wypisywany.
13. Pacjenci, wymagający zapewnienia ciągłości i kontynuacji opieki w placówkach pielęgnacyjno-opiekuńczych lub domach opieki społecznej a nie posiadający rodziny wydolnej opiekuńczo uzyskują wsparcie ze strony Szpitala w działaniach organizacyjnych umożliwiających pozyskanie stosownego miejsca opieki. Zadania te realizowane są na wniosek pacjenta lub rodziny pacjenta przez lub przy udziale pracownika socjalnego.

Rozdział XI. Przebieg procesu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej - Stacjonarna opieka zdrowotna. Jakość opieki

§ 46

Szpital w celu zapewnienia bezpieczeństwa i jakości opieki ustanowił, wdrożył i utrzymuje system zarządzania jakością.

1. Szpital przyjął misję: „Pacjent przede wszystkim”.

2. Przyjęta Polityka Jakości, zawiera zobowiązanie do ciągłego doskonalenia skuteczności systemu zarządzania jakością. Podstawowymi założeniami Polityki Jakości są:

- 1) orientacja na pacjenta i jego pełne usatysfakcjonowanie poprzez zaspokojenie jego wymagań oraz oczekiwań,
- 2) wykwalifikowany personel, stale i systematycznie podnoszący swoją wiedzę i umiejętności, aby w jak najlepszy sposób osiągać założone cele oraz realizować strategię i misję szpitala,
- 3) zapewnienie zasobów i infrastruktury technicznej adekwatnych do wymogów wysokiej jakości realizowanych usług,
- 4) zatrudnianie i współpraca z zespołami specjalistów o najwyższych kwalifikacjach i doświadczeniu,
- 5) przestrzeganie przez nasz personel medyczny zasad etyki zawodowej,
- 6) stosowanie najnowocześniejszych technik i technologii medycznych,
- 7) ciągłe doskonalenie w ramach standardów akredytacyjnych i systemu zarządzania Jakością.

3. System zarządzania jakością w szpitalu został wdrożony w oparciu o wymagania normy PN-EN ISO 9001 z uwzględnieniem Standardów Akredytacyjnych Centrum Monitorowania Jakości.

4. Dokumentację systemu jakości, stanowią:

- 1) Księga Systemu Zarządzania Jakością,
- 2) Księga jakości Działu Diagnostyki Obrazowej,
- 3) Księga jakości Zakładu Medycyny Nuklearnej,
- 4) Księga jakości Pracowni Kardiologii Inwazyjnej Hemodynamika,
- 5) Księga jakości Pracowni Kardiologii Inwazyjnej Elektrofizjologia,
- 6) Program poprawy jakości,
- 7) Polityka jakości,
- 8) Cele jakości,
- 9) Procedury systemowe.
- 10) Procedury i instrukcje operacyjne (zgodnie z aktualizowanym rejestrem)

5. Dla zapewnienia skutecznej organizacji i nadzorowania założeń systemu jakości w szpitalu, zostały powołane i funkcjonują zespoły problemowe:

- 1) Zespół ds. jakości,
- 2) Zespół kontroli zakażeń szpitalnych,
- 3) Zespół ds. analizy przyczyn zgonów,
- 4) Zespół ds. sprawdzania prawidłowości kompletności dokumentacji medycznej,
- 5) Zespół ds. badań klinicznych i badań naukowych,
- 6) Komitet terapeutyczny,

- 7) Komitet transfuzjologiczny,
- 8) Komisja sprawująca nadzór nad kształceniem podyplomowym lekarzy,
- 9) Komitet kontroli zakażeń szpitalnych

Zadania zespołów zostały opisane w zarządzeniach wewnętrznych dyrektora.

Ponadto dyrektor powołuje inne zespoły problemowe dostosowane do aktualnych potrzeb szpitala.

6. Sekcja ds. jakości wspomaga działania związane z wdrażaniem, utrzymywaniem, doskonaleniem i nadzorowaniem systemu jakości. Sprawuje nadzór nad jakością usług realizowanych przez podwykonawców w zakresie utrzymania czystości i żywienia chorych.

7. Pełnomocnik Dyrektora ds. Jakości zapewnia utrzymanie systemu jakości.

8. Bezpieczeństwo opieki oraz skuteczność i efektywność systemu jakości jest monitorowana za pomocą określonych wskaźników jakości, takich jak:

- 1) poziom satysfakcji pacjentów,
- 2) poziom kwalifikacji zawodowych pracowników szpitala,
- 3) wykorzystanie bazy łóżkowej,
- 4) liczba leczonych pacjentów w szpitalu,
- 5) liczba leczonych pacjentów w poradniach,
- 6) zużycie leków w tym antybiotyków,
- 7) zużycie środków dezynfekcyjnych,
- 8) liczba badań diagnostycznych w tym mikrobiologicznych,
- 9) liczba zabiegów,
- 10) liczba badań inwazyjnych,
- 11) liczba porodów,
- 12) liczba zgonów,
- 13) zużycie krwi preparatów krwiopochodnych,
- 14) liczba zarejestrowanych zakażeń i patogenów alarmowych,
- 15) wypadki przy pracy, zakłucia/skaleczenia pracowników,
- 16) liczba awarii sprzętu medycznego i informatycznego,
- 17) liczba auditów zewnętrznych i wewnętrznych,
- 18) liczna działań zapobiegawczych i korygujących.

9. Szpital rejestruje, monitoruje i analizuje zdarzenia niepożądane związane z hospitalizacją, w tym: zakażenia szpitalne, odleżyny, upadki i urazy, samowolne opuszczenie szpitala, nieprawidłowe podanie leku, powikłania poprzetoczeniowe powtórne zabiegi operacyjne, powtórne hospitalizacje, przedłużone pobyty, itp.

10. Szpital podaje się dobrowolnej ocenie jakości

1) Wewnętrzna ocena jakości -audyty wewnętrzne:

Prowadzone systematycznie, corocznie we wszystkich działalnościach objętych systemem zarządzania. Plan auditów zatwierdzany przez dyrektora realizowany przez auditorów wewnętrznych systemu jakości, powołanych mocą zarządzenia dyrektora.

2) Zewnętrzna ocena jakości:

a) wizyta akredytacyjna, realizowane w oparciu o ustawę o akredytacji w ochronie zdrowia z dnia 6 listopada 2008 roku, mająca na celu ocenę zgodności szpitala z wymaganiami standardów akredytacyjnych. Przeprowadzana przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia w odstępach 3 letnich. Pozytywna ocena potwierdzana certyfikatem akredytacyjnym wydanym przez Ministra Zdrowia.

b) audit zewnętrzny - ocena realizowana w oparciu o wymagania międzynarodowej normy ISO 9001 w postaci auditów certyfikacyjnych, przeprowadzanych w odstępach 3-letnich oraz auditów nadzoru przeprowadzanych co 12 miesięcy przez Jednostkę certyfikacyjną systemów zarządzania jakością. Pozytywna ocena wyrażona certyfikatem ISO 9001: 2009.

3) Kontrola jakości badań laboratoryjnych: analitycznych, bakteriologicznych, immunologii transfuzjologicznej, histopatologicznych. Realizowana przez instytucje zewnętrzne, nie rzadziej niż 1 raz w roku. Ocena wyrażona w postaci certyfikatów zgodności.

11. Wyniki monitorowania i oceny są podstawą do podejmowania działań zapobiegawczych i korygujących oraz doskonalenia jakości opieki.

12. W szpitalu funkcjonuje system komunikacji z pacjentami, który uwzględnia następujące elementy:

- 1) Publikacja Informatora dla pacjentów - publikacja papierowa oraz elektroniczna.
- 2) Wydawanie Informatora - „Cennik usług medycznych”.
- 3) Prowadzenie i udostępnianie dokumentacji medycznej.
- 4) Tablice informacyjne znajdujące się we wszystkich obszarach udzielania świadczeń zdrowotnych z prawami i zaleceniami dla pacjentów oraz regulaminem odwiedzin.
- 5) Systematyczne badanie opinii i oczekiwań pacjentów.
- 6) Prowadzenie edukacji zdrowotnej i społecznej w wybranych stanach chorobowych.
- 7) Publikacja kwartalnika - „Puls Szpitala”.
- 8) Publikacje w prasie lokalnej i ogólnokrajowej.
- 9) Prezentacje radiowe i telewizyjne.
- 10) Udział w rankingach lokalnych i ogólnopolskich.
- 11) Stronę internetową szpitala - www.wss.olsztyn.pl.

13. W celu poprawy komunikacji z pacjentami powołany został Pełnomocnik ds. praw pacjenta, który służy pomocą informacyjną oraz prowadzi rejestr skarg i wniosków.
14. Szpital opracował system doskonalenia zawodowego pracowników oparty na szkoleniach wewnętrznych i zewnętrznych zapewniający systematyczny rozwój zawodowy pracowników. Systematyczny rozwój zawodowy umożliwia zastosowanie nowoczesnych technologii medycznych stosowanych w opiece nad pacjentami. Szkolenia są wielokierunkowe dostosowane do kierunków rozwoju szpitala i potrzeb społeczności lokalnej. Personel szpitala jest także systematycznie szkolony w zakresie postępowania w stanach zagrożenia życia i zdrowia pacjentów.
15. Szpital opracował i wdrożył system nadzoru nad aparaturą i sprzętem medycznym umożliwiający systematyczne kontrolowanie i utrzymanie sprawności. System zapewnia używanie sprawnego i bezpiecznego sprzętu i aparatury.
16. Szpital okresowo weryfikuje sprawność organizacji na wypadek sytuacji awaryjnych takich jak pożar, masowe wypadki, itp. poprzez organizację symulacji tych zdarzeń. Ćwiczenia te przeprowadzane są z udziałem służb ratowniczych zewnętrznych takich jak straż pożarna, system ratownictwa medycznego.

Rozdział XII. Przebieg procesu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej – Stacjonarna opieka zdrowotna. Wypisanie pacjenta

§ 46

1. Wypisanie pacjenta ze Szpitala, jeżeli przepisy szczególne nie stanowią inaczej następuje:
 - 1) gdy stan zdrowia nie wymaga dalszego leczenia w Szpitalu,
 - 2) na żądanie osoby przebywającej w Szpitalu lub jej przedstawiciela ustawowego, z zastrzeżeniem przepisów szczególnych,
 - 3) jeżeli osoba przebywająca w Szpitalu w sposób rażąco narusza obowiązujące w Szpitalu przepisy (regulaminy), a nie zachodzi obawa, że zaprzestanie udzielania świadczeń może spowodować bezpośrednie niebezpieczeństwo dla jej życia lub zdrowia albo życia lub zdrowia innych osób.
2. Osoba występująca o wypisanie ze Szpitala na własne żądanie jest informowana przez lekarza wypisującego o możliwych następstwach zaprzestania leczenia w Szpitalu. Osoba ta składa pisemne oświadczenie o wypisaniu ze Szpitala na własne żądanie. W przypadku nie złożenia przez pacjenta takiego oświadczenia lekarz wypisujący sporządza adnotację w historii choroby.
3. Wypisany pacjent ze Szpitala otrzymuje:
 - 1) Kartę informacyjną z leczenia szpitalnego, która winna zawierać:

- a) dane identyfikujące pacjenta tj. imię i nazwisko, data urodzenia, adres zamieszkania lub pobytu, numer PESEL,
 - b) rozpoznanie choroby w języku polskim – przyczyna hospitalizacji (dopuszcza się rozpoznanie w języku łaćńskim w przypadku, gdy pacjent ąda aby lekarz nie udzielał mu informacji do swoim stanie zdrowia),
 - c) opis wyników wykonanych badań diagnostycznych lub konsultacji,
 - d) opis zastosowanego leczenia w przypadku wykonania zabiegu lub operacji – datę wykonania,
 - e) orzeczenie przy wypisie czasowej niezdolności do pracy, a w miarę potrzeby ocenę zdolności do wykonywania dotychczasowego zatrudnienia,
 - f) adnotacje o produktach leczniczych wraz z dawkowaniem i wyrobach medycznych w ilościach odpowiadających ilościom na receptach wystawionych pacjentowi,
 - g) terminy planowanych konsultacji, na które wystawiono skierowania,
 - h) wskazania, dla lekarza przyjmującego opiekę nad pacjentem lub pacjenta dotyczące dalszego sposobu leczenia, żywienia, pielęgnowania lub trybu życia.
- 2) Recepty na leki i zlecenia na środki pomocnicze lub wyroby medyczne będące środkami ortopedycznymi zlecone w karcie informacyjnej.
 - 3) Skierowanie na świadczenia zalecone w karcie informacyjnej.
 - 4) Zlecenia na transport zgodnie z odrębnymi przepisami.
4. Lekarz prowadzący lub ordynator zobowiązany jest powiadomić pacjenta o wynikach jego badań, jeśli wynik został dostarczony do Oddziału po wypisie pacjenta ze Szpitala.

Rozdział XIII. Przebieg procesu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej – Stacjonarna opieka zdrowotna. Postępowanie w przypadku śmierci pacjenta

§ 47

1. W przypadku śmierci pacjenta pielęgniarka, położna niezwłocznie zawiadamia lekarza leczącego lub lekarza dyżurnego o śmierci pacjenta przebywającego w oddziale. Lekarz po przeprowadzeniu oględzin stwierdza zgon i jego przyczynę oraz wystawia kartę zgonu. W przypadku gdy nie można ustalić przyczyny zgonu w sposób jednoznaczny lub z innych przyczyn zarządzo sekcję zwłok, kartę zgonu wystawia lekarz oddziału po przeprowadzeniu sekcji.
2. W sytuacji nie budzącej wątpliwości co do przyczyn zgonu, na wniosek pacjenta ustanowiony przed śmiercią lub na wniosek rodziny zmarłego dyrektor może wyrazić zgodę na odstąpienie od sekcji.

- 3.** Lekarz niezwłocznie po stwierdzeniu zgonu osoby zmarłej powiadamia wskazaną przez pacjenta osobę lub instytucję, lub przedstawiciela ustawowego. W przypadku nie wskazania osoby lub instytucji albo braku przedstawiciela ustawowego wysyłany jest telegram na adres zamieszkania osoby zmarłej oraz podejmowane dalsze kroki celem skutecznego poszukiwania osoby uprawnionej do pochówku. W przypadku braku osoby deklarującej pochowanie zwłok pracownik ds. socjalnych ustala odpowiednią instytucję państwową zobligowaną do pochówku.
- 4.** Po wystawieniu karty zgonu przez lekarza pielęgniarz niezwłocznie przekazuje ją do kancelarii szpitala.
- 5.** Pielęgniarz sporządza kartę skierowania zwłok do chłodni oraz zakłada na przegub dłoni albo stopy osoby zmarłej identyfikator wykonany z tworzywa sztucznego.
- 6.** Karta skierowania zawiera:
- 1) imię i nazwisko osoby zmarłej,
 - 2) numer PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL – serię i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość,
 - 3) datę i godzinę zgonu,
 - 4) godzinę skierowania zwłok osoby zmarłej do chłodni,
 - 5) imię i nazwisko oraz podpis pielęgniarza sporządzającego kartę,
 - 6) godzinę przyjęcia zwłok osoby zmarłej do chłodni.
- 7.** Identyfikator, zawiera:
- 1) imię i nazwisko osoby zmarłej,
 - 2) numer PESEL a w przypadku braku numeru PESEL – serię i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość,
 - 3) datę i godzinę zgonu.
- 8.** Jeżeli nie jest możliwe ustalenie tożsamości osoby zmarłej, w karcie skierowania oraz na identyfikatorze dokonuje się oznaczenia „NN”, z podaniem przyczyny i okoliczności uniemożliwiających ustalenie tożsamości. Ponadto należy wpisać nr Księgi Głównej pod którym pacjent został przyjęty do szpitala.
- 9.** Zwłoki osoby zmarłej przewożone są przez pracowników szpitala do chłodni znajdującej się w budynku Prosektorium nie wcześniej niż po upływie dwóch godzin od czasu zgonu. Do tego czasu przybywają na sali chorych.
- 10.** W przypadku zgonu osoby zmarłej na chorobę zakaźną stosuje się odrębne przepisy prawa.
- 11.** W przypadku dzieci martwo urodzonych bez względu na czas trwania ciąży na życzenie matki jest wystawiana karta zgonu a zwłoki wydawane są do pochówku.

12. W Prosektorium pracownik szpitala myje ciało osoby zmarłej, okrywa a następnie po odpowiednim udokumentowaniu wydaje osobie uprawnionej do pochówku, po okazaniu aktu zgonu.

13. Ciało osoby zmarłej przebywa w chłodni do 72 godzin na koszt szpitala, licząc od godziny w której nastąpiła śmierć pacjenta lub od godziny ukończenia sekcji zwłok. Po upływie tego czasu Szpital pobierana opłatę według ustalonego cennika. Cennik stanowi załącznik nr 3 do niniejszego regulaminu.

Rozdział XIV. Przebieg procesu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej -Ambulatoryjna opieka specjalistyczna

§ 48

- 1.** Świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej udzielane są w poradniach specjalistycznych, pacjentom posiadającym skierowanie od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.
- 2.** Skierowanie na ambulatoryjne leczenie specjalistyczne obejmuje całość świadczeń zdrowotnych związanych ze schorzeniem, które stanowiło podstawę wydania skierowania.
- 3.** Nie jest wymagane skierowanie do następujących lekarzy specjalistów:
 - 1) ginekologa i położnika,
- 4.** Skierowania nie muszą przedstawiać także następujące osoby korzystające z ambulatoryjnej opieki specjalistycznej:
 - 1) inwalidzi wojenni i wojskowi, osoby represjonowane, kombataneci,
 - 2) niewidome cywilne ofiary działań wojennych,
 - 3) chorzy na gruźlicę,
 - 4) zakażeni wirusem HIV,
 - 5) uzależnieni od alkoholu, środków odurzających i substancji psychotropowych – w zakresie leczenia odwykowego,
 - 6) uprawnieni (żołnierze lub pracownicy) – w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych w czasie wykonywania zadań poza granicami państwa.
- 1.** Skierowanie jest ważne dopóty, dopóki istnieją przesłanki wskazujące na potrzebę podjęcia działań diagnostycznych lub terapeutycznych. Zachowuje ono swoją ważność do czasu realizacji, np. poprzez ustalenie terminu przyjęcia pacjenta do Szpitala, z wyjątkiem skierowania na rehabilitację leczniczą, które traci ważność, jeżeli nie zostanie zarejestrowane w oddziale rehabilitacji w terminu 30 dni od daty wystawienia.

2. Świadczenia, o których mowa w ust.1, związane z wypadkiem, zatruciem, urazem, stanem zagrożenia życia lub porodem udzielane są bez skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.
3. W uzasadnionych medycznie przypadkach świadczenia opieki zdrowotnej w trybie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz rehabilitacji leczniczej mogą być udzielane w warunkach domowych w miejscu zamieszkania lub pobytu pacjenta.
4. Rejestracja pacjenta odbywa się na podstawie zgłoszenia, w szczególności: osobistego, telefonicznego, za pośrednictwem osoby trzeciej lub drogą elektroniczną. W przypadku braku możliwości przyjęcia pacjenta w dniu rejestracji – wyznacza się datę i godzinę realizacji świadczenia opieki zdrowotnej. Pacjentów pierwszorazowych umieszcza się na liście osób oczekujących na udzielenie świadczenia.
5. Przed uzyskaniem świadczenia opieki zdrowotnej (podczas rejestracji) dane pacjenta są sprawdzane w systemie Elektronicznej Weryfikacji Upoważnień Świadczeniobiorcy (eWUŚ).
6. W uzasadnionych medycznie przypadkach lekarz specjalista wydaje skierowania na dodatkowe konsultacje, albo leczenie skojarzone do innych poradni specjalistycznych lub skierowania do leczenia stacjonarnego w Szpitalu.
7. W uzasadnionych medycznie przypadkach lekarz specjalista może objąć pacjenta stałym leczeniem w poradni specjalistycznej.
8. Lekarz specjalista w sytuacji określonej w ust. 11 zobowiązany jest do pisemnego, nie rzadziej niż co 12 miesięcy, informowania lekarza kierującego i lekarza podstawowej opieki zdrowotnej pacjenta o rozpoznaniu, sposobie leczenia, rokowaniu, ordynowanych lekach, w tym okresie ich stosowania i dawkowania oraz wyznaczonych wizytach kontrolnych.

Dział VI. Organizacja i zadania poszczególnych jednostek i komórek organizacyjnych Szpitala

§ 49

1. Szpitalem kieruje Dyrektor i reprezentuje go na zewnątrz.
2. Dyrektor wykonuje swoje zadania przy pomocy Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa, Z-ca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa, Z-ca Dyrektora ds. Administracyjno-Finansowych, Z-ca Dyrektora ds. Eksploatacyjno-Technicznych oraz Kierowników komórek organizacyjnych.

§ 50

1. Do zadań Dyrektora należy w szczególności:
 - 1) wytyczenie kierunków i realizacja strategii rozwoju Szpitala,

- 2) operacyjne zarządzanie Szpitalem, w tym zwłaszcza w zakresie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej (działalność medyczna-podstawowa) oraz działalności gospodarczej (pomocniczej), zarządzania finansami, zarządzania personelem oraz zarządzania infrastrukturą,
- 3) wykonywanie uprawnień zwierzchnika służbowego wobec pracowników Szpitala,
- 4) reprezentowanie Szpitala na zewnątrz,
- 5) realizacja polityki zarządzania jakością poprzez koordynowanie i podejmowanie działań mających na celu podnoszenie jakości usług świadczonych przez Szpital,
- 6) powierzenie przygotowania i przeprowadzania postępowania o udzielenie zamówienia publicznego właściwym Z-ca Dyrektora lub innym wskazanym pracownikom,
- 7) nadzór nad wykonywaniem zadań związanych z kontrolą wewnętrzną w Szpitalu,
- 8) wykonywanie innych zadań zleconych przez podmiot tworzący lub określonych w przepisach szczególnych.

§ 51

1. Do zadań Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa należy w szczególności:

- 1) współorganizowanie i współzarządzanie działalnością podstawową Szpitala,
- 2) współdziałanie w przygotowaniu i nadzór nad realizacją umów na świadczenia zdrowotne,
- 3) zabezpieczenie i organizowanie sprawnego funkcjonowania opieki medycznej,
- 4) zapewnienie sprawnej organizacji zadań realizowanych przez personel medyczny,
- 5) nadzór nad gospodarką lekami, środkami opatrunkowymi i sprzętem jednorazowego użytku oraz krwią i preparatami krwiopochodnymi,
- 6) sprawowanie nadzoru nad dokumentacją medyczną ,
- 7) przeprowadzanie procedur mających na celu zawieranie z podmiotami leczniczymi umów cywilnoprawnych,
- 8) udział w planowaniu strategicznym rozwoju Szpitala,
- 9) aktywne uczestnictwo w pracach zespołów zadaniowych, a w szczególności Zespole Komitetu Kontroli Zakażeń Szpitalnych, Zespole ds. Badań Klinicznych, Komisji Terapeutycznej,
- 10) współpraca z ordynatorami, kierownikami zakładów i pracowni diagnostycznych oraz innych komórek organizacyjnych,
- 11) zarządzanie informacją,
- 12) wykonywanie innych czynności zleconych przez Dyrektora, a wiążących się bezpośrednio z zakresem działalności Zastępcy ds. Lecznictwa.

§ 52

1. Do zadań Z-ca Dyrektora ds. Eksploatacyjno-Technicznych należy w szczególności:

- 1) Zapewnienie prawidłowej eksploatacji nieruchomości, gospodarki paliwowo-energetycznej, urządzeń energetycznych, instalacji gazów medycznych, urządzeń chłodniczych, instalacji elektrycznej, sieci wodno-kanalizacyjnej, centralnego ogrzewania, urządzeń łączności alarmowych i sygnalizacyjnych, sprzętu techniczno-gospodarczego, aparatury medycznej,
- 2) Sprawowanie nadzoru nad prawidłową eksploatacją nieruchomości, urządzeniami energetycznymi, chłodniczymi, techniczno-gospodarczymi oraz nad gospodarką wodno-ściekową,
- 3) Przeprowadzanie okresowych przeglądów nieruchomości oraz zapewnienie niezbędnych napraw, remontów i zabiegów konserwacyjno-eksploatacyjnych,
- 4) Ustalenie planów zabiegów konserwacyjnych oraz napraw urządzeń energetycznych, chłodniczych, sanitarnych i innych oraz zapewnienie usług serwisu technicznego w ramach posiadanych uprawnień lub w ramach usług obcych,
- 5) Zapewnienie niezbędnej konserwacji przeglądów okresowych napraw i remontów sprzętu i aparatury medycznej poprzez zabezpieczenie usług wyspecjalizowanych jednostek serwisu technicznego,
- 6) Nadzór na działalnością administracyjno-gospodarczą prowadzoną przez podległe komórki organizacyjne,
- 7) Nadzór nad utrzymaniem pomieszczeń WSS i jego otoczenia w należytej czystości i porządku,
- 8) Przygotowywanie planu pracy pionu oraz sprawozdawczości z zakresu swego działania,
- 9) Nadzór nad pracą Działu Eksploatacyjno-Technicznego, Działu Gospodarczego, Działu Aparatury Medycznej, i Działu Informatyki.

§ 53

1. Do zadań Z-ca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa należy w szczególności:

- 1) Planowanie, organizowanie i nadzorowanie opieki pielęgniarstwa.
- 2) Udział w planowaniu i realizacji celów i zadań szpitala.
- 3) Szacowanie zapotrzebowania na opiekę pielęgniarstwa i wnioskowanie w sprawie zatrudnienia.
- 4) Zatwierdzanie standardów postępowania i opieki pielęgniarstwa.
- 5) Współpraca z kadrą kierowniczą oddziałów w zakresie organizacji i stosowanych metod pracy pielęgniarek, położnych.
- 6) Zatwierdzanie do wdrożenia dokumentacji związanej ze sprawowaniem opieki nad chorymi.
- 7) Organizowanie i udział w spotkaniach kadry kierowniczej.
- 8) Prowadzenie oceny potrzeb szkoleniowych do realizacji zadań szpitala w zakresie opieki pielęgniarstwa oraz sprawowanej przez położne.

- 9) Nadzór nad doskonaleniem zawodowym wewnątrz zakładowym pielęgniarek, położnych, ratowników medycznych.
- 10) Współpraca z Uczelniami Medycznymi w zakresie nadzoru nad kształceniem przed i podyplomowym pielęgniarek, położnych, ratowników medycznych realizowanym na terenie szpitala.
- 11) Udział w stałych i zadaniowych zespołach problemowych.
- 12) Udział w komisjach na rzecz zamówień publicznych.
- 13) Udział w postępowaniach konkursowych na pielęgniarskie stanowiska kierownicze.
- 14) Dokonywanie okresowych kontroli realizacji zadań.
- 15) Reprezentowanie kadry pielęgniarskiej na zewnątrz szpitala.

§ 54

1. Do zadań Z-ca Dyrektora ds. Administracyjno-Finansowych należy w szczególności:

- 1) Zarządzanie rentowością: kontrola przychodów, kontrola kosztów.
- 2) Zarządzanie płynnością: zarządzanie należnościami, zarządzanie zobowiązaniami, zarządzanie zapasami, zarządzanie strukturą kapitałową (planowanie oprocentowanego długu krótko i długoterminowego vs kapitał własny).
- 3) Zarządzanie organizacją i procesami głównymi: wdrażanie systemu premiowania w połączeniu z rentownością i efektywnością działania, wdrażanie systemu controllingu (raportowanie, analiza i ocena wskaźnikowa), zarządzanie procesem zamówień, zakupów i zapasów, zarządzanie zadaniami i projektami wewnętrznymi, analiza i opiniowanie projektów inwestycyjnych i rozwojowych jako element procesu rozwoju Szpitala.
- 4) Nadzór nad sprawozdawczością księgową i finansową zewnętrzną, bieżącym księgowaniem dokumentów księgowych, sporządzaniem sprawozdań finansowych, deklaracji i raportów do instytucji zewnętrznych, naliczanie płac, nadzór i aktualizacja zasad polityki rachunkowości.
- 5) Nadzór nad umowami cywilno-prawnymi, w szczególności nad kontraktami lekarskimi i pielęgniarskimi.
- 6) Nadzór i koordynacja komórek organizacyjnych w kwestii pozyskiwania dla Szpitala dodatkowych dochodów oraz zewnętrznych źródeł finansowania, w szczególności środków unijnych.

§ 55

1. Do zadań Kierownika komórki organizacyjnej należy w szczególności:

- 1) kierowanie wydzieloną strukturą organizacyjną oraz powierzonym obszarem zadań zgodnie z zasadą jednoosobowego kierownictwa i odpowiedzialności za wyniki pracy,
- 2) stałe monitorowanie jakości i efektywności pracy podległego personelu,

- 3) realizacja w stosownym zakresie planu finansowego i inwestycyjnego szpitala,
- 4) wdrażanie zarządzeń i poleceń służbowych Dyrektora,
- 5) wnioskowanie do Dyrektora w sprawach nagradzania i karania pracowników kierowanej komórki organizacyjnej,
- 6) realizacja polityki zarządzania jakością poprzez koordynowanie i podejmowanie działań mających na celu podnoszenie jakości usług świadczonych przez Szpital,
- 7) realizacja zaleceń pokontrolnych formułowanych przez organy kontroli zewnętrznej oraz zaleceń wewnętrznych,
- 8) wykonywanie innych zadań zleconych przez Dyrektora.

§ 56

1. Pracownicy podmiotu są odpowiedzialni za zadania określone dla ich stanowisk, a przede wszystkim za:

- 1) dokładną znajomość przepisów prawnych obowiązujących w zakresie realizacji świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności w zakresie praw pacjenta, prowadzenia dokumentacji medycznej, zasad realizacji świadczeń określonych w umowie z Narodowym Funduszem Zdrowia,
- 2) właściwe przyjmowanie i obsługę pacjentów,
- 3) dokładne i terminowe wykonywanie powierzonej pracy,
- 4) prawidłowe ewidencjonowanie i przechowywanie dokumentów służbowych.

§ 57

1. Do zadań wszystkich komórek organizacyjnych Szpitala należy w szczególności:

- 1) realizacja zadań i celów podmiotu, określonych w powszechnie obowiązujących przepisach prawa oraz niniejszym regulaminie,
- 2) dbałość o należyty wizerunek podmiotu,
- 3) wykonywanie innych czynności określonych w poszczególnych zarządzeniach dyrektora lub jego poleceniach.

2. Komórki organizacyjne podmiotu współpracują ze sobą w zakresie wykonywanych zadań.

3. Komórki organizacyjne podmiotu współuczestniczą w realizacji innych zadań zleconych przez kierownika.

4. Zasady współpracy pomiędzy komórkami określa na bieżąco kierownik.

§ 58

1. Świadczenia opieki zdrowotnej udzielane są pacjentom przez następujące komórki organizacyjne medyczne:

I. Zakład leczniczy: - Świadczenia Szpitalne

1. Szpital

- 1) szpitalny kliniczny oddział ratunkowy,
- 2) izba przyjęć szpitala,
- 3) oddział kliniczny anestezjologii i intensywnej terapii,
- 4) oddział kliniczny neurologiczny:
 - a) pracownia EEG,
- 5) oddział udarowy,
- 6) oddział rehabilitacyjny,
 - a) pracownia fizykoterapii,
 - b) pracownia masażu,
- 7) oddział rehabilitacji neurologicznej,
- 8) oddział kliniczny nefrologiczny, hipertensjologii i chorób wewnętrznych,
- 9) oddział kardiologiczny:
 - a) pracownia elektrokardiografii spoczynkowej i wysiłkowej,
 - b) pracownia hemodynamiki,
 - c) pracownia elektrofizjologii i elektroterapii,
 - d) pracownia badań holterowskich,
 - e) pracownia echokardiografii,
- 10) oddział intensywnego nadzoru kardiologicznego,
- 11) oddział hematologiczny,
- 12) oddział gastroenterologiczny:
 - a) pracownia endoskopowa,
- 13) oddział okulistyczny,
- 14) oddział otolaryngologiczny i onkologii laryngologicznej,
- 15) oddział kliniczny chirurgii ogólnej i onkologicznej,
- 16) oddział kliniczny chirurgii naczyniowej,
- 17) oddział kliniczny chirurgii urazowo-ortopedycznej i chirurgii kręgosłupa,
- 18) oddział kliniczny neurochirurgiczny,
- 19) oddział ginekologiczno-położniczy:
 - a) trakt porodowy,
- 20) oddział ginekologii onkologicznej,
- 21) oddział neonatologii i intensywnej terapii noworodka,
- 22) oddział kliniczny endokrynologiczny, diabetologiczny i chorób wewnętrznych,
- 23) oddział kardiochirurgiczny,

- 24) oddział transplantologii i chirurgii ogólnej:
 - a) Warmińsko-Mazurskie Biuro Koordynacyjno-Organizacyjne ds. Transplantacji, Regionalny Ośrodek Kwalifikujący (ROK)
- 25) blok operacyjny,
- 26) centralna sterylizatornia,
- 27) apteka szpitalna:
 - a) pracownia leków recepturowych i galenowych,
 - b) pracownia przygotowywania mieszanin do żywienia pozajelitowego,
 - c) pracownia leków ocznych,
 - d) pracownia leków cytostatycznych.

II. Zakład leczniczy - Ambulatoryjne Świadczenia Zdrowotne

1. Przychodnia:

- 1) poradnia okulistyczna II,
- 2) poradnia otolaryngologiczna:
 - a) pracownia audiologiczna,
 - b) pracownia diagnostyki i leczenia zaburzeń równowagi,
- 3) poradnia okulistyczna I:
 - a) pracownia laseroterapii i angiografii,
- 4) poradnia ginekologiczno-położnicza i ginekologii onkologicznej,
- 5) poradnia genetyczna,
- 6) poradnia nadciśnienia tętniczego:
 - a) pracownia kontroli stymulatorów i kardiowerterów,
- 7) poradnia endokrynologiczna,
- 8) poradnia neurologiczna,
- 9) poradnia hematologiczna,
- 10) poradnia diabetologiczna,
- 11) poradnia chorób odzwierzęcych i pasożytniczych,
- 12) poradnia chirurgii onkologicznej,
- 13) poradnia chirurgii naczyniowej,
- 14) poradnia neurochirurgiczna,
- 15) poradnia kardiochirurgiczna,
- 16) poradnia chorób zakaźnych,
- 17) poradnia nefrologiczna,
- 18) poradnia transplantacji nerek,

- 19) poradnia gastroenterologiczna,
- 20) poradnia lekarza zakładowego,
 - a) gabinet lekarski,
- 22) poradnia chirurgii urazowo-ortopedycznej,
- 23) poradnia chirurgii onkologicznej,
- 24) gabinet diagnostyczno-zabiegowy o profilu (mieszczący się przy ul. Żołnierskiej 16a):
 - a) chirurgia ogólna,
 - b) chirurgia onkologiczna,
 - c) chirurgia naczyniowa,
 - d) neurochirurgia,
 - e) kardiochirurgia,
 - f) choroby wewnętrzne,
 - g) choroby zakaźne,
 - h) nefrologia,
- 25) gabinet diagnostyczno-zabiegowy o profilu (mieszczący się przy ul. Żołnierskiej 18):
 - a) otolaryngologia,
 - b) okulistyka,
- 26) gabinet diagnostyczno-zabiegowy o profilu (mieszczący się przy ul. Żołnierskiej 18):
 - a) położnictwo i ginekologia,
 - b) ginekologia onkologiczna,
- 27) gabinet diagnostyczno-zabiegowy o profilu (mieszczący się przy ul. Żołnierskiej 16b):
 - a) chirurgia onkologiczna,
 - b) okulistyka,
- 28) gabinet diagnostyczno-zabiegowy o profilu ortopedia i traumatologia narządu ruchu (mieszczący się przy ul. Żołnierskiej 18):

2. Medyczne Laboratorium Diagnostyczne:

- 1) pracownia hematologiczna,
- 2) pracownia koagulologiczna,
- 3) pracownia cytologiczna,
- 4) pracownia biochemiczna,
- 5) pracownia hormonów i białek,
- 6) pracownia analityczna,
- 7) pracownia diagnostyki i kiły,

- 8) punkt pobrań materiału do badań,
- 9) punkt przyjęć materiału do badań,
- 10) punkt rozdziału i przygotowania materiału do badań.

3. Pracownia Immunologii Transfuzjologicznej:

- 1) pracownia immunologii transfuzjologicznej,
- 2) bank krwi.

4. Zakład Bakteriologii:

- 1) pracownia ogólna,
- 2) pracownia posiewów i rejestracji badań.

5. Zakład Medycyny Nuklearnej:

- 1) pracownia scyntygraficzna,
- 2) poradnia medycyny nuklearnej:
 - a) pracownia gamma-kamery,
 - b) pracownia rozdzwowywania izotopów i pokój podawczy izotopów.

6. Ośrodek Żywienia Klinicznego:

- 1) poradnia dla chorych żywionych poza i dojelitowo w warunkach domowych,
- 2) pracownia żywienia poza i dojelitowo.

7. Dział Diagnostyki Obrazowej:

- 1) pracownia mammografii,
- 2) pracownia badań naczyniowych i radiologii zabiegowej,
- 3) pracownia radiologii klasycznej,
- 4) pracownia ultrasonografii i biopsji cienkoigłowej,
- 5) pracownia USG i diagnostyki inwazyjnej.

8. Dział Patomorfologii:

- 1) pracownia histopatologiczna,
- 2) pracownia cytologiczna,
- 3) pracownia barwień specjalnych (histochemicznych),
- 4) pracownia barwień immunohistochemicznych,

5) pracownia badań autopsyjnych.

9. Poradnia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej:

- 1) gabinet lekarski,
- 2) gabinet diagnostyczno-zabiegowy o profilu medycyna rodzinna:
 - a) punkt szczepień.

§ 59

1. W ramach podmiotu leczniczego działają również komórki o charakterze administracyjnym.
2. Zakresy zadań poszczególnych komórek organizacyjnych niemedycznych Szpitala określa załącznik nr 10 do niniejszego Regulaminu Organizacyjnego.

§ 60

1. Schemat struktury organizacyjnej przedsiębiorstwa świadczenia szpitalne stanowi załącznik nr 6 do niniejszego Regulaminu Organizacyjnego.
2. Schemat struktury organizacyjnej przedsiębiorstwa ambulatoryjne świadczenia zdrowotne stanowi załącznik nr 7 do niniejszego Regulaminu Organizacyjnego.
3. Zakresy czynności poszczególnych komórek organizacyjnych medycznych Szpitala określają załączniki nr 8, 9 do niniejszego Regulaminu Organizacyjnego.

Dział VII. Warunki współdziałania między komórkami organizacyjnymi Szpitala

§ 61

1. Współdziałanie między poszczególnymi komórkami organizacyjnymi Szpitala odbywa się w sposób zapewniający sprawność funkcjonowania Szpitala oraz kompleksowość, dostępność i należyłą jakość udzielanych przez Szpital świadczeń opieki zdrowotnej.
2. W zakresie współdziałania między komórkami organizacyjnymi Szpitala uprawnienia nadzorczo koordynujące posiadają właściwi Dyrektorzy lub osoby przez nich wyznaczone.
3. Ustalono kanały komunikacyjne w szpitalu:
 - 1) Zebrania kadry kierowniczej medycznej z dyrektorem szpitala – 1 raz w tygodniu.
 - 2) Zebrania kadry kierowniczej wszystkich działalności z dyrektorem szpitala – 1 raz w miesiącu.
 - 3) Zarządzenia wewnętrzne, Regulaminy.
 - 4) Procedury i instrukcje.
 - 5) Strona internetowa i intranetowa szpitala.
 - 6) Puls Szpitala – publikacja.

Dział VIII. Warunki współdziałania z innymi świadczeniodawcami i podmiotami zewnętrznymi

§ 62

1. Szpital współpracuje z instytucjami zewnętrznymi celem zapewnienia kompleksowości świadczeń. Zakres, zasady współpracy oraz nadzór nad dostarczaniem świadczeń i usług regulują umowy zawarte pomiędzy podmiotami.
2. Podstawowe świadczenia i usługi realizowane przez podmioty zewnętrzne:
 - 1) Diagnostyka obrazowa: tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny, pozytonowa tomografia komputerowa (PET) – realizowana w obrębie posesji Szpitala.
 - 2) Usługi konsultacji specjalistycznych w specjalnościach, których szpital nie posiada.
 - 3) Usługi w zakresie utrzymania higieny szpitala i transportu wewnętrznego.
 - 4) Usługi żywienia pacjentów.
 - 5) Usługi transportu medycznego.
 - 6) Usługa prania bielizny szpitalnej.
3. Szpital współpracuje z instytucjami realizującymi kształcenie przed i podyplomowe w zawodach medycznych. Udostępnia potencjał intelektualny i bazę dydaktyczną w oparciu o umowy i porozumienia zawarte pomiędzy podmiotami.

Dział IX. Zasady udzielania odpłatnych świadczeń zdrowotnych, ustalania i pobierania opłat za ich udzielanie

§ 63

1. Podmiot może udzielać świadczeń zdrowotnych zarówno nieodpłatnie, jak i odpłatnych.
2. Świadczenia zdrowotne będą udzielane nieodpłatnie, w razie zawarcia przez WSS w Olsztynie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z Narodowym Funduszem Zdrowia, w zakresie objętym umową na rzecz osób ubezpieczonych, bądź innych osób uprawnionych. W wypadku udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach umowy z NFZ, Szpital nie może pobierać żadnych dodatkowych opłat od pacjentów.
3. Za udzielone świadczenia zdrowotne inne niż finansowane ze środków publicznych (świadczenia zdrowotne odpłatne), pacjenci wnoszą opłaty zgodnie z ustalonym cennikiem świadczeń zdrowotnych, udzielanych przez podmiot odpłatnie, stanowiącym załącznik nr 1 do niniejszego regulaminu.

§ 64

1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych odpłatnych, organizowane jest w taki sposób, aby nie ograniczać dostępności do świadczeń finansowanych ze środków publicznych, w sposób

- zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz zgodnie z kryteriami medycznymi.
2. Udzielanie świadczeń zdrowotnych odpłatnych, pozostaje bez wpływu na ustaloną kolejność udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
 3. Pacjent ma prawo do pełnej informacji dotyczącej jego prawa do uzyskania świadczenia finansowanego ze środków publicznych oraz o warunkach uzyskania takiego świadczenia.
 4. Szpital nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia i uzależnia jego udzielenie od uprzedniego uiszczenia opłaty.
 5. Wysokość opłat na świadczenia zdrowotne udzielone osobom innym, niż ze środków publicznych ustala Dyrektor, uwzględniając rzeczywiste koszty udzielania świadczeń zdrowotnych.
 6. Środki finansowe od pacjentów przyjmowane są w kasie Szpitala lub w innym miejscu wyznaczonym, przed wykonaniem świadczenia lub po wykonaniu świadczenia.
 7. Zapłata za wykonane odpłatne świadczenia zdrowotne może być dokonana gotówką, kartą lub przelewem na wskazany rachunek bankowy.
 8. Na życzenie pacjenta, każdorazowo za zrealizowanie odpłatnego świadczenia zdrowotnego, wystawiana jest faktura VAT.
 9. Szczegółowe zasady przyjmowania środków finansowych określają Instrukcja gospodarki kasowej oraz procedury wewnętrzne.
 10. Środki finansowe uzyskane z odpłatnych świadczeń zdrowotnych są przeznaczane na działalność statutową Szpitala.

Dział X. Kontrola zarządcza

§ 65

1. W szpitalu obowiązują następujące zasady kontroli zarządczej:
 - 1) kontrolę zarządczą w jednostkach sektora finansów publicznych stanowi ogół działań podejmowanych dla zapewnienia realizacji celów i zadań w sposób zgodny z prawem, efektywny, oszczędny i terminowy.

§ 66

1. Celem kontroli zarządczej jest zapewnienie w szczególności:
 - 1) zgodności działalności z przepisami prawa oraz procedurami wewnętrznymi;
 - 2) skuteczności i efektywności działania;
 - 3) wiarygodności sprawozdań;
 - 4) ochrony zasobów;
 - 5) przestrzegania i promowania zasad etycznego postępowania;

- 6) efektywności i skuteczności przepływu informacji;
- 7) zarządzania ryzykiem.

§ 67

1. Zapewnienie funkcjonowania adekwatnej, skutecznej i efektywnej kontroli zarządczej należy do obowiązków Dyrektora i kierowników komórek organizacyjnych Szpitala.

§ 68

1. W szpitalu za funkcjonowanie kontroli zarządczej, w ramach swoich kompetencji i zadań, odpowiadają również:
 - 1) kierownik sekcji kontroli zarządczej,
 - 2) pozostali pracownicy,
 - 3) zespoły problemowe powoływane stale i doraźnie – w zakresie ustalonym przez Dyrektora.

§ 69

1. Wprowadza się w Szpitalu zgodnie z Komunikatem nr 23 Ministra Finansów z dn. 16 grudnia 2009 r. w sprawie standardów kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych model kontroli zarządczej oparty o następujące elementy:
 - 1) środowisko wewnętrzne:
 - a) przestrzeganie wartości etycznych,
 - b) kompetencje zawodowe,
 - c) struktura organizacyjna,
 - d) delegowanie uprawnień.
 - 2) cele i zarządzanie ryzykiem:
 - a) misja,
 - b) określenie celów i zadań, monitorowanie i ocena ich realizacji,
 - c) identyfikacja ryzyka,
 - d) analiza ryzyka,
 - e) reakcje na ryzyko.
 - 3) mechanizmy kontroli:
 - a) dokumentowanie systemu kontroli zarządczej,
 - b) nadzór,
 - c) ciągłość działalności,
 - d) ochrona zasobów,
 - e) szczegółowe mechanizmy kontroli operacji finansowych i gospodarczych,
 - f) mechanizmy kontroli dotyczące systemów informatycznych.
 - 4) informacja i komunikacja:

- a) bieżąca informacja,
 - b) komunikacja wewnętrzna,
 - c) komunikacja zewnętrzna.
- 5) monitorowanie i ocena:
- a) samoocena,
 - b) audyt wewnętrzny,
 - c) zyskanie zapewnienia o stanie kontroli zarządczej.

§ 70

1. Do oceny funkcjonowania systemu kontroli zarządczej w Szpitalu uprawnieni są:

- 1) Dyrektor,
- 2) Zastępcy Dyrektora,
- 3) Kierownicy komórek organizacyjnych,
- 4) Zespoły lub pracownicy – w zakresie ustalonym przez Dyrektora.

Dział XI. Warmińsko-Mazurskie Biuro Koordynacyjno-Organizacyjne ds. Transplantacji

§ 71

1. Warmińsko-Mazurskie Biuro Koordynacyjno-Organizacyjne ds. Transplantacji powołane zostało Zarządzeniem Wewnętrznym Dyrektora.

2. Warmińsko-Mazurskim Biurem Koordynacyjno-Organizacyjnym ds. Transplantacji kieruje ordynator lub inna osoba wyznaczona przez Dyrektora.

3. Do zadań Biura należy w szczególności:

- 1) koordynacja działalności transplantacyjnej w województwie warmińsko-mazurskim oraz ustawiczna praca nad jej rozwojem,
- 2) organizacja i koordynacja pobierania oraz przeszczepiania narządów i tkanek (współpraca z Centrum Organizacyjno- Koordynacyjnym ds. Transplantacji „POLTRANSPLANT”, zespołami pobierającymi narządy i tkanki na terenie województwa warmińsko-mazurskiego oraz z Pracownią Zgodności Tkankowej Instytutu Transplantologii WUM w Warszawie),
- 3) logistyczna i merytoryczna pomoc przy: identyfikacji potencjalnych dawców narządów (żywych i zmarłych), rozpoznaniu śmierci mózgu, klinicznym podtrzymaniu parametrów życiowych potencjalnych dawców, rozmowach z rodzinami potencjalnych dawców w celu uzyskania akceptacji bliskich krewnych zmarłego do zamysłu pobrania narządów, rozmowach z przedstawicielami prokuratury i przedstawicielami sądów rodzinnych,
- 4) koordynacja pracy zespołów transplantacyjnych w Szpitalu oraz ich działania poza terenem macierzystej jednostki,

- 5) współpraca z zespołami transplantacyjnymi z innych ośrodków transplantacyjnych przy pobraniach wielonarządowych,
- 6) dokonywanie ocen poziomu i jakości usług medycznych w zakresie pobierania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów,
- 7) wdrażanie, w szpitalach województwa warmińsko- mazurskiego, Programu Rozwoju Przeszczepiania Narządów realizowanego pod patronatem Ministra Zdrowia RP w ramach programu Polskiej Unii Transplantacyjnej realizowanego pod nazwą „*Partnerstwo dla Transplantacji*”,
- 8) współpraca z Krajową Radą Transplantacyjną oraz z Ministerstwem Zdrowia RP,
- 9) współpraca z Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnym do spraw Transplantacji „POLTRANSPLANT” oraz z Centralnym Rejestrem Sprzeciwów MSWiA na pobranie komórek, tkanek i narządów,
- 10) współdziałanie z organizacjami i instytucjami krajowymi oraz międzynarodowymi prowadzącymi działalność w zakresie przeszczepiania narządów,
- 11) gromadzenie dokumentacji dotyczącej: dokonywania pobrań narządów oraz zabiegów przeszczepów poszczególnych narządów, decyzji wyboru odpowiednich biorców oraz uzyskanych wyników bezpośrednich i odległych (realizacja ustawowo wymaganej, okresowej aktualizacji danych dotyczących biorców narządów w Krajowym Rejestrze Przeszczepień),
- 12) przygotowywanie i prowadzenie przedmiotowych analiz dotyczących realizacji Programu Przeszczepiania Narządów w Szpitalu,
- 13) prowadzenie szeroko rozumianej działalności informacyjnej w zakresie pozyskiwania komórek, tkanek i narządów w celu ratowania życia i zdrowia (promocja idei przeszczepiania narządów w społeczeństwie województwa warmińsko-mazurskiego oraz w lokalnych społecznościach: szkołach, seminariach duchownych, zakładach pracy, etc.),
- 14) opiniowanie wszelkich nowych zamierzeń i działań w zakresie transplantologii w skali lokalnej i ogólnopolskiej,
- 15) wnioskowanie, w oparciu o kryteria medyczne, zmian sposobu tworzenia list potencjalnych biorców oczekujących na przeszczepianie narządów, szpiku i innych regenerujących się komórek i tkanek (współpraca w tym zakresie z Krajową Listą Oczekujących /KLO/ oraz Centralnym Rejestrem Szpiku),
- 16) prowadzenie krajowego Rejestru Żywych Dawców narządów (nerek, wątroby) w odniesieniu do rejonu województwa Warmińsko-Mazurskiego,
- 17) prowadzenie Rejestru Zdarzeń Niepożądanych w zakresie transplantologii klinicznej oraz przekazywanie stosownych raportów do Centralnego Rejestru Zdarzeń Niepożądanych

prowadzonego przez Centrum Koordynacyjno-Organizacyjne ds. Transplantacji „POLTRANSPLANT”,

18) organizowanie konferencji naukowych: studenckich i specjalistycznych w skali regionalnej, ogólnokrajowej i międzynarodowej,

19) prowadzenie działalności edukacyjnej, dydaktycznej i naukowej w ramach współpracy z Uniwersytetem Warmińsko-Mazurskim w Olsztynie oraz z innymi instytucjami naukowymi w kraju i zagranicą,

20) prowadzenie i promowanie działalności publicystycznej w zakresie transplantologii,

21) nadzór bieżący nad działalnością koordynatorów szpitalnych zatrudnionych na terenie województwa warmińsko-mazurskiego (promowanie aktywności w: pozyskiwaniu dawców, organizowaniu szkoleń dla lokalnego personelu medycznego w zakresie problematyki związanej z rozwojem transplantologii, organizowaniu szkoleń w tym zakresie dla lokalnych społeczności, etc.),

22) opracowywanie okresowych raportów z działalności Biura oraz z realizacji Programu Przeszczepiania Narządów w Szpitalu.

Dział XII. Ośrodek Kwalifikujący do Przeszczepienia (Ośrodek)

§ 72

1. Do zadań Ośrodka należy w szczególności:

1) rejestracja potencjalnych biorców zgłaszanych przez podmioty lecznicze inne niż dokonujące przeszczepienia oraz przez stacje dializ,

2) potwierdzanie zgłoszenia potencjalnego biorcy,

3) gromadzenie informacji dotyczących potencjalnego biorcy, takich jak:

a) imię i nazwisko,

b) data i miejsce urodzenia,

c) adres miejsca zamieszkania lub adres do korespondencji,

d) numer PESEL, jeżeli posiada,

e) rozpoznanie lekarskie,

f) grupa krwi i Rh,

g) rodzaj planowanego przeszczepienia,

h) pilność przeszczepienia według aktualnie obowiązujących dla danego rodzaju przeszczepu kryteriów medycznych,

i) imię, nazwisko oraz miejsce wykonywania zawodu lekarza dokonującego zgłoszenia,

j) inne informacje medyczne o istotnym znaczeniu.

2. Ośrodek przyjmuje zgłoszenia potencjalnego biorcy do przeszczepienia w celu oceny jego stanu zdrowia na podstawie przedstawionej dokumentacji medycznej.

§ 73

1. Za kwalifikację potencjalnych biorców do przeszczepienia odpowiedzialny jest zespół złożony z lekarzy o odpowiednich specjalnościach, zwany dalej „Zespołem”.

2. Skład Zespołu oraz lekarza kierującego pracami Zespołu wyznacza Dyrektor Szpitala odrębnym zarządzeniem.

§ 74

1. W ramach kwalifikacji Zespół dokonuje przeglądu otrzymanej w ramach zgłoszenia dokumentacji medycznej potencjalnego biorcy i oceny jego stanu zdrowia.

2. W przypadku gdy ocena stanu zdrowia potencjalnego biorcy zakwalifikowanego wstępnie wymaga uzupełnienia Zespół, w ramach jej weryfikacji, zleca przeprowadzenie:

1) uzupełniających badań specjalistycznych, w tym konsultacji lekarskich lub

2) specjalistycznych badań laboratoryjnych, w tym typowania tkankowego, poziomu przeciwciał,

3. Po przeprowadzonej kwalifikacji Ośrodek kwalifikujący zawiadamia podmiot leczniczy lub stację dializ, które zgłosiły potencjalnego biorcę, o zakwalifikowaniu albo nie zakwalifikowaniu potencjonalnego biorcy do przeszczepienia; zawiadomienie przesyła się przesyłką poleconą lub drogą elektroniczną.

§ 75

1. Zgromadzone dane o kwalifikowanych potencjalnych biorcach Ośrodek umieszcza w aktualizowanej na bieżąco bazie danych.

2. Dane o których mowa w ust. 1 Ośrodek przechowuje w formie elektronicznej w sposób zabezpieczający przed ich utratą i dostępem osób nieuprawnionych.

3. Działania związane z obiegiem informacji i dokumentacji prowadzą koordynatorzy transplantacyjni wraz z Zespołem.

§ 76

1. Zespół dokonuje kwalifikacji potencjalnego biorcy do zabiegu przeszczepienia z określeniem pilności przeszczepienia jako:

1) zwykła - według kolejności zgłoszenia na krajową listę osób oczekujących na przeszczepienie, zwaną dalej „listą”.

2) pilna- z pominięciem kolejności zgłoszenia na listę, jeżeli lekarz leczący stwierdzi, że potencjalny biorca jest w stanie bezpośredniego zagrożenia życia.

2. Określenie pilności przeszczepienia wymaga uzasadnienia.

3. Zmiana określenia pilności przeszczepienia może nastąpić w każdym czasie na wniosek lekarza leczącego potencjalnego biorcę. Wniosek taki wymaga uzasadnienia, szczególnie w przypadku gdy zostanie stwierdzone, że potencjalny biorca jest w stanie bezpośredniego zagrożenia życia.

4. Do wniosku, lekarz leczący potencjalnego biorcę, powinien dołączyć odpowiednią dokumentację.

§ 77

1. Zespół, ustalając pilność przeszczepienia u potencjonalnego biorcy, uwzględnia następujące kryteria:

- 1) wykluczenie albo dopuszczenie niezgodności immunologicznej między potencjalnym dawcą i potencjalnym biorcą,
- 2) warunki doboru anatomicznego potencjalnego dawcy i potencjonalnego biorcy,
- 3) dopuszczalny wiek potencjonalnego dawcy i potencjonalnego biorcy,
- 4) przewidywane efekty przeszczepienia,
- 5) czas oczekiwania na przeszczepienie,
- 6) aktualny stan zdrowia potencjonalnego biorcy.

§ 78

1. Lekarz kierujący Zespołem zgłasza potencjalnego biorcę zakwalifikowanego do przeszczepienia narządów na krajową listę osób oczekujących na przeszczepienie.

2. Krajową listę oczekujących na przeszczepienie prowadzi Centrum Organizacyjno - Koordynacyjne do Spraw Transplantacji „Poltransplant”.

3. Zgłoszenie zawiera:

- 1) imię i nazwisko potencjonalnego biorcy,
- 2) datę i miejsce urodzenia potencjonalnego biorcy,
- 3) adres miejsca zamieszkania lub adres do korespondencji potencjonalnego biorcy,
- 4) numer PESEL potencjonalnego biorcy,
- 5) rozpoznanie lekarskie,
- 6) grupę krwi i Rh potencjonalnego biorcy,
- 7) rodzaj planowanego przeszczepienia;
- 8) pilność przeszczepienia według aktualnie obowiązujących dla danego rodzaju przeszczepu
- 9) kryteriów medycznych,
- 10) imię, nazwisko oraz miejsce wykonywania zawodu lekarza dokonującego zgłoszenia;
- 11) inne informacje medyczne o istotnym znaczeniu.

4. Zgłoszenie na listę zawiera również:

- 1) określenie pilności przeszczepienia,
- 2) uzasadnienie pilności przeszczepienia- w przypadku określenia pilności przeszczepienia.

Dział XIII. Centrum urazowe w Szpitalu (CU WSS)

§ 79

1. Zadaniem Centrum Urazowego jest przyjmowanie oraz kompleksowa diagnoza i wielospecjalistyczne leczenie pacjenta, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną w zakresie terapii ciężkich, mnogich lub wielonarządowych.
2. CU WSS działa na bazie SOR, OIT, oddziałów zabiegowych i bloku operacyjnego będących w zasobach Szpitala oraz zatrudnionego w wyżej wymienionych oddziałach personelu.

§ 80

1. Zgodnie z Zarządzeniem Wewnętrznym Dyrektora Szpitala w skład zespołu urazowego wchodzi:
 - 1) lekarz SOR – specjalista medycyny ratunkowej,
 - 2) lekarz specjalista z zakresu chirurgii ogólnej/ortopedii neurochirurgii/ chirurgia naczyniowa,
 - 3) lekarz specjalista z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii.

§ 81

1. Pracą zespołu urazowego kieruje kierownik zespołu.
2. W razie potrzeby w zależności od rodzaju obrażeń występujących u pacjenta urazowego kierownik zespołu może do zespołu powołać specjalistów z innych dziedzin medycyny.

§ 82

1. Zespół urazowy ma zapewniony 24 godziny dostęp do:
 - 1) USG, USG –Doppler,
 - 2) RTG,
 - 3) Echokardiografii,
 - 4) angiografii i radiologii interwencyjnej,
 - 5) diagnostyki laboratoryjnej, w tym mikrobiologicznej,
 - 6) gastrokopii, kolonoskopii i bronchofiberoskopii,
 - 7) CT, MRI,
 - 8) pracownia immunologii transfuzjologicznej,
 - 9) konsultacji specjalistycznych - laryngologia/okulistyka/ginekologia/kardiochirurgia/gastroenterologia.

§ 83

1. Osobę w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego kwalifikuje się do leczenia w centrum urazowym w przypadku, gdy jest pacjentem urazowym w rozumieniu art. 3 pkt. 12 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, spełniającym następujące kryteria:
 - 1) występujące co najmniej dwa spośród następujących obrażeń anatomicznych:

- a) penetrujące rany głowy lub tułowia lub urazy tępe z objawami uszkodzenia narządów wewnętrznych głowy, klatki piersiowej i brzucha,
 - b) amputacja kończyny powyżej kolana lub łokcia,
 - c) rozległe zmiążdżenie kończyn,
 - d) uszkodzenie rdzenia kręgowego,
 - e) złamanie kończyny z uszkodzeniem naczyń i nerwów,
 - f) złamanie co najmniej dwóch proksymalnych kości długich kończyn lub miednicy;
- 2) występują co najmniej dwa spośród następujących zaburzeń parametrów fizjologicznych:
- a) ciśnienie skurczowe krwi równe lub poniżej 80 mm Hg,
 - b) tętno co najmniej 120 na minutę,
 - c) częstość oddechu poniżej 10 lub powyżej 29 na minutę,
 - d) stan świadomości w skali Glasgow (GCS) równy lub poniżej 8,
 - e) saturacja krwi tętniczej równa lub poniżej 90%.

§ 84

1. Zasady postępowania z pacjentem urazowym w CU WSS:

- 1) w przypadku zakwalifikowania pacjenta do przyjęcia do CU WSS lekarz z SOR uruchamia procedurę urazową.
- 2) informacja o uruchomieniu procedury urazowej zostanie przekazana do zespołu urazowego telefonicznie.
- 3) po zapoznaniu się z informacją odnośnie stanu pacjenta urazowego kierownik wraz z zespołem urazowym oczekują na pacjenta w szpitalnym oddziale ratunkowym (SOR).
- 4) w przypadku pacjenta urazowego przywiezionego do SOR przez osoby postronne, pielęgniarka/ ratownik medyczny dokonuje wstępnej oceny stanu pacjenta (TRIAGE) i zawiadamia lekarza SOR.
- 5) w SOR przeprowadza się wstępną diagnostykę pacjenta urazowego oraz jego leczenie w zakresie niezbędnym do stabilizacji funkcji życiowych.
- 6) kierownik zespołu urazowego koordynuje pracę zespołu i personelu medycznego (pielęgniarki i ratownik medyczny) przydzielając konkretne zadania poszczególnym członkom zespołu wydając jasne polecenia. Odchylenia od stanu prawidłowego są oznajmiane w taki sposób aby cały zespół urazowy był dobrze zapoznany ze wszystkimi obrażeniami. Kierownik zespołu dba o to żeby praca była wykonywana szybko i skutecznie z zachowaniem spokoju.
- 7) po stabilizacji chorego i ustalonej diagnozie pacjent urazowy może trafić do:
 - a) bezpośrednio na blok operacyjny,

- b) oddziału intensywnej terapii,
- c) sali intensywnego nadzoru pooperacyjnego oddziału zabiegowego.
- 8) dalsza diagnostyka i wielospecjalistyczne leczenie pacjenta urazowego w centrum urazowym odbywa się w oddziale wskazanym przez kierownika zespołu urazowego.

§ 85

1. Podział dokumentacji medycznej pacjenta urazowego w CU WSS:

- 1) historię choroby SOR oznaczoną czerwoną, pionową kreską,
- 2) kartę konsultacyjną oznaczoną czerwoną, pionową kreską,
- 3) kartę obserwacyjną pacjenta oznaczoną czerwoną, pionową kreską.

§ 86

1. Szpital, w którym znajduje się centrum urazowe dysponuje sprzętem zapewniającym:

- 1) łączność telefoniczną realizowaną co najmniej przez jednego operatora telefonii stacjonarnej i jednego operatora telefonii mobilnej z:
 - a) lekarzem koordynatorem ratownictwa medycznego,
 - b) dyspozytorami medycznymi,
 - c) innymi zakładami opieki zdrowotnej,
 - d) regionalnymi centrami krwiodawstwa i krwiolecznictwa.
- 2) łączność radiową z:
 - a) lekarzem koordynatorem ratownictwa medycznego,
 - b) dyspozytorami medycznymi,
 - c) zespołami ratownictwa medycznego, w tym lotniczymi zespołami ratownictwa medycznego.

Dział XIV. Wydawanie pacjentom zaświadczeń i orzeczeń oraz odpłatność za ich wydawanie w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie

§ 87

1. Szpital wydaje pacjentowi bezpłatnie następujące zaświadczenia i orzeczenia lekarskie:

- 1) pozostające w związku z dalszym leczeniem lub rehabilitacją,
- 2) orzekające niezdolność do pracy,
- 3) pozwalające na kontynuowanie nauki,
- 4) związane z uczestnictwem dzieci, uczniów, słuchaczy zakładów kształcenia nauczycieli i studentów w zajęciach sportowych oraz w zorganizowanym wypoczynku,
- 5) dla celów pomocy społecznej,
- 6) dla celów wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej,
- 7) dla celów orzecznictwa o niepełnosprawności,

- 8) dla celów uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego,
 - 9) dla celów ustalenia przyczyn i rodzaju uszkodzeń ciała związanych z użyciem przemocy w rodzinie,
 - 10) uzyskania dodatku lub jednorazowej zapomogi z tytułu urodzenia dziecka.
2. W przypadku orzekania o niezdolności do pracy dla celów rentowych lub ustalania uprawnień w ramach ubezpieczeń społecznych koszty ponosi instytucja zlecająca, czyli ZUS, KRUS lub inne instytucje emerytalno-rentowe.
3. Koszty wykonywanych badań, orzeczeń lub zaświadczeń wydawanych na zlecenie prokuratury lub sądu są pokrywane przez te instytucje z budżetu państwa.

§ 88

1. Zaświadczenia i orzeczenia płatne wydawane są na wniosek pacjentów, w szczególności w zakresie:
- 1) orzekania o zdolności do prowadzenia pojazdów mechanicznych,
 - 2) przyznawania świadczeń z tytułu wypadków przy pracy czy chorób zawodowych, w postępowaniach o odszkodowania, np. dla PZU,
 - 3) orzekania w medycynie pracy (dopuszczające pracownika do pracy na określonym stanowisku), także na rzecz dla uczniów i studentów, w którym do dalszej nauki niezbędna jest książeczka zdrowia lub zaświadczenie o przydatności do wykonywania zawodu,
 - 4) zaświadczeń i orzeczeń o stanie zdrowia dla zakładów pracy lub innych instytucji w celu uzyskania świadczeń rzeczowych lub pieniężnych,
 - 5) zaświadczeń i orzeczeń o stanie zdrowia w celu podjęcia pracy za granicą,
 - 6) zaświadczeń i orzeczeń dla potrzeb sanitarno-epidemiologicznych,
 - 7) zaświadczeń i orzeczeń wydawanych na życzenie pacjenta w innych celach poza leczniczych.
2. Za wydanie orzeczenia lub zaświadczenia określonego w pkt. 1 pacjent zobowiązany jest uiścić opłatę w wysokości 100 zł brutto.
3. Opłatę o której mowa w pkt. 2 pacjent wpłaca w kasie szpitala lub w Dziale Statystyki i Dokumentacji Medycznej.
4. Na życzenie, pacjent może uzyskać fakturę VAT. Faktura będzie wystawiona, na podstawie dowodu wpłaty, w Dziale Księgowości.

Dział XV. Organizacja procesu udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentom posiadającym kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego (DiLO)

§ 89

1. Sposób postępowania w przypadku pacjenta posiadającego kartę DiLO wystawioną przez lekarza POZ:

- 1) pacjent, który trafi do rejestracji do Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej (AOS), musi być przyjęty do specjalisty wskazanego w karcie DiLO w przeciągu **14 dni** – pacjent taki zostaje wciągnięty w odrębną kolejkę oczekujących dla pakietu onkologicznego; rejestratorka kseruje pierwszą i drugą stronę karty DiLO z wpisaniem daty wyznaczonej wizyty do specjalisty – karta zostawiona w wyznaczonym miejscu, odbierana jest przez koordynatora;
- 2) lekarz specjalista kieruje pacjenta na **diagnostykę wstępną**, która musi się odbyć w przeciągu **28 dni**; lekarz specjalista otwiera i zamyka etap diagnostyki wstępnej w karcie DiLO w formie elektronicznej, z zaznaczeniem daty rozpoczęcia i zakończenia diagnostyki wstępnej; te same dane uzupełnia w formie papierowej w karcie DiLO pacjenta, bądź drukuje dany etap i podmienia puste karty DiLO z danego etapu;
- 3) po diagnostyce wstępnej lekarz specjalista może skierować pacjenta na zabieg diagnostyczno-leczniczy (wykonanie zabiegu oraz przeprowadzenie konsylium musi się odbyć w przeciągu 28 dni od momentu wpisania pacjenta w kolejkę oczekujących na udzielenie świadczenia) bądź rozpocząć diagnostykę pogłębianą; w przypadku zabiegu operacyjnego otwarcia i zamknięcia etapu w karcie DiLO dokonuje lekarz operujący, te same dane uzupełnia również w formie papierowej;
- 4) pacjent skierowany do zabiegu operacyjnego musi być wpisany w odrębną kolejkę oczekujących (AP-KOLCE);
- 5) po zabiegu operacyjnym, po otrzymaniu wyniku hist. - pat. lekarz operujący kieruje pacjenta na konsylium celem ustalenia dalszego sposobu postępowania, uzupełnia kartę DiLO – strona dotycząca zabiegu diagnostyczno-leczniczego;
- 6) pomiędzy zakończeniem diagnostyki wstępnej, a rozpoczęciem diagnostyki pogłębianej nie może upłynąć więcej niż **7 dni**;
- 7) lekarz specjalista kieruje pacjenta na **diagnostykę pogłębianą**, która musi się odbyć w przeciągu **21 dni**; lekarz specjalista otwiera i zamyka etap diagnostyki pogłębianej w karcie DiLO w formie elektronicznej, z zaznaczeniem daty rozpoczęcia i zakończenia diagnostyki pogłębianej; te same dane uzupełnia w formie papierowej w karcie DiLO pacjenta, bądź drukuje dany etap i podmienia puste karty DiLO z danego etapu;
- 8) po diagnostyce pogłębianej lekarz specjalista kieruje pacjenta do szpitala, w którym powołane zostaje **konsylium** celem ustalenia **procesu leczniczego** w terminie nie dłuższym niż

14 dni; etap rozpoczęcia i zakończenia konsylium oraz kolejne etapy leczenia, w formie elektronicznej i papierowej, uzupełnia lekarz prowadzący pacjenta;

9) po zakończeniu procesu leczniczego kartę DiLO oraz całą dokumentację należy przekazać pacjentowi oraz lekarzowi POZ;

10) wszelkie skierowania na badania diagnostyczne oznaczane są opisem pakiet onkologiczny oraz pieczętką z logo ścieżki onkologicznej;

11) wszelkie wyniki badań odbierane są przez pacjenta bądź pielęgniarkę z poradni specjalistycznej według obecnie obowiązujących procedur w szpitalu; celem łatwiejszego rozpoznania wyniki są zaopatrzone pieczęcią z logo krótkiej ścieżki onkologicznej, zamieszczanej w widocznym miejscu;

12) w przypadku stwierdzenia nowotworu złośliwego lekarz prowadzący ma obowiązek zgłoszenia nowotworu do Krajowego Rejestru Nowotworu, a numer Karty Zgłoszenia Nowotworu Złośliwego należy wpisać do karty DiLO.

§ 90

1. Jeżeli do poradni specjalistycznej (lub szpitala) trafi pacjent, któremu należy wystawić kartę DiLO (który ma stwierdzony nowotwór złośliwy), obowiązek wydania karty spoczywa na lekarzu AOS (lub szpitala). Dalsza ścieżka postępowania jest identyczna jak w przypadku pacjenta posiadającego już kartę DiLO.

§ 91

1. W przypadku, gdy wynik badania diagnostycznego istotnego dla ustalenia rozpoznania onkologicznego nie był znany w dniu wypisu pacjenta ze szpitala, historię choroby niezwłocznie uzupełnia się o rozpoznanie ustalone na jego podstawie. Wynik badania dołącza się do historii choroby. Przyjęto założenie niedokonywania zmian w treści karty informacyjnej z leczenia szpitalnego. Rozpoznanie onkologiczne ustalone już po wypisaniu pacjenta ze szpitala należy wpisać do karty DiLO, która jest podstawowym dokumentem zawierającym informacje o stanie zdrowia oraz świadczeniach zdrowotnych udzielanych pacjentowi z chorobą nowotworową na kolejnych etapach diagnostyki i leczenia. Należy również uzupełnić dokumentację zbiorczą (księga główna przyjęć i wypisów oraz księga chorych oddziałów) o rozpoznanie ustalone po wypisaniu pacjenta ze szpitala.

§ 92

1. W przypadkach klinicznych, w których potwierdzenie nowotworu złośliwego następuje w wyniku zabiegu diagnostyczno-leczniczego, a pacjent do czasu otrzymania wyniku badania histopatologicznego zostaje wypisany ze szpitala z rozpoznaniem podejrzenia nowotworu, świadczeniodawca obowiązany jest:

- 1) po otrzymaniu wyniku badania diagnostycznego istotnego dla ustalenia rozpoznania onkologicznego, uzupełnić historię choroby o rozpoznanie ustalone na jego podstawie, a wynik dołączyć do historii choroby;
- 2) wydać pacjentowi kartę DiLO (jeżeli pacjent jej nie posiada), nie później niż w dniu konsylium oraz zorganizować konsylium w trybie ambulatoryjnym;
- 3) dokonać korekty danych sprawozdanych w raporcie statystycznym poprzez wskazanie rozpoznania onkologicznego, o którym mowa w pkt a) oraz numeru karty DiLO-w przypadku rozliczania świadczeń na podstawie karty DiLO.

Dział XVI. Postanowienia końcowe

§ 93

1. Niniejszy regulamin organizacyjny ustalony przez Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie podlega zatwierdzeniu przez Radę Społeczną.
2. Regulamin wchodzi w życie z dniem **22.12.2016 roku**.
3. Wszelkie zmiany w regulaminie mogą być dokonywane po pozytywnym zaopiniowaniu przez Radę Społeczną Szpitala oraz w drodze zarządzenia wewnętrznego Dyrektora Szpitala.

§ 94

1. W sprawach nieuregulowanych w niniejszym regulaminie zastosowanie mają przepisy ustawy o działalności leczniczej oraz Kodeksu cywilnego.

Załącznik nr 1 Cennik świadczeń zdrowotnych, udzielanych przez podmiot odpłatnie

1. Medyczne Laboratorium Diagnostyczne

ANALITYKA OGÓLNA

Lp.	Nazwa procedury	Cena [zł]
1	Aceton w moczu	4,00
2	Badanie płynu mózgowo-rdzeniowego	50,00
3	Badanie kału w kierunku pasożytów	11,00
4	Badanie na obecność plemników - wymaz	60,00
5	Badanie ogólne moczu	6,00
6	Badanie ogólne płynu stawowego	40,00
7	Badanie w kierunku nużycy	30,00
8	Barwniki żółciowe w moczu	4,00
9	Białko w moczu ilościowo	5,00
10	Cytoza w płynie otrzewnowym	20,00
11	Fizykalno-morfologiczne badanie nasienia	70,00
12	Glukoza w moczu	5,00
13	Krew utajona w kale	18,00
14	Mikroalbuminuria w moczu	15,00
15	Pełna analiza składu kamieni moczowych	70,00
16	Płyn z jam ciała	60,00
17	Test Helicobacter Pylorii w surowicy	27,00
18	Test na lambie w kale	18,00
19	Test na obecność narkotyków i leków w moczu	
	a) Morfina - test (morfina, heroina lub tzw. "kompot")	18,00
	b) Benzodiazepina - test	18,00
	c) Amfetamina - test	18,00
	d) Kokaina - test	18,00
	e) THC - (haszysz, marihuana) - test	18,00

HEMATOLOGIA

Lp.	Nazwa procedury	Cena [zł]
1	Aktywność esterazy w preparatach krwi obwodowej i szpiku	100,00
2	Aktywność peroksydazowa w preparatach krwi obwodowej i szpiku (POX)	70,00
3	Fosfataza alkaliczna w granulocytach/preparat krwi obwodowej/(FAG)	90,00
4	Mikroskopowa ocena szpiku kostnego	150,00
5	Morfologia krwi 18- parametrowa (z rozmazem), (krew pełna - EDTA)	7,00
6	OB (krew pełna-NC)	4,00
7	Obecność glikogenu w preparatach krwi obwodowej i szpiku (PAS)	100,00
8	Retikulocyty	7,00
9	Rozmaz krwi obwodowej (manualny), (krew pełna - EDTA)	8,00
10	Test LE (surowica)	18,00

KOAGULOLOGIA

Lp.	Nazwa procedury	Cena [zł]
1	Antytrombina III (osocze NC)	45,00
2	Czas koalinowo-kefalinowy (APTT), (osocze NC)	6,00
3	D- dimer (ilościowo), (osocze NC)	37,00
4	Fibrynogen (osocze NC)	7,00
5	Test korekcji (osocze NC)	35,00
6	Wskaźnik protrombinowy (PT) + INR (osocze NC)	6,00
7	Wskaźnik trombinowy (TT), (osocze NC)	6,00

BIOCHEMIA

Lp.	Nazwa procedury	Cena [zł]
1	17 - KS (mocz)	70,00
2	17 - OHCS (mocz)	100,00
3	Białko całkowite (surowica)	4,50
4	ALAT (surowica)	6,00
5	Albumina w płynie mózgowo-rdzeniowym	16,00
6	Albumina w surowicy	6,00
7	Alkohol (surowica)	12,00
8	Amoniak (osocze EDTA)	15,00
9	Amylaza (surowica)	8,00
10	Amylaza (mocz)	8,00
11	ASO ilościowo (surowica)	10,00
12	ASPAT (surowica)	6,00
13	B2Mikroglobulina (surowica)	60,00
14	Bilirubina bezpośrednia (surowica)	6,00
15	Bilirubina całkowita (surowica)	6,00
16	Chlorki (surowica)	4,00
17	Chlorki (mocz)	4,00
18	Cholesterol całkowity (surowica)	5,00
19	CK (surowica)	8,00
20	CKMB (surowica)	12,00
21	CRP ilościowo (surowica)	12,00
22	CRP HS (surowica)	18,00
23	Fosfataza alkaliczna (surowica), (ALP)	5,00
24	Fosfor (surowica)	6,00
25	Fosfor (mocz)	6,00
26	Gazometria (krew pełna)	17,00
27	GGTP (surowica)	6,00
28	Glukoza (surowica)	5,00
29	Haptoglobina (surowica)	40,00
30	HDL - cholesterol (surowica)	6,00
31	Hemoglobina glikolizowana we krwi (HBA1C)	20,00
32	Klirens kreatyniny (surowica + mocz)	11,00
33	Kreatynina (surowica)	5,00

34	Kreatynina (mocz)	5,00
35	Krioglobuliny (surowica) - pobieranie na ciepło	15,00
36	Kwas mlekowy (surowica) - pobieranie na fluorek sodu	16,00
37	Kwas moczowy (surowica)	5,00
38	Kwas moczowy (mocz porcjowy)	5,00
39	Kwas moczowy (mocz dobowy)	5,00
40	Latex (surowica)	9,00
41	LDH w surowicy lub w płynach z jam ciała	6,50
42	LDL - cholesterol (surowica)	6,00
43	Lipaza (surowica)	11,00
44	Magnez (surowica)	6,00
45	Magnez (mocz porcjowy)	6,00
46	Magnez (mocz dobowy)	6,00
47	Metanferyny (mocz)	130,00
48	Mocznik (surowica)	5,00
49	Mocznik (mocz porcjowy)	5,00
50	Mocznik (mocz dobowy)	5,00
51	Osmolalność (surowica)	10,00
52	Osmolalność (mocz porcjowy)	10,00
53	Potas (surowica)	5,00
54	Potas (mocz porcjowy)	5,00
55	Potas (mocz dobowy)	5,00
56	Rozdział elektroforetyczny (proteinogram), (surowica)	16,00
57	Rozdział elektroforetyczny (proteinogram), (mocz)	20,00
58	Seromukoid (surowica)	12,00
59	Sód (surowica)	5,00
60	Sód (mocz porcjowy)	5,00
61	Sód (mocz dobowy)	5,00
62	Test Wallera-Rosego (surowica)	8,00
63	TIBC (surowica)	12,00
64	Trójglicerydy (surowica)	6,00
65	VMA (mocz)	130,00
66	Wapń (surowica)	6,00
67	Wapń (mocz)	6,00
68	Żelazo (surowica)	6,00

IMMUNOCHEMIA

Lp.	Nazwa procedury	Cena [zł]
1	17-OHP (surowica)	42,00
2	ACTH (osocze EDTA)	70,00
3	AFP (surowica)	21,00
4	Aldosteron (surowica, osocze EDTA)	41,00
5	Ana Profili (W-B), (surowica)	170,00
6	Androstendion (surowica)	70,00
7	anty HBS (surowica)	36,00

8	anty HCV (surowica)	36,00
9	anty HIV (surowica)	27,00
10	Aktywność reninowa osocza (ARO), (osocze EDTA)	135,00
11	Anty- CCP (surowica)	80,00
12	Awidność CMV IgG (surowica)	90,00
13	Awidność Toxo IgG (surowica)	55,00
14	BHCG (surowica)	22,00
15	Białko Bence-Jones (immunofiksacja), (mocz)	180,00
16	Białko monoklonalne (immunofiksacja), (surowica)	180,00
17	Białko Pro-BNP (surowica)	100,00
18	Borelioza IgG (surowica)	41,00
19	Borelioza IgG (płyn mózgowo-rdzeniowy)	41,00
20	Borelioza IgG (W-B), (próba potwierdzenia), (surowica)	95,00
21	Borelioza IgG (W-B), (próba potwierdzenia), (płyn mózgowo-rdzeniowy)	95,00
22	Borelioza IgM (surowica)	41,00
23	Borelioza IgM (płyn mózgowo-rdzeniowy)	41,00
24	Borelioza IgM (W-B), (próba potwierdzenia), (surowica)	95,00
25	Borelioza IgM (W-B), (próba potwierdzenia), (płyn mózgowo-rdzeniowy)	95,00
26	Ca 125 (surowica)	36,00
27	Ca 15,3 (surowica)	38,00
28	Ca 19,9 9 (surowica)	45,00
29	CEA (surowica)	22,00
30	Chromogranina (surowica)	120,00
31	CMV IgG (surowica)	32,00
32	CMV IgM (surowica)	32,00
33	C-peptyd (surowica)	46,00
34	Cyklosporyna (krew EDTA)	80,00
35	DHEA-S (surowica)	28,00
36	EBV IgG (mononukleozą) (surowica)	35,00
37	EBV IgM (mononukleozą) (surowica)	35,00
38	Estradiol (surowica)	21,00
39	Ferrytyna (surowica)	36,00
40	FSH (surowica)	21,00
41	FT3 (surowica)	20,00
42	FT4 (surowica)	20,00
43	GH (surowica) gentamycyna	58,00
44	HbsAg (surowica)	13,00
45	IgA (surowica)	22,00
46	IgG (surowica)	22,00
47	IgG (płyn mózgowo-rdzeniowy)	22,00
48	IgM (surowica)	22,00
49	Index Linka Tiblinga (PMR + surowica)	150,00
50	Insulina (surowica)	30,00
51	Kalcytonina (surowica)	70,00

52	Karbamazepina (surowica)	38,00
53	Kortyzol (surowica, moczu)	26,00
54	Kwas foliowy (surowica)	28,00
55	Kwas mykofenolowy (MPA), (surowica)	100,00
56	Kwas walproinowy (surowica)	42,00
57	Kwasy żółciowe	70,00
58	LH (surowica)	21,00
59	MAK (p-ciata antyperoksydazowe) antyTPO (surowica)	37,00
60	Mononukleoza zakaźna - test jakościowy (surowica)	15,00
61	Parathormon (surowica)	45,00
62	Prążki oligoklonalne (surowica + płyn mózgowo-rdzeniowy)	200,00
63	Progesteron (surowica)	21,00
64	Prokalcytonina (surowica)	90,00
65	Prolaktyna (surowica)	21,00
66	PSA (surowica)	30,00
67	Rubella IgG (różyczka) (surowica)	25,00
68	Rubella IgM (różyczka) (surowica)	25,00
69	SHGB (surowica)	80,00
70	Składnik dopełniacza C3 (surowica)	40,00
71	Składnik dopełniacza C4 (surowica)	40,00
72	Syrolimus (krew EDTA)	120,00
73	Tacrolimus (krew EDTA)	90,00
74	TAK (p-ciata antyteroglobulinowe) antyTG (surowica)	37,00
75	Test potwierdzenia HBSAg (surowica)	40,00
76	Testosteron (surowica)	21,00
77	TOXO IgG (surowica)	30,00
78	TOXO IgM (surowica)	35,00
79	Troponina I (surowica)	35,00
80	Troponina T (surowica)	35,00
81	TSH (surowica)	18,00
82	TSH - I (surowica) TSH TRAB (p/ciata p/receptorowi TSH)	70,00
83	Tyreoglobulina (surowica)	65,00
84	Vankomycyna (surowica)	40,00
85	Witamina B12 (surowica)	40,00
86	Witamina D3 (surowica)	60,00
87	Wolne łańcuchy Kappa (surowica)	65,00
88	Wolne łańcuchy Lambda (surowica)	65,00

SERODIAGNOSTYKA KIŁY

Lp.	Nazwa procedury	Cena [zł]
1	FTA (surowica, płyn mózgowo-rdzeniowy)	20,00
2	FTA - ABS (surowica, płyn mózgowo-rdzeniowy)	20,00
3	TPHA (surowica, płyn mózgowo-rdzeniowy)	20,00
4	VDRL (surowica)	12,00
5	Pojemnik na mocz	2,00

6	Pojemnik na kał	2,00
---	-----------------	------

2. Dział Diagnostyki Obrazowej

RADIOLOGIA

Lp.	Nazwa procedury	Cena [zł]
1	Badanie przełyku, żołądka, dwunastnicy	120,00
2	Cystografia (bad. pęcherza moczowego, bad. odpływów moczowodowych)	100,00
3	Fistulografia (badanie przetok)	80,00
4	HSG (badanie drożności jajowodów, obrazownie jamy macicy)	100,00
5	Pasaż jelita cienkiego i grubego	100,00
6	Urografia ze środkiem kontrastowym	150,00
7	Badanie jelita grubego WLEW	180,00
8	Zdjęcie czaszki (dwie płaszczyzny), oczodoły, kanały nerwów wzrokowych	50,00
9	Zdjęcie klatki piersiowej (jedna płaszczyzna), miednica, żebra, mostek, jama brzuszna, biodra, klatka piersiowa noworodka, łopatki	50,00
10	Zdjęcie kości długich (dwie płaszczyzny), podudzia, przedramienia, ramienia, uda	50,00
11	Zdjęcie kręgosłupa lędźwiowego lub piersiowego - 2 płaszczyzny	50,00
12	Zdjęcie kręgosłupa szyjnego - 2 płaszczyzny	50,00
13	Zdjęcie stawów (dwie płaszczyzny), zdjęcie stopy, pięty, barku, dłoni, kolana, łokcia, nadgarstka	50,00
14	Zdjęcie uszu (jedna projekcja)	30,00
15	Zdjęcie żuchwy (jedna płaszczyzna), zatoki, kość nosowa, twarzoczaszka, obojczyk	30,00

BADANIA NACZYNIOWE

Lp.	Nazwa procedury	Cena [zł]
1	Angioplastyka obwodowa	3 000,00
2	Angioplastyka obwodowa z użyciem stentów ¹⁾	3 000,00
3	Angioplastyka obwodowa podudzi	4 000,00
4	Angioplastyka przetok tętniczo-żylnych	2 500,00
5	Aortografia + arteriografia nerkowa wybiórcza	1 200,00
6	Aortografia + pień trzewny lub tętnice kręzkowe	1 200,00
7	Aortografia aorty brzusznej	800,00
8	Arteriografia + embolizacja tętnic biodrowych ²⁾	3 000,00
9	Arteriografia + embolizacja tętnicy nerkowej ²⁾	3 000,00
10	Arteriografia + embolizacja innych naczyń obwodowych ²⁾	3 000,00
11	Arteriografia kończyn dolnych (Seldinger)	800,00
12	Arteriografia kończyny bezpośrednio wkłucie	300,00
13	Arteriografia mózgowa od tętnicy udowej dwustronna	900,00
14	Arteriografia mózgowa od tętnicy udowej jednostronna	800,00
15	Arteriografia wybiórcza (Seldinger)	700,00
16	Cavografia /żyła główna	800,00
17	DSA aorty, kończyn dolnych (od żył łokciowych)	400,00
18	Flebografia kończyny dolnej	300,00
19	Flebografia kończyny górnej lub dolnej	300,00
20	Łuk aorty	800,00
21	Panangiografia (3 lub 4 – naczynia)	1 500,00

¹⁾ plus koszt stentów

²⁾ plus koszt materiałów embolizacyjnych, stent – 2000 zł szt.

MAMMOGRAFIA

Lp.	Cena zł	Cena [zł]
1	Biopsja gruboigłowa z badaniem histopatologicznym - jedna zmiana	750,00
2	Biopsja gruboigłowa z badaniem histopatologicznym - dwie i więcej zmian	900,00
3	Galaktografia (badanie kontrastowe przewodów mlekowych)	100,00
4	Mammografia	90,00
5	Mammografia u pacjentek po mastektomii	70,00
6	Zdjęcie kontrolne - 1 szt. lub zdjęcie celowane, powiększone - 1 szt.	35,00

PRACOWNIA ULTRASONOGRAFII I BIOPSJI CIENKOIGŁOWEJ

Lp.	Nazwa procedury	Cena [zł]
1	Biopsja cienkoigłowa narządów wewnętrznych jamy brzusznej	400,00
2	Biopsja cienkoigłowa narządów powierzchniowych (tarczyca, sutek, węzły chłonne, szyja, inne) z badaniem histopatologicznym:	
	a) do dwóch zmian (guzków)	220,00
	b) powyżej dwóch guzków	350,00
3	USG dopplerowskie naczyń jamy brzusznej	120,00
4	USG dopplerowskie tętnic szyjnych i kręgowych	100,00
5	USG przetoki	150,00
6	USG jamy brzusznej	120,00
7	USG tarczycy, sutków i narządów powierzchniowych	100,00
8	USG dopplerowskie żył i tętnic:	
	a) za jedną kończynę	150,00
	b) za dwie kończyny	220,00

3. Zakład Bakteriologii

BADANIA BAKTERIOLOGICZNE

Lp.	Nazwa procedury	Cena [zł]
1	Posiew moczu - badanie obejmuje posiew, identyfikację patogenu oraz wykonanie antybiogramu	30,00
2	Wymaz z gardła - badanie obejmuje posiew, identyfikację patogenu oraz wykonanie antybiogramu	27,00
3	Posiew z nosa - badanie obejmuje posiew, identyfikację patogenu oraz wykonanie antybiogramu	27,00
4	Posiew z płwociny - badanie obejmuje posiew, identyfikację patogenu oraz wykonanie antybiogramu	40,00
5	Posiew z jamy ustnej w kierunku obecności grzybów drożdżopodobnych – usługa obejmuje posiew na podłoża wzrostowe dla grzybów oraz identyfikację	30,00
6	Wymaz z ucha - badanie obejmuje posiew, identyfikację patogenu oraz wykonanie antybiogramu	35,00
7	Wymaz z worka spojówkowego - badanie obejmuje posiew, identyfikację patogenu oraz wykonanie antybiogramu	35,00
8	Wymaz z przedsionka nosa w kierunku nosicielstwa Staph.aureus – badanie obejmuje posiew, identyfikację gronkowca i wykrycie mechanizmu oporności	20,00
9	Wymaz z gardła w kierunku nosicielstwa Staph.aureus – badanie obejmuje posiew, identyfikację gronkowca i wykrycie mechanizmu oporności	20,00

10	Wymazy z ran, owrzodzeń itp. - badanie obejmuje posiew, identyfikację patogenu oraz wykonanie antybiogramu oraz ocena obecności flory beztlenowej oraz grzybów drożdżopodobnych	60,00
11	Wymaz z dróg rodnych – badanie obejmuje posiew, identyfikację bakterii tlenowych, antybiogram oraz ocena obecności flory beztlenowej oraz grzybów drożdżopodobnych	50,00
12	Wymaz z przedsionka pochwy i / lub odbytu na kolonizację SGB – rozszerzona metoda wykrywania obecności Str.agalactiae	27,00
13	Określenie stopnia czystości pochwy – ocena stopnia czystości pochwy za pomocą preparatu mikroskopowego barwionego metodą Gramma	15,00
14	Posiew krwi, płynów ustrojowych przy użyciu podłoży do automatycznego systemu BactAlert – badanie obejmuje hodowlę na podłożach płynnych dla tlenowców (cena nie obejmuje postępowania w przypadku wykrycia wzrostu mikroorganizmów na podłożu)	40,00
15	Posiew krwi, płynów ustrojowych przy użyciu podłoży do automatycznego systemu BactAlert – badanie obejmuje hodowlę na podłożach płynnych dla beztlenowców (cena nie obejmuje postępowania w przypadku wykrycia wzrostu mikroorganizmów na podłożu)	40,00
16	Posiew dodatni krwi, płynów ustrojowych – badanie obejmuje przesiew z podłoża płynnego na podłoża stałe, ocena mikroskopowa, identyfikację i określenie wrażliwości	100,00
17	Wymaz z cewki moczowej, nasienia – badanie obejmuje posiew, identyfikację bakterii „typowych” oraz antybiogram, wykrycie obecności grzybów drożdżopodobnych	35,00
18	Badanie nosicielstwa patogenów alarmowych (odbyt, pochwa itp.) - badanie obejmuje wykrycie obecności wieloopornych szczepów bakteryjnych na śluzówkach, określenie mechanizmu oporności	60,00
19	Badanie czystości środowiska szpitalnego – badanie obejmuje hodowlę, ocenę ilościową / jakościową wyhodowanej flory, ocena wyniku (nie obejmuje procesu pobierania wymazów)	35,00
20	Badanie mykologiczne metodą automatyczną – badanie obejmuje hodowlę, identyfikację oraz mykogram przy użyciu systemu automatycznego	120,00
21	Określenie wrażliwości grzybów drożdżopodobnych na wybrane mykotyki metodą – E-testów – badanie obejmuje określenia wartości MIC dla wybranego mykotyku	80,00
22	Wysyłanie szczepów bakteryjnych na autoszczepionkę – usługa obejmuje zabezpieczenie szczepu na podłożu transportowym i wysłanie przesyłki	22,00
23	Wykrywanie podwyższonego poziomu laktoferyny w kale	100,00
24	Wykrywanie toksyn A/B i GDH Clostridium difficile.	90,00
25	Wykrywanie GDH i toksyn A/B Clostridium difficile	120,00
26	Określenie wrażliwości na antybiotyki beztlenowców metodą E-test	110,00
27	Identyfikacja beztlenowców	65,00
28	Posiew materiału z dolnych dróg oddechowych: popłuczyny oskrzelowe, bronchoskopia, itp.-badanie obejmuje posiew, identyfikację patogenu oraz wykonanie	80,00

4. Dział Fizjoterapii

FIZYKOTERAPIA

Lp.	Nazwa procedury	Cena [zł]
1	Galwanizacja	7,00
2	Jonoforeza	8,00
3	Elektrostymulacja	8,00
4	Elektrostymulacja twarzy	10,00
5	TENS	8,00
6	Prądy diadynamiczne	8,00

7	Prądy interferencyjne	8,00
8	Prądy Kotza	8,00
9	Prądy Traberta (UR)	9,00
10	Tonoliza	10,00
11	Fonoforeza	10,00
12	Naświetlanie IR	6,00
13	Naświetlanie UV	5,00
14	Laser	10,00
15	Pole magnetyczne	10,00
16	Krioterapia	14,00

MASAŻ KLASYCZNY

Lp.	Nazwa procedury	Cena [zł]
1	Masaż klasyczny całościowy	70,00
2	Masaż twarzy	15,00
3	Masaż leczniczy pleców	30,00
4	Drenaż limfatyczny częściowy	15,00
5	Masaż leczniczy kończyn górnych lub dolnych	20,00
6	Masaż segmentarny	15,00
7	Masaż odchudzający	100,00

TERAPIA MANUALNA

Lp.	Nazwa procedury	Cena [zł]
1	Terapia manualna	40,00
2	Refleksoterapia	40,00
3	Metoda czaszkowo-krzyżowa	40,00

5. Zakład Medycyny Nuklearnej

Lp.	Nazwa procedury	Cena [zł]
1	Scyntygrafia kości (Tc^{99m} MDP) całego ciała i dynamiczna (3-fazowa)	450,00
2	Scyntygrafia statyczna nerek (Tc^{99m} DMSA)	350,00
3	Scyntygrafia dynamiczna nerek (Tc^{99m} + EC) z możliwością testu diuretycznego	350,00
4	Scyntygrafia perfuzyjna płuc	380,00
5	Scyntygrafia wątroby i śledziony (Tc^{99m} koloid)	350,00
6	Scyntygrafia dynamiczna dróg żółciowych, tzw. Cholescyntygrafia	350,00
7	Scyntygrafia perfuzyjna serca (Tc^{99m} MIBI) metodą SPECT	400,00
8	Scyntygrafia perfuzyjna mózgu (metodą SPECT)	400,00
9	Scyntygrafia diagnozująca krwawienie z przewodu pokarmowego, uchyłek Meckela, refluks żołądkowo-przełykowy lub opróżnianie żołądka	350,00
10	Scyntygrafia przytarczyc (Tc^{99m} MIBI) metodą dwufazowo-substrakcyjną	350,00
11	Flebografia izotopowa	300,00
12	Cysternografia izotopowa	400,00
13	Scyntygrafia ślinianek	300,00
14	Limfoscyntygrafia, w tym ocena węzła wartownika	400,00
15	Scyntygrafia tarczycy (I^{131}), tzw. jodowa	190,00
16	Scyntygrafia tarczycy (Tc^{99m}), tzw. technetowa	150,00
17	Scyntygrafia znakowanymi leukocytami (ogniska zapalne)	2 500,00

18	Scyntygrafia z użyciem pochodnych somatostatyny	4 800,00
19	Terapia jodem (J^{131}) w nadczynności tarczycy i wolu obojętnym guzowatym	600,00
20	Terapia paliatywna strontem (Sr-89) bólów wywołanych przerzutami nowotworowymi do kości	2 750,00
21	Terapia paliatywna samarem (Sm-153) bólów wywołanych przerzutami nowotworowymi do kości	4 400,00
22	Konsultacja specjalistyczna w Zakładzie Medycyny Nuklearnej	180,00
23	Scyntygrafia znakowanymi erytrocytami (Pyrofosforan Tc^{99m})	350,00
24	ROLL	200,00

Przy skierowaniu ze szpitala za poz. 1-17 obciążany jest szpital kierujący zgodnie z powyższym cennikiem. W poz. 18-21 pokrywa w całości NFZ.

6. Pracownia Immunologii Transfuzjologicznej

Lp.	Nazwa procedury	Cena [zł]
1	Oznaczenie grupy krwi (badanie układu AB0, Rh oraz przeglądowe badanie przeciwciał)	35,00
2	Oznaczenie grupy krwi u noworodka (AB0, Rh, BTA)	18,00
3	Badanie przeglądowe przeciwciał (PTA) - badanie przeglądowe u kobiet w ciąży	25,00
4	Wydanie karty grupy krwi (na podstawie dwóch wyników badań grupy krwi pochodzących z dwóch próbek pobranych w różnym czasie:	
	a) dwa badania wykonane w Pracowni Immunologii Transfuzjologicznej WSS	70,00
	b) jedno badanie wykonane w Pracowni Immunologii Transfuzjologicznej WSS, drugie badanie wykonane w innej pracowni	50,00
	c) dwa wyniki wykonane w innej pracowni - wydanie tylko karty grupy krwi	15,00
	d) wydanie duplikatu karty grupy krwi	15,00
5	Próba zgodności serologicznej między biorcą a dawcą (dla jednej jednostki krwi) - procedura wykonana dla pacjenta o znanej grupie krwi z jednej próbki krwi	50,00
	a) za każdą kolejną jednostkę krwi	15,00
6	Oznaczenie grupy krwi oraz próba zgodności serologicznej (dla jednej jednostki krwi) - procedura wykonana dla pacjenta o nieznanej grupie krwi przy zachowaniu obowiązku dostarczenia dwóch próbek krwi pobranych z dwóch niezależnych wkłuć. Dwa wyniki badań: wynik grupy krwi i wynik próby zgodności.	70,00
	a) za każdą kolejną jednostkę krwi	15,00
7	Bezpośredni test antyglobulinowy (BTA)	12,00
8	Wydanie odpisu wyniku grupy krwi	5,00
9	Diagnostyka konfliktu matczyno-płodowego (diagnostyka ChHN - badanie z próbki krwi matki i noworodka w kierunku konfliktu ABO)	200,00
10	Badanie kwalifikacyjne do podania immunoglobuliny anti-D (badanie z próbki krwi matki i noworodka)	100,00

7. Dział Patomorfologii

Cena jednostkowa za jeden blok parafinowy wynosi **22 zł**

Lp.	Nazwa procedury	Cena [zł]
1	Biopsja aspiracyjna cienkoigłowa celowana (BACC) - narządy wewnętrzne	400,00
	BACC trzustki	400,00
	BACC wątroby	400,00
	BACC innych narządów	400,00

2	Biopsja aspiracyjna cienkoigłowa celowana (BACC tarczycy, ślinianek, węzłów chłonnych, sutka) - do dwóch zmian	220,00
	BACC tarczycy	220,00
	BACC ślinianki	220,00
	BACC węzłów chłonnych	220,00
	BACC sutka	220,00
3	Biopsja aspiracyjna cienkoigłowa celowana (BACC tarczycy, ślinianek, węzłów chłonnych, sutka) - powyżej dwóch zmian	350,00
	BACC tarczycy	350,00
	BACC ślinianki	350,00
	BACC węzłów chłonnych	350,00
	BACC sutka	350,00
4	Badanie cytologiczne (płyny, popłuczyny, wymazy) rozmazów nadesłanych na szkiełkach podstawowych	22,00
	Badanie cytologiczne płynu z opłucnej	22,00
	Badanie cytologiczne płynu z otrzewnej	22,00
	Badanie cytologiczne płynu z worka osierdziowego	22,00
	Badanie cytologiczne płynu z innych miejsc (mi. z torbieli jajnika)	22,00
	Badanie cytologiczne - wymazy	22,00
	Badanie cytologiczne - popłuczyny	22,00
5	Badanie cytologiczne płynu, popłuczyn z jam ciała z wykonaniem rozmazów	26,00
	Badanie cytologiczne płynu z opłucnej	26,00
	Badanie cytologiczne płynu z otrzewnej	26,00
	Badanie cytologiczne płynu z worka osierdziowego	26,00
	Badanie cytologiczne płynu z innych miejsc	26,00
	Badanie cytologiczne - popłuczyny	26,00
6	Badanie cytologiczne moczu	52,00
7	Badanie śródoperacyjne	85,00
8	Blok parafinowy wraz z barwieniem HE	22,00
9	Barwienie histochemiczne po barwieniu HE	
	Gomori – Silver Impregnation	53,00
	Mucikarmin	53,00
	Ziehl-Neelsen	53,00
	PAS	53,00
	Amyloid	53,00
	Azan	53,00
	Grocott	53,00
	Congo Red	53,00
	Warthin Starry	53,00
	AFOG	53,00
	Jones	53,00
	EVG	53,00
	Giemsa	53,00
	GRAM	53,00
	Pas-G	53,00

	Alcian Blue	53,00
	Inne	53,00
10	Barwienie histochemiczne PTAH (po barwieniu HE)	70,00
11	Barwienie immunohistochemiczne (po barwieniu HE)	
	AFP - alpha fetoprotein	80,00
	Actin, muscle specific (AKTYNA)	80,00
	ALK protein (CD246)	80,00
	Amacr	80,00
	Amyloid A	80,00
	BCL2 Oncoprotein	80,00
	BCL6	80,00
	Beta-catenin	80,00
	BOB.1	80,00
	CA 125	80,00
	Calcitonin	80,00
	Caldesmon	80,00
	Calretynin	80,00
	Cytokeratin CAM 5,2	80,00
	CD1a	80,00
	CD10	80,00
	CD13	80,00
	CD138	80,00
	CD14	80,00
	CD15	80,00
	CD117	80,00
	CD19	80,00
	CD2	80,00
	CD20	80,00
	CD21	80,00
	CD23	80,00
	CD3	80,00
	CD30	80,00
	CD31	80,00
	CD34	80,00
	CD4	80,00
	CD43	80,00
	CD45 (LCA)	80,00
	CD45 RO	80,00
	CD5	80,00
	CD56	80,00
	CD57	80,00
	CD61	80,00
	CD68	80,00
	CD7	80,00

CD79A	80,00
CD8	80,00
CD99	80,00
CDX2	80,00
Carcinoemryonic antigen (CEA)	80,00
Chromogranina A	80,00
Cytokeratyna 14	80,00
Cytokeratyna 19	80,00
Cytokeratyna 20	80,00
Cytokeratyna HMW (CK 34)	80,00
Cytokeratyna 5/6	80,00
Cytokeratyna 7	80,00
Cytokeratyna PAN (CK 1/3)	80,00
Cytokeratyna 8&18	80,00
Cytomegalovirus (CMV)	80,00
Cyclin D1	80,00
Desmina	80,00
Epstein Barr Virus (EBV)	80,00
E-cadherin	80,00
Epithelial membrane antigen (EMA)	80,00
Ep-CAM (Ber-EP4)	80,00
Estrogen receptor (ER)	80,00
ERG	80,00
Fascin	80,00
Galectin 3	80,00
GCDFP-15	80,00
Glial fibrillary acidic protein (GFAP)	80,00
Granzym B	80,00
Helicobacter pylori (HP)	80,00
Human chorionic gonadotropin (hCG)	80,00
Hepatocyte specific antigen (HSA)	80,00
Immunoglobulina G (IgG)	80,00
Immunoglobulina M (IgM)	80,00
Inhibin alpha	80,00
Kappa	80,00
Ki67 / MIB	80,00
Lambda	80,00
LMO 2	80,00
Mammaglobin	80,00
Melan-A	80,00
Melanosome HMB45	80,00
Mesothelial cell, HBME-1	80,00
MUC1	80,00
MUC2	80,00

	MUC5AC	80,00
	MUC6	80,00
	MUM1 protein	80,00
	Myeloperoxidase (MPO)	80,00
	Neurofilament (NFP)	80,00
	OCT-2	80,00
	P 16 (CINTec HISTOLOGY)	80,00
	P 53	80,00
	P 63	80,00
	Prostatic acid phosphatase (PSAP)	80,00
	PAX-5	80,00
	Placental alkaline phosphatase (PLAP)	80,00
	Plasma cell / CD38	80,00
	Progesterone receptor (PR)	80,00
	Prostate specific antigen (PSA)	80,00
	Renal cell carcinoma (RCC)	80,00
	S100	80,00
	Smooth muscle actin (SMA)	80,00
	Synaptofizyna	80,00
	T-Bet	80,00
	Terminal deoxynucleotidyl transferase (TDT)	80,00
	Thyroid transcription factor-1 (TTF-1)	80,00
	Thyroglobulin	80,00
	Tyrosinase	80,00
	Vimentin	80,00
	WT1	80,00
	ZAP-70	80,00
	Hemoglobina / Glikoferyna	80,00
12	Epidermal growth factor receptor (EGFR)	320,00
13	HER 2 DUAL ISH	320,00
14	Konsultacja preparatów*	200,00
15	Wypożyczenie preparatów histopatologicznych oraz bloków parafinowych celem konsultacji pacjenta w Instytucjach	

¹⁾ plus barwienie wg cennika

Inne procedury medyczne

8. Laryngologiczne

Lp.	Nazwa procedury	Cena [zł]
1	Diagnostyka bezdechu sennego - badanie polisomnograficzne	1 000,00
2	Elektrokoagulacja naczyń krwionośnych przegrody nosa	90,00
3	Redukcja małżowin nosowych dolnych - metoda igłowa	200,00
4	Videoendoskopia nosa	90,00

PRACOWNIA AUDIOLOGICZNA I NARZĄDU RÓWNOWAGI

Lp.	Nazwa procedury	Cena [zł]
1	Audiometria tonalna - AT	30,00
2	Audiometria w polu swobodnym - AWP	20,00

3	Audiometria słowna - AS	30,00
4	Audiometria impedancyjna - AI	30,00
5	Tympanometria	20,00
6	Pakiet AT i AI	45,00
7	Test drożności trąbek słuchowych - TDT	20,00
8	DPOAE - usługa audiologiczna	35,00
9	Usługa audiologiczna z ABR latencje	100,00
10	Usługa audiologiczna z ABR progi	100,00
11	Usługa otoneurologiczna z VNG	160,00

ŁAGODNE POŁOŻENIOWE ZAWROTY GŁOWY

Lp.	Nazwa procedury	Cena [zł]
1	Manewr Dix-Hallpike'a	30,00
2	Supine Roll test	30,00
3	Łagodne położeniowe zawroty głowy z kanału tylnego błędnika	
	a) Manewr repozycyjny Epley'a	30,00
	b) Manewr uwalniający Semonta	30,00
4	Łagodne położeniowe zawroty głowy z kanału bocznego błędnika	
	a) Manewr Lemperta	30,00

9. Kardiologiczne

Lp.	Nazwa procedury	Cena [zł]
1	Test wysiłkowy EKG na bieżni	150,00
2	Badanie echokardiograficzne z dopplerem kolorowym	150,00
3	Badanie EKG metodą Holtera	150,00
4	Echokardiograficzna próba doputaminowa	250,00
5	Echokardiografia przezprzełykowa	250,00
6	EKG spoczynkowe	15,00
7	Sprawdzenie częstości rytmu rozrusznika serca	150,00

10. Szpitalnego Oddziału Ratunkowego

Lp.	Nazwa procedury	Cena [zł]
1	EKG	30,00
2	Iniekcja domięśniowa, podskórna	20,00
3	Iniekcja dożylna	30,00
4	I.v. + płyny	40,00
5	I.v. + Immunoglobulina	70,00
6	Zmiana opatrunku	50,00
7	Opracowanie rany chirurgicznej	120,00
8	Gips pełny	150,00
9	Szyna gipsowa	120,00
10	Nastawienie złamania	250,00
11	Nastawienie zwichnięcia	250,00
12	Założenie kołnierza szyjnego	95,00
13	Usunięcie gipsu	60,00
14	Usunięcie kleszcza	100,00
15	Usunięcie ciała obcego ze skóry/tkanki podskórnej	100,00

16	Pomoc w oparzeniu I stopnia, II stopnia - opatrunek	50,00
17	Pomoc w oparzeniu II stopnia, III stopnia - opatrunek	70,00
18	Porada lekarska	100,00
19	Porada specjalisty	150,00
20	Opieka pielęgniarstwa	60,00
21	Nacięcie lub drenaż skóry\tkanki podskórnej	100,00
22	Antytoksyna p-tężcowa	50,00
23	Założenie cewnika do pęcherza moczowego	120,00
24	Nakłucie stawu	60,00

11. Badania endoskopowe

Lp.	Nazwa procedury	Cena [zł]
1	Kolonoskopia	420,00
2	Kolonoskopia z jednym badaniem histopatologicznym	460,00
3	Kolonoskopia z dwoma lub więcej badaniami histopatologicznymi	500,00
4	Kolonoskopia z polipektomią	880,00
5	Fiberosigmoidoskopia	140,00
6	Fiberosigmoidoskopia z badaniami histopatologicznymi	160,00
7	Gastroskopia z testem urazowym	230,00
8	Gastroskopia z jednym badaniem histopatologicznym	260,00
9	Gastroskopia z dwoma lub więcej badaniami histopatologicznymi	290,00
10	pH - metria z impedancją	640,00

12. Badania i zabiegi okulistyczne

DIAGNOSTYKA

Lp.	Nazwa procedury	Cena [zł]
1	Badania podstawowe - porada specjalistyczna	100,00
2	Badanie dna oka	50,00
3	Badanie w lampie szczelinowej	20,00
4	Pomiar ciśnienia wewnątrzgałkowego	20,00
5	Autorefraktometr	20,00
6	Badanie USG gałki ocznej	50,00
7	Pomiar soczewki do wszczepu	50,00
8	Badanie wziernikiem Fisona	80,00
9	Pomiar stopnia wytrzeszczu	20,00
10	Badanie pola widzenia - polomierz komputerowy	50,00
11	Angiografia fluoresceinowa	200,00

ZABIEGI AMBULATORYJNE

Lp.	Nazwa procedury	Cena [zł]
1	Gradówka, kaszak	200,00
2	Kępki żółte, brodawki	200,00
3	Operacje powiekowe - plastyczne	300,00
4	Zdjęcie szwów - skórnych, spojówkowych, rogówkowych	50,00
5	Zaopatrzenie ran - skórnych	200,00
6	Zaopatrzenie ran - spojówkowych	200,00
7	Płukanie dróg łzowych	50,00

8	Sondowanie dróg łzowych	100,00
9	Usunięcie ciał obcych z przedniej części gałki ocznej	100,00
10	Przymrożenie - z wziernikowaniem dna oka	100,00
11	Przymrożenie bez wziernikowania dna oka	80,00

ZABIEGI LASEROWE

Lp.	Nazwa procedury	Cena [zł]
1	YAG - laser (jedno oko)	200,00
2	Argon - laser (jedno oko)	250,00
3	OCT	120,00
4	GDX	80,00
5	Pachymetria	20,00

13. Badania Pracowni EEG

Lp.	Nazwa procedury	Cena [zł]
1	EEG klasyczne	60,00
2	EEG po bezsennej nocy (we śnie)	80,00
3	Video EEG	110,00

14. Badania ginekologiczne i genetyczne

Lp.	Nazwa procedury	Cena[zł]
1	USG Doppler z badaniem w kierunku wad serca płodu	250,00
2	USG genetyczne	250,00
3	USG ginekologiczne (transwaginalne)	75,00
4	USG położnicze	75,00

15. Procedury nefrologiczne

Lp.	Nazwa procedury	Cena[zł]
1	Hemodializa	440,00
2	Plazmafereza	4 430,00

Załącznik nr 2. Cennik za udostępnianie dokumentacji medycznej

Cennik opłat za wykonanie kopii dokumentacji medycznej

ustalany raz na kwartał na podstawie Komunikatu Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego

w sprawie przeciętnego wynagrodzenia w poszczególnych kwartałach wyliczany zgodnie z art. 20 pkt 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2016 r. poz.887).

	Rodzaj dokumentu	Cena w zł
1.	Jedną stronę kopii dokumentacji medycznej	0,81
2.	Jedną stronę wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej	8,11
3.	Udostępnienie dokumentacji medycznej na elektronicznym nośniku danych	1,62

Podstawa prawna: art. 28 ustawy z dnia 06.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn. Dz. U. z 2016 poz. 186 ze zm.).

Załącznik nr 3. Cennik za przechowywanie ciała osoby zmarłej po upływie 72 godzin

1. W przypadku zgonu pacjenta, który nastąpił w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie zwłoki osoby zmarłej przechowywane są w chłodni bez pobierania opłat nie dłużej niż 72 godziny od momentu, w którym zatwierdzono zgon. Do 72 godzinnego okresu nieodpłatnego przechowywania zwłok nie wlicza się dni ustawowo wolnych od pracy.

2. Przechowywanie zwłok w chłodni po 72 godzinach pobiera jest opłata za każdą rozpoczętą dobę, w wysokości:

- jedna doba - 85 zł
- dwie doby - 145 zł
- trzy doby - 200 zł
- za każdą następną rozpoczętą dobę - 65 zł.

3. Opłata pobierana jest od osób odbierających zwłoki lub instytucji uprawnionych do pochówku.

4. Opłata od gminy pobierana jest po upływie 3 dni od dnia powiadomienia gminy o konieczności pochówku.

5. W sytuacji przechowywania zwłok, osoby której zgon nie nastąpił w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie pobierana jest opłata w wysokości 65 zł za każdą rozpoczętą dobę.

6. Opłaty za usługę sekcijną pobierane są w wysokości:

- usługa sekcyjna zwykła (bez lekarza) - 240 zł
- usługa sekcyjna specjalna (dla prokuratury bez lekarza) - 350 zł
- usługa sekcyjna z udziałem lekarza, zlecana przez podmiot zewnętrzny – 560 zł

**Załącznik nr 4 Schemat struktury organizacyjnej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego
w Olsztynie**

**Załącznik nr 5 Schemat struktury organizacyjnej z podziałem na poszczególne rodzaje działalności
lecniczej**

**Załącznik nr 6 Schemat struktury organizacyjnej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego -
Świadczenia Szpitalne**

**Załącznik nr 7 Schemat struktury organizacyjnej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego -
Ambulatoryjne Świadczenia Zdrowotne**

**Załącznik Nr 8 Struktura i zadania poszczególnych komórek organizacyjnych przynależnych do
Przedsiębiorstwa- Świadczenia Szpitalne oraz Przedsiębiorstwa – Ambulatoryjne Świadczenia
Zdrowotne**

Załącznik Nr 8.1 STRUKTURA I ZADANIA SZPITALNEGO KLINICZNEGO ODDZIAŁU RATUNKOWEGO (SKOR)

I. Struktura organizacyjna oddziału:

Szpitalny Oddział Ratunkowy jest to jednostka organizacyjna szpitala, udzielająca świadczeń opieki zdrowotnej osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

Obszary wydzielone w SKOR zgodnie z Ustawą o Państwowym Ratownictwie Medycznym:

1. Obszar segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć (stanowisko rejestratorki stanowisko dekontaminacji).
2. Obszar resuscytacyjno- zabiegowy (monitorowanie i podtrzymywanie funkcji życiowych, prowadzenie resuscytacji oddechowo- krążeniowo- mózgowej, prowadzenie resuscytacji okołourazowej, wykonywanie podstawowego zakresu wczesnej diagnostyki i wstępnego leczenia urazów).
3. Obszar wstępnej intensywnej terapii (dwa stanowiska intensywnej terapii).
4. Obszar terapii natychmiastowej (sala zabiegowa, sala opatrunków gipsowych).
5. Obszar obserwacji.
6. Obszar konsultacyjny.
7. Obszar laboratoryjno- diagnostyczny.
8. Zaplecze administracyjno- gospodarcze.

Oprócz w/w obszarów SKOR posiada:

- 1) zadaszony podjazd dla karettek i osobne wejście dla chorych zgłaszających się samodzielnie oraz,
- 2) lądowisko dla śmigłowców na terenie Szpitala,
- 3) własne, bezkolizyjne trakty komunikacyjne, niezależne od ogólnodostępnych traktów szpitalnych.

II. Organizacja oddziału

1. Pracą personelu lekarskiego kieruje koordynator.
2. Koordynator jest zastępowany przez zastępcę koordynatora lub podczas jego nieobecności przez lekarza wyznaczonego przez koordynatora.
3. Pracą personelu pielęgniarskiego, ratowników medycznych i rejestratorów kieruje pielęgniarka oddziałowa.
4. Podczas nieobecności pielęgniarka oddziałowa jest zastępowana przez zastępczynię pielęgniarki oddziałowej.

5. Nadzór bieżący nad realizacją zadań zleconych podwykonawcom w zakresie żywienia, utrzymania higieny, transportu sprawuje pielęgniarka oddziałowa. W przypadku zastrzeżeń kontaktuje się z Kierownikami poszczególnych jednostek.
6. Lekarz prowadzący pacjentów przyjętych do oddziału jest wyznaczany przez ordynatora oddziału lub jego zastępcę. Po godz. 15.00 opiekę nad pacjentami znajdującymi się w oddziale oraz przybywającymi do oddziału przejmują lekarze dyżurni.
7. Podczas godzin dyżurowych oddział zabezpiecza dwóch lekarzy i cztery pielęgniarki/ ratownicy medyczni oraz do godz. 19 (godz. funkcjonowania Izby Przyjęć) 1 rejestrator.
8. Kwalifikacja do zabiegów operacyjnych i badań inwazyjnych niezbędnych w warunkach SKOR celem diagnostyki lub stabilizacji stanu pacjenta przeprowadzana jest przez specjalistę medycyny ratunkowej sprawującego bezpośrednią opiekę nad pacjentem przy współpracy z lekarzem specjalistą w danej dziedzinie.
9. Lekarz specjalista SKOR wchodzi w skład zespołu urazowego. Pielęgniarka/ ratownik medyczny wchodzi w skład zespołu reanimacyjnego.
10. Nadzór nad kształceniem podyplomowym lekarzy prowadzi ordynator i kierownicy specjalizacji. Nadzór nad kształceniem przed i podyplomowym pielęgniarek prowadzi pielęgniarka oddziałowa lub inna osoba wskazana odrębną umową.
11. Za realizację badania klinicznego odpowiada Badacz. Badanie kliniczne może być prowadzone w oddziale szpitalnym lub poradni specjalistycznej po spełnieniu następujących warunków:
 - 1) uzyskanie pozytywnej opinii Zespołu ds. realizacji eksperymentów klinicznych,
 - 2) zawarcie umowy trójstronnej pomiędzy Szpitalem, Badaczem i Sponsorem.
12. Pozostałe zadania oddziału realizowane są w oparciu o ogólne zasady funkcjonowania szpitala

III. Zadania oddziału:

1. Przyjęcie, stabilizacja, wstępna diagnostyka i leczenie pacjentów dorosłych z nagłymi zachorowaniami, zatruciami, urazami oraz nagłym pogorszeniem zdrowia z innej przyczyny zewnętrznej przywożonych przez zespoły pogotowia ratunkowego bądź zgłaszających się samodzielnie.
2. Udzielanie świadczeń medycznych – diagnostyka, stabilizacja stanu i leczenie, pacjentom poszkodowanych w zdarzeniach nadzwyczajnych przywożonym przez zespoły ratownictwa medycznego bądź zgłaszającym się samodzielnie.
3. Pomoc ofiarom katastrof zgodnie z założeniami powiatowego i wojewódzkiego „Planu zabezpieczenia katastrof”.

4. Zaopatrzenie medyczne pacjentów oraz organizacja transportu do innych zakładów służby zdrowia w razie konieczności leczenia specjalistycznego.
5. Prowadzenie, gromadzenie i przechowywanie dokumentacji medycznej pacjentów Szpitalnego Oddziału Ratunkowego – Księga Odmów i Przyjęć Szpitalnego Oddziału Ratunkowego wg odrębnych przepisów i innej dokumentacji obowiązującej w Szpitalu.
6. Zorganizowanie zespołu urazowego po zgłoszenia się drogą radiową ZRM z informacją o transporcie pacjenta z urazem spełniającym kryteria zgodnie z Rozp. MZ z dn. 18.06.2010r. Postępowanie zgodnie z Zadaniem Centrum Urazowego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego.

Załącznik Nr 8.2 STRUKTURA I ZADANIA IZBY PRZYJĘĆ

I. Struktura Izby Przyjęć:

1. Punkt przyjęć planowych,
2. Przebieralnia,
3. Magazyn rzeczy chorych,
4. Gabinet konsultacyjny.

II. Organizacja Izby Przyjęć:

1. Pracownicy Izby Przyjęć podlegają koordynatorowi SKOR.
2. W Izbie Przyjęć zatrudnione są pielęgniarki i rejestratorzy.
3. Izba Przyjęć czynna jest od poniedziałku do niedzieli w godzinach od 7.00 do 19.00. Po godzinie 19.00 przyjęcia odbywają się w SKOR.
4. Przyjęcie planowe do szpitala odbywa się na podstawie skierowania do szpitala po wcześniejszym ustaleniu terminu przyjęcia.
5. Przyjęcia w trybie nagłym odbywają się na podstawie skierowania od lekarza specjalisty po konsultacji przez lekarza dyżurnego oddziału, do którego kierowany jest pacjent. W przypadku odmowy przyjęcia pacjent otrzymuje kartę odmowy przyjęcia z podaniem przyczyny odmowy oraz zaleceniami dla lekarza kierującego. Odmowa przyjęcia odnotowana jest w Księdze Odmów Przyjęć.

III. Zadania Izby Przyjęć:

1. Przyjmowanie do Szpitala chorych w trybie planowym i nagłym.
2. Prowadzenie niezbędnej dokumentacji medycznej – Księga Przyjęć, Księga Oczekujących, Księga Depozytów.
3. Zabezpieczenie depozytów pacjentów przyjętych do Szpitala.
4. Prowadzenie magazynu rzeczy pacjentów przyjętych do Szpitala.
5. Prowadzenie innej dokumentacji obowiązującej w Szpitalu.

Załącznik Nr 8.3 STRUKTURA I ZADANIA ODDZIAŁU KLINICZNEGO ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII

I. Struktura organizacyjna oddziału:

1. Obszar Intensywnej Terapii.
2. Obszar Anestezjologii z Odcinkiem Pooperacyjnym.

II. Organizacja oddziału

1. Pracą personelu lekarskiego kieruje ordynator.
2. Ordynator jest zastępowany przez zastępcę ordynatora, zaś podczas ich nieobecności przez lekarza wyznaczonego przez ordynatora.
3. Pracą personelu pielęgniarskiego w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii kieruje Pielęgniarka Oddziałowa.
4. Podczas nieobecności Pielęgniarki Oddziałowej zastępowana jest ona przez zastępcę pielęgniarki oddziałowej lub pielęgniarkę przez nią wyznaczoną.
5. Pracą personelu pielęgniarskiego w Obszarze Anestezjologii i Odcinku Pooperacyjnym kieruje Pielęgniarka Koordynująca Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Koordynację działań Odcinka Pooperacyjnego wykonuje Pielęgniarka Koordynująca lub osoba przez nią wyznaczona.
6. Podczas nieobecności Pielęgniarki Koordynującej zastępowana jest pielęgniarkę przez nią wyznaczoną.
7. Nadzór bieżący nad realizacją zadań zleconych podwykonawcom w zakresie żywienia, utrzymania higieny, transportu sprawuje Pielęgniarka Oddziałowa.
8. Lekarzem prowadzącym pacjentów w Obszarze Intensywnej Terapii jest lekarz wyznaczony w danym dniu dla poszczególnych pacjentów przez Ordynatora oraz lekarz dyżurny w danym dniu.
9. Lekarzami odpowiedzialnymi za znieczulenia konkretnych pacjentów na określonych stanowiskach znieczulenia oraz inne czynności anestezjologiczne są lekarze wyznaczeni w danym dniu przez Ordynatora.
10. Lekarzem odpowiedzialnym za obsługę poradni anestezjologicznej jest lekarz wyznaczany w danym dniu przez Ordynatora.
11. Zasady zabezpieczenia oddziału w godzinach dyżurowych:
 - 1) Podczas godzin dyżurowych Obszar Intensywnej Terapii zabezpiecza dwóch lekarzy specjalistów.
 - 2) Podczas godzin dyżurowych Obszar Anestezjologii z Odcinkiem Pooperacyjnym zabezpiecza dwóch lekarzy: 1 specjalista oraz 1 lub 2 lekarzy w trakcie specjalizacji.
 - 3) Podczas godzin dyżurowych Obszar Intensywnej Terapii zabezpiecza 9 pielęgniarek (min. 1 na 2 pacjentów)
 - 4) Podczas godzin dyżurowych Obszar Anestezjologii zabezpieczają dwie pielęgniarki/pielęgniarze.

- 5) Podczas godzin dyżurowych Odcinek pooperacyjny zabezpieczają pielęgniarki w proporcji 1 pielęgniarka/ pielęgniarz na 3 pacjentów.
12. Kwalifikacje pacjentów do zabiegów operacyjnych, zabiegów/badań inwazyjnych, znieczuleń dokonują lekarze specjaliści w porozumieniu ordynatorem lub jego zastępcą.
13. W zespole urazowym reanimacyjnym, transplantacyjnym i innych uczestniczy lekarz dyżurny lub lekarz wyznaczony przez Ordynatora.
14. Lekarze Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii udzielają konsultacji zgodnie z zapotrzebowaniem innych oddziałów szpitala po uzgodnieniu telefonicznym. Ordynator wyznacza lekarzy konsultantów z anestezjologii i intensywnej terapii zgodnie ze zgłaszanym telefonicznie zapotrzebowaniem. Konsultacje realizowane są zgodnie z procedurą szpitalną.
15. Nadzór nad kształceniem podyplomowym lekarzy prowadzi ordynator i kierownicy specjalizacji. Nadzór nad kształceniem przed i podyplomowym pielęgniarek prowadzi pielęgniarka oddziałowa lub inna osoba wskazana odrębną umową.
16. Za realizację badania klinicznego odpowiada Badacz. Badanie kliniczne może być prowadzone w oddziale szpitalnym lub poradni specjalistycznej po spełnieniu następujących warunków:
- 1) uzyskanie pozytywnej opinii Zespołu ds. realizacji eksperymentów klinicznych,
 - 2) zawarcie umowy trójstronnej pomiędzy Szpitalem, Badaczem i Sponsorem.
17. Pozostałe zadania oddziału realizowane są w oparciu o ogólne zasady funkcjonowania szpitala
18. Lekarz prowadzący znieczulenie pełni rolę koordynatora okołooperacyjnej karty kontrolnej i dokonuje w niej wpisów. Wpisy dokonywane są w oparciu o zalecenia dotyczące stosowania okołooperacyjnej karty kontrolnej.

III. Zadania oddziału:

1. Do zadań Obszaru Intensywnej Terapii w szczególności należy:

- 1) Podtrzymywanie bądź zastępowanie funkcji niewydolnych narządów pacjentów hospitalizowanych w OIT.
- 2) Diagnostyka schorzeń prowadzących do niewydolności narządowych u pacjentów hospitalizowanych w OIT.
- 3) Leczenie niewydolności narządowych u pacjentów hospitalizowanych w OIT.
- 4) Wstępna rehabilitacja chorych hospitalizowanych w OIT.
- 5) Prowadzenie diagnostyki w kierunku śmierci mózgu w OIT i innych oddziałach.
- 6) Orzekanie śmierci mózgu w OIT i innych oddziałach.
- 7) Prowadzenie dawcy narządowego w OIT.
- 8) Prowadzenie kształcenia podyplomowego w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii lekarzy i pielęgniarek zgodnie z umowami zawartymi przez WSS.

9) Prowadzenie kształcenia podyplomowego w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii studentów zgodnie z umowami zawartymi przez WSS.

10) Realizowanie konsultacji intensywnistycznych na terenie WSS.

2. Do zadań Obszaru Anestezjologii z Odcinkiem Pooperacyjnym w szczególności należy:

1) Ocena stanu zdrowia pacjentów kwalifikowanych do zabiegów operacyjnych i inwazyjnych procedur medycznych.

2) Ocena przygotowania pacjenta do zabiegu i znieczulenia i ewentualna jego korekta.

3) Kwalifikacja pacjenta do określonych rodzajów znieczuleń.

4) Przygotowanie anestezjologiczne pacjenta do zabiegów i znieczuleń.

5) Wykonywanie znieczuleń na poszczególnych stanowiskach znieczulenia.

6) Opieka pooperacyjna w centralnym oddziale pooperacyjnym.

7) Wsparcie merytoryczne opieki pooperacyjnej na stanowiskach pooperacyjnych w poszczególnych oddziałach.

8) Wsparcie w akcjach reanimacyjnych na terenie WSS.

9) Realizacja analgezji pooperacyjnej z zastosowaniem inwazyjnych metod leczniczych na terenie WSS.

10) Wykonywanie innych czynności anestezjologicznych i konsultacji na terenie WSS.

11) Prowadzenie kształcenia podyplomowego w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii lekarzy i pielęgniarek zgodnie z umowami zawartymi przez WSS.

12) Prowadzenie kształcenia podyplomowego w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii studentów zgodnie z umowami zawartymi przez WSS.

Załącznik Nr 8.4 STRUKTURA I ZADANIA ODDZIAŁU KLINICZNEGO NEUROLOGICZNEGO

I. Struktura organizacyjna oddziału:

1. Poradnia Neurologiczna
2. Pracownia EEG

II. Organizacja oddziału:

1. Pracą personelu lekarskiego kieruje ordynator. Zastępowany przez z-cę ordynatora.
2. Pracą personelu pielęgniarskiego, kieruje pielęgniarka oddziałowa, zastępowana przez zastępcę oddziałowej.
3. Ordynator Oddziału Neurologicznego i Ordynator Oddziału Rehabilitacyjnego kieruje pracą innego personelu, zatrudnionego w danej komórce: technicy, mgr fizjoterapii, logopeda.
4. Nadzór bieżący nad realizacją zadań zleconych podwykonawcom w zakresie żywienia, utrzymania higieny, transportu sprawuje pielęgniarka oddziałowa.
5. Lekarz prowadzący pacjentów przyjętych do oddziału jest wyznaczany przez ordynatora oddziału lub jego zastępcę.
6. W godzinach dyżurowych oddział jest zabezpieczany przez 1 lekarza i 2 pielęgniarki, zgodnie z harmonogramem.
7. Kwalifikacje pacjentów do zabiegów operacyjnych, zabiegów/badań inwazyjnych dokonuje ordynator, zastępca ordynatora lub lekarz prowadzący.
8. Lekarze specjaliści biorą udział w komisji orzekania śmierci mózgu.
9. Konsultacje specjalistyczne pilne – natychmiast. Inne w tym samym dniu. Konsultują wszyscy lekarze specjaliści wg grafiku.
10. Nadzór nad kształceniem podyplomowym lekarzy prowadzi ordynator i kierownicy specjalizacji. Nadzór nad kształceniem przed i podyplomowym pielęgniarek prowadzi pielęgniarka oddziałowa lub inna osoba wskazana odrębną umową.
11. Za realizację badania klinicznego odpowiada Badacz. Badanie kliniczne może być prowadzone w oddziale szpitalnym lub poradni specjalistycznej po spełnieniu następujących warunków:
 - 1) uzyskanie pozytywnej opinii Zespołu ds. realizacji eksperymentów klinicznych,
 - 2) zawarcie umowy trójstronnej pomiędzy Szpitalem, Badaczem i Sponsorem.
12. Pozostałe zadania oddziału realizowane są w oparciu o ogólne zasady funkcjonowania szpitala

III. Zadania oddziału:

1. Pełna diagnostyka neurologiczna.
2. Leczenie wszystkich chorób układu nerwowego.

3. Wczesna rehabilitacja poudarowa.

IV. Do zadań Poradni Neurologicznej w szczególności należy:

1. Ustalenie rozpoznania lekarskiego na podstawie badania przedmiotowego i podmiotowego.
2. Udzielanie porad z zakresu chorób neurologicznych.
3. Realizacja postępowania diagnostycznego i leczniczego.
4. Kwalifikacja chorych do leczenia szpitalnego.
5. Kontrola leczenia pacjentów po pobycie w Szpitalu.
6. Konsultacje pacjentów z innych Szpitali.
7. Edukacja pacjentów.
8. Szkolenie personelu medycznego.
9. Prowadzenie obowiązującej dokumentacji.
10. Leczenie spastyczności toksyną botulinową.
11. Leczenie immunomodulujące SM w ramach programu terapeutycznego NFZ.

V. Do zadań Pracowni EEG w szczególności należy:

1. Wykonywanie badań EEG rutynowych.
2. Wykonywanie badań video-EEG:
 - a) w systemie ambulatoryjnych,
 - b) w oddziale,
3. Wykonywanie badań po deprivacji, np. po bezsennej nocy i inne.
4. Prowadzenie obowiązującej dokumentacji.
5. Szkolenie personelu.

Załącznik Nr 8.5 ZADANIA ODDZIAŁU UDAROWEGO

I. Organizacja oddziału:

1. Pracą personelu lekarskiego kieruje ordynator.
2. Ordynator jest zastępowany przez zastępcę ordynatora lub podczas jego nieobecności przez lekarza wyznaczonego przez ordynatora.
3. Pracą personelu pielęgniarskiego i techników radiologii kieruje pielęgniarka oddziałowa.
4. Podczas nieobecności pielęgniarka oddziałowa jest zastępowana przez zastępczynię pielęgniarki oddziałowej.
5. Nadzór bieżący nad realizacją zadań zleconych podwykonawcom w zakresie żywienia, utrzymania higieny, transportu sprawuje pielęgniarka oddziałowa.
6. Lekarz prowadzący pacjentów przyjętych do oddziału jest wyznaczany przez ordynatora oddziału lub jego zastępcę.
7. Podczas godzin dyżurowych oddział zabezpiecza jeden lekarz oraz dwie pielęgniarki.
8. Kwalifikacje pacjentów do zabiegów operacyjnych, zabiegów/ badań inwazyjnych: dokonuje ordynator lub zastępca ordynatora
9. Lekarze Oddziału Udarowego udzielają konsultacji specjalistycznych zgodnie z zapotrzebowaniem innych oddziałów szpitala. Ordynator wyznacza lekarzy konsultantów z dziedziny neurologii dla poszczególnych oddziałów szpitala.
10. Nadzór nad kształceniem podyplomowym lekarzy prowadzi ordynator i kierownicy specjalizacji. Nadzór nad kształceniem przed i podyplomowym pielęgniarek prowadzi pielęgniarka oddziałowa lub inna osoba wskazana odrębną umową.
11. Za realizację badania klinicznego odpowiada Badacz. Badanie kliniczne może być prowadzone w oddziale szpitalnym lub poradni specjalistycznej po spełnieniu następujących warunków:
 - 1) uzyskanie pozytywnej opinii Zespołu ds. realizacji eksperymentów klinicznych,
 - 2) zawarcie umowy trójstronnej pomiędzy Szpitalem, Badaczem i Sponsorem.
12. Pozostałe zadania oddziału realizowane są w oparciu o ogólne zasady funkcjonowania szpitala.

II. Zadania Oddziału Udarowego:

1. Intensywna diagnostyka, leczenie i opieka nad pacjentami z ostrym udarem mózgu-sala intensywnej opieki.
2. Opieka i leczenie pacjentów ze świeżym udarem mózgu-po 3 dniach od zachorowania.
3. Wczesna rehabilitacja ruchowa u pacjentów ze świeżym udarem mózgu (rehabilitanci).
4. Wczesna rehabilitacja mowy u pacjentów ze świeżym udarem mózgu (logopeda).

5. Wczesna pomoc psychologiczna pacjentów ze świeżym udarem mózgu (psycholog).
6. 24 godzinny dostęp do internisty, kardiologa, neurochirurga, chirurga naczyniowego, kardiochirurga, radiologa dla pacjentów ze świeżym udarem mózgu.

Załącznik Nr 8.6 ZADANIA ODDZIAŁU REHABILITACYJNEGO

I. Struktura organizacyjna oddziału:

1. Pracownia fizykoterapii.
2. Pracownia masażu.

II. Organizacja oddziału:

1. Pracą personelu lekarskiego kieruje ordynator/ koordynator.
2. Ordynator jest zastępowany przez wyznaczonego przez niego lekarza.
3. Pracą personelu pielęgniarskiego kieruje pielęgniarka oddziałowa.
4. Podczas nieobecności pielęgniarka oddziałowa jest zastępowana przez wyznaczoną przez nią pielęgniarkę pracującą w oddziale.
5. Pracą zespołu terapeutycznego (technicy fizjoterapii, mgr fizjoterapii, logopeda, psycholog, terapeuta zajęciowy, masażysta) kieruje ordynator.
6. Nadzór bieżący nad realizacją zadań zleconych podwykonawcom w zakresie żywienia, utrzymania higieny, transportu sprawuje pielęgniarka oddziałowa.
7. Lekarz prowadzący pacjentów przyjętych do oddziału jest wyznaczany przez ordynatora oddziału lub jego zastępcę.
8. Lekarze oddziału nefrologicznego/hematologicznego zapewniają doraźną opiekę nad pacjentami poza godzinami wynikającymi ze stosunku pracy lekarzy oddział rehabilitacji czyli w godzinach 14.35-07.00 oraz całodobowo w dniach ustawowo wolnych od pracy.
9. Kwalifikacje pacjentów do hospitalizacji dokonuje ordynator lub zastępca ordynatora prowadząc jednocześnie listę pacjentów oczekujących.
10. Konsultacji specjalistycznych zgodnie z zapotrzebowaniem innych oddziałów szpitala udzielają ordynator lub wyznaczony przez niego lekarz Oddziału Rehabilitacyjnego i Rehabilitacji Neurologicznej w czasie nie dłuższym niż 24 godziny od zgłoszenia w zależności od pilności.
11. Nadzór nad kształceniem podyplomowym lekarzy prowadzi ordynator i kierownicy specjalizacji. Nadzór nad kształceniem przed i podyplomowym pielęgniarek prowadzi pielęgniarka oddziałowa lub inna osoba wskazana odrębną umową.
12. Za realizację badania klinicznego odpowiada Badacz. Badanie kliniczne może być prowadzone w oddziale szpitalnym lub poradni specjalistycznej po spełnieniu następujących warunków:
 - 1) uzyskanie pozytywnej opinii Zespołu ds. realizacji eksperymentów klinicznych,
 - 2) zawarcie umowy trójstronnej pomiędzy Szpitalem, Badaczem i Sponsorem.
13. Pozostałe zadania oddziału realizowane są w oparciu o ogólne zasady funkcjonowania szpitala.

II. Do zadań Oddziału Rehabilitacyjnego w szczególności należy:

1. Leczenie chorych ze schorzeniami układu ruchu i układu nerwowego ze szczególnym uwzględnieniem:
 - a) następstw urazu wielonarządowego,
 - b) chorych po endoprotezoplastyce stawu kolanowego i biodrowego,
 - c) chorych do protezowania po przebytej amputacji naczyniowej i pourazowej.
2. Diagnostyka czynnościowa hospitalizowanych w oddziale pacjentów.
3. Prowadzenie rehabilitacji kompleksowej, tj.:
 - a) kinezyterapii,
 - b) leczenia fizykalnego,
 - c) rehabilitacji psychologicznej,
 - d) poradnictwa socjalnego.
4. Współpraca z oddziałami Szpitala w zakresie usprawniania chorych i kwalifikacji do hospitalizacji w oddziale rehabilitacji z zachowaniem zasad wczesności i ciągłości terapii.
5. Lekarze oddziału nefrologicznego zapewniają doraźną opiekę nad pacjentami poza godzinami wynikającymi ze stosunku pracy lekarzy oddziału rehabilitacyjnego.

III. Zadania Pracowni Fizykoterapii – Pracownia obsługuje pacjentów szpitalnych w zakresie fizykoterapii i kinezyterapii przyłóżkowej, a w szczególności:

1. W zakresie światłolecznictwa:
 - a) lampa sollux,
 - b) laseroterapia.
2. W zakresie zimnolecznictwa:
 - a) krioterapia.
3. W zakresie magnetoterapii.
4. W zakresie elektroterapii:
 - a) galwanizacja,
 - b) jonoforeza,
 - c) prądy diadynamiczne,
 - d) prądy interferencyjne,
 - e) elektrostymulacja,
 - f) prądy TENS,
 - g) prądy Traberta,
 - h) prądy Kotza,

- i) prądy Nemeca,
- j) tonoliza.
- 5. W zakresie terapii ultradźwiękami i ultrafonoforezy (również przy łóżku chorego).
- 6. W zakresie zabiegów kinezyterapeutycznych przy łóżku chorego.
- 7. Współpraca z poszczególnymi oddziałami w celu sprawnego ustalania grafiku zabiegów oraz specjalnych zaleceń.

IV. Zadania Pracowni Masażu – Pracownia obsługuje pacjentów szpitalnych w zakresie masażu, a w szczególności:

- 1. W zakresie masażu (również przy łóżku chorego):
 - a) klasycznego,
 - b) segmentarnego,
 - c) limfatycznego.
- 2. Współpraca z poszczególnymi oddziałami w celu sprawnego ustalania grafiku zabiegów oraz specjalnych zaleceń.

Załącznik Nr 8.7 ZADANIA ODDZIAŁU REHABILITACJI NEUROLOGICZNEJ

I. Organizacja oddziału:

1. Pracą personelu lekarskiego kieruje ordynator.
2. Ordynator jest zastępowany przez wyznaczonego przez niego lekarza.
3. Pracą personelu pielęgniarskiego kieruje pielęgniarka oddziałowa.
4. Podczas nieobecności pielęgniarka oddziałowa jest zastępowana przez wyznaczoną przez nią pielęgniarkę pracującą w oddziale.
5. Pracą zespołu terapeutycznego (technicy fizjoterapii, mgr fizjoterapii, logopeda, psycholog, terapeuta zajęciowy, masażysta) kieruje ordynator.
6. Nadzór bieżący nad realizacją zadań zleconych podwykonawcom w zakresie żywienia, utrzymania higieny, transportu sprawuje pielęgniarka oddziałowa.
7. Lekarz prowadzący pacjentów przyjętych do oddziału jest wyznaczany przez ordynatora oddziału lub jego zastępcę.
8. Lekarze oddziału nefrologicznego/hematologicznego zapewniają doraźną opiekę nad pacjentami poza godzinami wynikającymi ze stosunku pracy lekarzy oddział rehabilitacji czyli w godzinach 14.35-07.00 oraz całodobowo w dniach ustawowo wolnych od pracy.
9. Kwalifikacje pacjentów do hospitalizacji dokonuje ordynator lub zastępca ordynatora prowadząc jednocześnie listę pacjentów oczekujących.
10. Konsultacji specjalistycznych zgodnie z zapotrzebowaniem innych oddziałów szpitala udzielają ordynator lub wyznaczony przez niego lekarz Oddziału Rehabilitacyjnego i Rehabilitacji Neurologicznej w czasie nie dłuższym niż 24 godziny od zgłoszenia w zależności od pilności.
11. Nadzór nad kształceniem podyplomowym lekarzy prowadzi ordynator i kierownicy specjalizacji. Nadzór nad kształceniem przed i podyplomowym pielęgniarek prowadzi pielęgniarka oddziałowa lub inna osoba wskazana odrębną umową.
12. Za realizację badania klinicznego odpowiada Badacz. Badanie kliniczne może być prowadzone w oddziale szpitalnym lub poradni specjalistycznej po spełnieniu następujących warunków:
 - 1) uzyskanie pozytywnej opinii Zespołu ds. realizacji eksperymentów klinicznych,
 - 2) zawarcie umowy trójstronnej pomiędzy Szpitalem, Badaczem i Sponsorem.
14. Pozostałe zadania oddziału realizowane są w oparciu o ogólne zasady funkcjonowania szpitala.

II. Do zadań Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej w szczególności należy:

1. Leczenie chorych ze schorzeniami układu nerwowego ze szczególnym uwzględnieniem:
 - a) urazów rdzenia kręgowego,

- b) udarów mózgu,
 - c) urazów czaszkowo-mózgowych,
 - d) chorób obwodowego układu nerwowego,
 - e) następstw urazu wielonarządowego, w tym ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego.
2. Diagnostyka czynnościowa hospitalizowanych w oddziale pacjentów.
3. Prowadzenie rehabilitacji kompleksowej, tj.:
- a) kinezyterapii,
 - b) leczenia fizykalnego,
 - c) rehabilitacji psychologicznej,
 - d) rehabilitacji zaburzeń językowych,
 - e) terapii zajęciowej,
 - f) poradnictwa socjalnego.
4. Współpraca z oddziałami Szpitala w zakresie usprawniania chorych i kwalifikacji do hospitalizacji w oddziale rehabilitacji z zachowaniem zasad wczesności i ciągłości terapii.
5. Lekarze oddziału nefrologicznego zapewniają doraźną opiekę nad pacjentami poza godzinami wynikającymi ze stosunku pracy lekarzy oddział rehabilitacji.

Załącznik Nr 8.8 ZADANIA ODDZIAŁU KLINICZNEGO NEFROLOGICZNEGO, HIPERTENSJOLOGII I CHORÓB WEWNĘTRZNYCH

I. Struktura organizacyjna oddziału:

1. Stanowiska pozaustrojowego oczyszczania krwi.
2. Poradnia Nefrologiczna.

II. Organizacja oddziału:

1. Pracą personelu lekarskiego kieruje ordynator.
2. Ordynator jest zastępowany przez zastępcę ordynatora lub podczas jego nieobecności przez lekarza wyznaczonego przez ordynatora.
3. Pracą personelu pielęgniarskiego, kieruje pielęgniarka oddziałowa.
4. Podczas nieobecności pielęgniarka oddziałowa jest zastępowana przez zastępczynię pielęgniarki oddziałowej lub inną wyznaczoną osobę.
5. Nadzór bieżący nad realizacją zadań zleconych podwykonawcom w zakresie żywienia, utrzymania higieny, transportu sprawuje pielęgniarka oddziałowa.
6. Lekarz prowadzący pacjentów przyjętych do oddziału jest wyznaczany przez ordynatora oddziału lub jego zastępcę. O przydziale lekarza prowadzącego decydują:
 - 1) liczba pacjentów aktualnie prowadzonych przez jednego lekarza,
 - 2) profil problemów klinicznych prezentowanych przez przyjmowanego pacjenta (w Oddziale są zatrudnieni specjaliści chorób wewnętrznych i nefrologii, a także transplantologii klinicznej i hipertensjologii). Dlatego Pacjenci po przeszczepieniu, do diagnostyki powikłanego nadciśnienia itp. są przydzielani preferencyjnie odpowiednim specjalistom (lub rezydentom wykazującym szczególne zainteresowania w określonym kierunku).

W godzinach dyżurowych Oddział jest zabezpieczony w sposób ciągły przez lekarza specjalistę lub uprawnionego rezydenta (na podstawie decyzji Dyrekcji Szpitala po zaopiniowaniu przez Kierownika specjalizacji oraz Ordynatora). Lekarz dyżurny pochodzi z Oddziału Nefrologii, Hipertensjologii i Chorób Wewnętrznych lub Hematologii; dodatkowo pojedyncze dyżury zabezpieczają lekarze kontraktowi - specjaliści chorób wewnętrznych i nefrologii, którzy nie są zatrudnieni na stałe w w/w Oddziałach. Lekarz dyżurny zabezpiecza w godzinach dyżurowych oddziały: Nefrologii, Hipertensjologii i Chorób Wewnętrznych, Hematologii oraz Rehabilitacji. Dyżurujący lekarz w ramach swoich obowiązków konsultuje także inne Oddziały Szpitala i Szpitalny Oddział Ratunkowy oraz (w przypadku lekarzy zatrudnionych w Oddziale Nefrologii, Hipertensjologii i Chorób Wewnętrznych) bierze udział w akcji „przeszczep”. Godziny dyżurowe to 15.00 – 7.30. Dyżurujący rezydenci oraz lekarze specjaliści mają możliwość uzyskania konsultacji telefonicznej Ordynatora lub jego zastępcy. W Oddziale dyżurują dwie pielęgniarki zgodnie z ustalonym harmonogramem.

7. Kwalifikacji do zabiegów i badań diagnostycznych dokonują lekarze chirurdzy poproszeni na konsultację przez lekarzy Oddziału, w porozumieniu z anestezjologiem, zgodnie ze standardami dotyczącymi całego Szpitala.
8. Udział lekarzy w zespole urazowym, reanimacyjnym, transplantacyjnym zgodnie z obowiązującymi procedurami.

9. Lekarze Oddziału Nefrologii, Hipertensjologii i Chorób Wewnętrznych oraz Pielęgniarka Oddziałowa wchodzi w skład zespołu transplantacyjnego.
10. Lekarze Oddziału udzielają konsultacji internistycznych, nefrologicznych, hipertensjologicznych i transplantologicznych. Konsultacje są realizowane w ciągu godziny. Konsultacje w godzinach pracy są udzielane przez specjalistę chorób wewnętrznych ze specjalizacją szczegółową (nefrolog, transplantolog, hipertensjolog); w godzinach dyżurowych – także przez uprawnionych rezydentów i specjalistów hematologii. Konsultacje są dokonywane zgodnie ze specjalizacją szczegółową.
11. Nadzór nad kształceniem podyplomowym lekarzy prowadzi ordynator i kierownicy specjalizacji. Nadzór nad kształceniem przed i podyplomowym pielęgniarek prowadzi pielęgniarka oddziałowa lub inna osoba wskazana odrębną umową.
12. Za realizację badania klinicznego odpowiada Badacz. Badanie kliniczne może być prowadzone w oddziale szpitalnym lub poradni specjalistycznej po spełnieniu następujących warunków:
 - 1) uzyskanie pozytywnej opinii Zespołu ds. realizacji eksperymentów klinicznych,
 - 2) zawarcie umowy trójstronnej pomiędzy Szpitalem, Badaczem i Sponsorem.
13. Pozostałe zadania oddziału realizowane są w oparciu o ogólne zasady funkcjonowania szpitala.

III. Zadania oddziału:

1. Diagnostyka i leczenie chorych z:
 - a) ostrym uszkodzeniem nerek,
 - b) z przewlekłą chorobą nerek,
 - c) pierwotnymi chorobami kłębuszków nerkowych,
 - d) wtórnymi chorobami kłębuszków nerkowych,
 - e) cewkowo – śródmiąższowymi chorobami nerek,
 - f) naczyniowymi chorobami nerek,
 - g) pierwotnym nadciśnieniem tętniczym (zwłaszcza opornym i powikłanym)
 - h) wtórnym nadciśnieniem tętniczym,
2. Leczenie powikłań u chorych leczonych dializą otrzewnową i hemodializą.
3. Rozpoznawanie i leczenie powikłań po przeszczepieniu nerki (po 30 dniu od przeszczepienia).
4. Diagnostyka i leczenie innych chorób z zakresu chorób wewnętrznych.
5. Udzielanie konsultacji Oddziałom Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w zakresie chorób wewnętrznych, nefrologii, hipertensjologii i transplantologii klinicznej.
6. Udzielanie konsultacji lekarzom rodzinnym.
7. Kwalifikowanie chorych do leczenia nerkozastępczego.
8. Kwalifikowanie chorych do zgłoszenia na listę biorców nerki i nerki z trzustką
9. Kwalifikowanie potencjalnych żywych dawców nerki.
10. Wykonywanie wybranych zabiegów związanych z leczeniem nerkozastępczym:

- a) plazmaferezy u pacjentów z chorobami nerek oraz we wskazaniach pozanerkowych w chorobach, w których udowodniono skuteczność plazmaferez,
 - b) hemodializy przerywanej u chorych z ostrym uszkodzeniem nerek i przewlekłą chorobą nerek hospitalizowanych (z wyłączeniem pacjentów ambulatoryjnych).
11. Diagnozowanie i leczenie chorych z innymi schorzeniami internistycznymi.
 12. Szkolenie zawodowe personelu lekarskiego i pielęgniarskiego według najnowszych trendów wiedzy (EBM).
 13. Zapewnienie opieki dyżurowej nad pacjentami w oddziałach Nefrologii, Hipertensjologii i Chorób Wewnętrznych, Hematologii oraz Rehabilitacji.
 14. Prowadzenie Pacjentów w Poradni Nefrologicznej oraz będących poza strukturą Oddziału Poradni: Hipertensjologicznej i Transplantacji Nerek.
 15. Opieka ambulatoryjna nad pacjentami żywionymi parenteralnie (jeden lekarz Oddziału).

IV. Do zadań Poradni Nefrologicznej w szczególności należy:

1. Udzielanie indywidualnych ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych.
2. Ustalenie rozpoznania lekarskiego na podstawie badania przedmiotowego i podmiotowego.
3. Realizacja postępowania diagnostycznego i leczniczego.
4. Kwalifikacja chorych do leczenia nerkozastępczego.
5. Kontrola pacjentów po leczeniu szpitalnym.
6. Edukacja pacjentów.
7. Szkolenie personelu medycznego.
8. Prowadzenie obowiązującej dokumentacji.

Załącznik Nr 8.9 STRUKTURA I ZADANIA ODDZIAŁU KARDIOLOGICZNEGO I ODDZIAŁU INTENSYWNEGO NADZORU KARDIOLOGICZNEGO

I. Struktura organizacyjna:

1. Pracownia Hemodynamiki.
2. Pracownia Elektrofizjologii i Elektroterapii.
3. Pracownia Echokardiografii.
4. Pracownia Elektrokardiografia Spoczynkowej i Wysiłkowej.
5. Pracownia Badań Holterowskich.
6. Poradnia Nadciśnienia Tętniczego:
 - 1) Pracownia Kontroli Stymulatorów i Kardiowerterów

II. Organizacja oddziału

1. Pracą personelu lekarskiego kieruje ordynator.
2. Ordynator jest zastępowany przez zastępcę ordynatora lub podczas jego nieobecności przez lekarza wyznaczonego przez ordynatora.
3. Pracownią Hemodynamiki kieruje kierownik pracowni.
4. Pracownią Elektrofizjologii i Elektroterapii kieruje kierownik pracowni.
5. Pracą personelu pielęgniarskiego i techników radiologii kieruje pielęgniarka oddziałowa.
6. Podczas nieobecności pielęgniarka oddziałowa jest zastępowana przez zastępczynię pielęgniarki oddziałowej.
7. Nadzór bieżący nad realizacją zadań zleconych podwykonawcom w zakresie żywienia, utrzymania higieny, transportu sprawuje pielęgniarka oddziałowa.
8. Lekarz prowadzący pacjentów przyjętych do oddziału jest wyznaczany przez ordynatora oddziału lub jego zastępcę.
9. Podczas godzin dyżurowych oddział zabezpiecza dwóch lekarzy – jeden w Pracowni Hemodynamiki, drugi w Oddziale Kardiologii i Oddziale Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego. Dyżur w Pracowni Hemodynamiki pełnią również pielęgniarka i technik radiologii. W Oddziale Kardiologii i Oddziale Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego dyżurują cztery pielęgniarki.
10. Kwalifikacje pacjentów do zabiegów operacyjnych, zabiegów/ badań inwazyjnych: kwalifikacji do koronarografii i zabiegów elektrofizjologicznych dokonuje ordynator lub zastępca ordynatora.
11. Lekarze Oddziału Kardiologii udzielają konsultacji kardiologicznych zgodnie z zapotrzebowaniem innych oddziałów szpitala. Ordynator wyznacza lekarzy konsultantów z dziedziny kardiologii dla poszczególnych oddziałów szpitala.

12. Nadzór nad kształceniem podyplomowym lekarzy prowadzi ordynator i kierownicy specjalizacji. Nadzór nad kształceniem przed i podyplomowym pielęgniarek prowadzi pielęgniarka oddziałowa lub inna osoba wskazana odrębną umową.
13. Za realizację badania klinicznego odpowiada Badacz. Badanie kliniczne może być prowadzone w oddziale szpitalnym lub poradni specjalistycznej po spełnieniu następujących warunków:
 - 1)uzyskanie pozytywnej opinii Zespołu ds. realizacji eksperymentów klinicznych,
 - 2)zawarcie umowy trójstronnej pomiędzy Szpitalem, Badaczem i Sponsorem.
14. Pozostałe zadania oddziału realizowane są w oparciu o ogólne zasady funkcjonowania szpitala.

III. Zadania oddziału:

1. Do zadań Oddziału Kardiologicznego w szczególności należy:

- 1)leczenie pacjentów ze schorzeniami układu krążenia w trybie pilnym i planowym.
- 2)diagnostyka inwazyjna chorób serca – koronarografia.
- 3)diagnostyka nieinwazyjna chorób serca.
- 4)wszczepianie i kontrola urządzeń do stymulacji, resynchronizacji i defibrylacji serca.
- 5)leczenie inwazyjne ostrych zespołów wieńcowych w trybie 24 godzinnego dyżuru hemodynamicznego.
- 6)prewencja pierwotna i wtórna zawału serca.

2. Do zadań Pracowni Elektrokardiografii Spoczynkowej i Wysiłkowej w szczególności należy:

- 1) wykonywanie badań elektrokardiograficznych spoczynkowych dla pacjentów oddziału kardiologii.
- 2) wykonywanie planowych badań elektrokardiograficznych spoczynkowych dla pacjentów z innych oddziałów szpitalnych WSS.
- 3) wykonywanie planowych badań elektrokardiograficznych spoczynkowych dla pacjentów z poradni WSS w Olsztynie.
- 4) wykonywanie badań elektrokardiograficznych wysiłkowych na bieżni ruchomej lub cykloergometrze dla pacjentów z oddziału kardiologii, innych oddziałów szpitala oraz poradni szpitalnych.
- 5) wykonywanie badań elektrokardiograficznych przyłóżkowych w oddziałach WSS w Olsztynie.

3. Do zadań Pracowni Badań Holterowskich w szczególności należy:

- 1) wykonywanie i analiza badań holtera ekg u chorych z Oddziału Kardiologii WSS w Olsztynie,

- 2) wykonywanie i analiza badań holtera ekg u chorych z innych oddziałów szpitalnych WSS w Olsztynie,
- 3) wykonywanie i analiza badań holtera ekg u chorych ambulatoryjnych z poradni WSS w Olsztynie.

4. Do zadań Pracowni Echokardiografii w szczególności należy:

- 1) wykonywanie badań echokardiograficznych przezklatkowych z analizą dopplerowską i dopplerem kolorowym,
- 2) wykonywanie badań echokardiograficznych przezprzełykowych,
- 3) wykonywanie badań echokardiograficznych obciążeniowych (z dobutaminą i dipirydamolem),
- 4) wykonywanie badań echokardiograficznych przezprzełykowych z zastosowaniem kontrastowania.

5. Do zadań Pracowni Elektrofizjologii i Elektroterapii w szczególności należy:

- 1) wykonywanie badań elektrofizjologicznych,
- 2) wykonywanie zabiegów ablacji zaburzeń rytmu serca,
- 3) kwalifikowanie pacjentów do zabiegów elektrofizjologicznych,
- 4) wszczepianie rozruszników serca jedno i dwujamowych,
- 5) wszczepianie kardiowerterów-defibrylatorów i urządzeń resynchronizujących,
- 6) opisywanie i ewidencjonowanie wyników badań i zabiegów,
- 7) sporządzanie zapotrzebowania na sprzęt diagnostyczny i terapeutyczny jednorazowego użytku,
- 8) raportowanie zużycia sprzętu jednorazowego użytku.

6. Do zadań Pracowni Hemodynamiki w szczególności należy:

- 1) wykonywanie badań koronarograficznych,
- 2) wykonywanie zabiegów angioplastyki wieńcowej balonowej,
- 3) wykonywanie zabiegów angioplastyki wieńcowej ze wszczepieniem stentów,
- 4) wykonywanie badań hemodynamicznych serca,
- 5) opisywanie i ewidencjonowanie wyników badań i zabiegów,
- 6) sporządzanie zapotrzebowania na sprzęt diagnostyczny i terapeutyczny jednorazowego użytku,
- 7) raportowanie zużycia sprzętu jednorazowego użytku.

7. Do zadań Oddziału Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego w szczególności należy:

- 1) monitorowanie i leczenie chorych hospitalizowanych z powodu ostrych zespołów wieńcowych w okresie po zabiegowym (zabiegi na naczyniach wieńcowych),
- 2) monitorowanie i leczenie chorych z niestabilnością wieńcową i niewydolnością krążeniowo-oddechową,
- 3) monitorowanie i leczenie chorych z groźnymi dla życia zaburzeniami rytmu serca.

IV. Zadania poradni nadciśnienia tętniczego – Poradnia nadciśnienia tętniczego dysponuje

Pracownią Kontroli Stymulatorów i Kardiowerterów

- 1) diagnostyka i leczenie pacjentów z nadciśnieniem tętniczym,
- 2) kontrola stymulatorów i kardiowerterów serca (ICD) oraz urządzeń do resynchronizacji (CRT-D i CRT-P).

Załącznik Nr 8.10 ZADANIA ODDZIAŁU HEMATOLOGICZNEGO

I. Struktura organizacyjna oddziału:

1. Poradnia hematologiczna.

II. Organizacja oddziału:

1. Pracą personelu lekarskiego kieruje ordynator.
2. W czasie nieobecności Ordynatora zastępuje go wskazany lekarz oddziału ze specjalizacją z hematologii.
3. Pracą personelu pielęgniarskiego kieruje pielęgniarka oddziałowa.
4. Podczas nieobecności pielęgniarka oddziałowa jest zastępowana przez zastępczynię pielęgniarki oddziałowej.
5. Nadzór bieżący nad realizacją zadań zleconych podwykonawcom w zakresie żywienia, utrzymania higieny, transportu sprawuje pielęgniarka oddziałowa.
6. Lekarz prowadzący pacjentów przyjętych do oddziału jest wyznaczany przez ordynatora oddziału lub jego zastępcę.
7. Podczas godzin dyżurowych oddział zabezpiecza lekarz dyżurny (w godz.15.00-7.30) oraz pielęgniarka pełniąca dyżur-zgodnie z harmonogramem dyżurów.
8. Kwalifikacje pacjentów do zabiegów operacyjnych, zabiegów/ badań inwazyjnych dokonuje lekarz prowadzący w porozumieniu z ordynatorem.
9. Udział lekarzy w zespole urazowym, reanimacyjnym, transplantacyjnym, i innych odbywa się zgodnie z obowiązującymi procedurami.
10. Lekarze Oddziału Hematologicznego udzielają konsultacji hematologicznych zgodnie z zapotrzebowaniem innych oddziałów szpitala. Ordynator wyznacza lekarzy konsultantów z dziedziny hematologii dla poszczególnych oddziałów szpitala.
11. Czas realizacji konsultacji zależy od określenia jej pilności przez lekarza zlecającego konsultację: pilne w ciągu ½ godziny, planowe w ciągu 1 dnia.
12. Nadzór nad kształceniem podyplomowym lekarzy prowadzi ordynator i kierownicy specjalizacji. Nadzór nad kształceniem przed i podyplomowym pielęgniarek prowadzi pielęgniarka oddziałowa lub inna osoba wskazana odrębną umową.
13. Za realizację badania klinicznego odpowiada Badacz. Badanie kliniczne może być prowadzone w oddziale szpitalnym lub poradni specjalistycznej po spełnieniu następujących warunków:
 - 1) uzyskanie pozytywnej opinii Zespołu ds. realizacji eksperymentów klinicznych,
 - 2) zawarcie umowy trójstronnej pomiędzy Szpitalem, Badaczem i Sponsorem.
14. Pozostałe zadania oddziału realizowane są w oparciu o ogólne zasady funkcjonowania szpitala.

III. Zadania oddziału:

1. Diagnostyka chorób układu krwiotwórczego.
2. Leczenie chorób układu krwiotwórczego.
3. Konsultacje z zakresu hematologii wykonywane w oddziałach Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego.
4. Szkolenie lekarzy z zakresu hematologii w ramach staży częściowych wymaganych do realizacji specjalizacji.
5. Opieka ambulatoryjna - porady świadczone w poradni hematologicznej.

IV. Do zadań Poradni Hematologicznej w szczególności należy:

1. Diagnostyka i leczenie niedokrwistości hematologicznych.
2. Diagnostyka i leczenie małopłytkowości.
3. Diagnostyka i leczenie chorób rozrostowych układu krwiotwórczego.
4. Diagnostyka limfadenopatii.
5. Kontrola chorych po zakończeniu leczenia hematologicznego.
6. Diagnostyka i leczenie zaburzeń krzepnięcia osoczkowych i naczyniowych.
7. Edukacja pacjentów.
8. Szkolenie personelu.
9. Prowadzenie obowiązującej dokumentacji.

Załącznik Nr 8.11 STRUKTURA I ZADANIA ODDZIAŁU GASTROENTEROLOGICZNEGO

I. Struktura organizacyjna oddziału:

1. Pracownia Endoskopowa.
2. Poradnia Gastroenterologiczna.

II. Organizacja oddziału:

1. Pracą personelu lekarskiego kieruje ordynator.
2. Ordynator zastępowany jest przez z-cę ordynatora.
3. Pracą personelu pielęgniarskiego kieruje pielęgniarka oddziałowa.
4. Podczas nieobecności pielęgniarka oddziałowa jest zastępowana przez zastępczynię pielęgniarki oddziałowej/pielęgniarkę endoskopową.
5. Nadzór bieżący nad realizacją zadań zleconych podwykonawcom w zakresie żywienia, utrzymania higieny, transportu sprawuje pielęgniarka oddziałowa.
6. Lekarz prowadzący pacjentów przyjętych do oddziału jest wyznaczany przez ordynatora oddziału lub jego zastępcę według aktualnej liczby prowadzonych pacjentów i innych obciążeń pracą na oddziale i innych jego komórkach.
7. Podczas godzin dyżurowych oddział zabezpiecza jeden lekarz i 2 pielęgniarki zgodnie z harmonogramem, dyżur pod telefonem pełni lekarz w zakresie dyżuru endoskopowego.
8. Kwalifikacje pacjentów do zabiegów operacyjnych, zabiegów/ badań inwazyjnych dokonuje:
 - 1) lekarz prowadzący po uzgodnieniu z ordynatorem: prosi na konsultację lekarza zabiegowego, który ostatecznie kwalifikuje do leczenia operacyjnego,
 - 2) do innych zabiegów i badań inwazyjnych kwalifikuje lekarz prowadzący po uzgodnieniu z ordynatorem najczęściej w trakcie codziennych obchodów ordynatorskich.
9. Lekarz dyżurny automatycznie staje się członkiem zespołu reanimacyjnego na swoim oddziale.
10. Lekarze Oddziału Gastroenterologicznego udzielają konsultacji specjalistycznych w dniu zgłoszenia na poszczególnych oddziałach wg ustalonego przez ordynatora grafika konsultacji, który jest dostępny na tablicy ogłoszeń.
11. Nadzór nad kształceniem podyplomowym lekarzy prowadzi ordynator i kierownicy specjalizacji. Nadzór nad kształceniem przed i podyplomowym pielęgniarek prowadzi pielęgniarka oddziałowa lub inna osoba wskazana odrębną umową.
12. Za realizację badania klinicznego odpowiada Badacz. Badanie kliniczne może być prowadzone w oddziale szpitalnym lub poradni specjalistycznej po spełnieniu następujących warunków:
 - 1) uzyskanie pozytywnej opinii Zespołu ds. realizacji eksperymentów klinicznych,
 - 2) zawarcie umowy trójstronnej pomiędzy Szpitalem, Badaczem i Sponsorem.
13. Pozostałe zadania oddziału realizowane są w oparciu o ogólne zasady funkcjonowania szpitala.

III. Zadania oddziału:

1. Realizacja zadań związanych z rolą ośrodka odwoławczego w zakresie schorzeń gastroenterologicznych:
 - 1) leczenie nieswoistych schorzeń zapalnych jelit, w tym choroby Leśniowskiego-Crohna i wrzodziejącego zapalenia jelita grubego, prowadzenie programu leczenia biologicznego,
 - 2) powikłania marskości wątroby, głównie terapia konsekwencji nadciśnienia wrotnego, rozwijanie programu profilaktyki krwotoków z żyłaków przełyku z wykorzystaniem pionierskich technik inwazyjnego pomiaru parametrów hemodynamicznych w naczyniach wątrobowych,
 - 3) „odwoławcze” zabiegi endoskopowe (trudne, złożone polipektomie, badania EUS, zakładanie gastrostomii odżywczych metodą endoskopową itp.),
 - 4) leczenie najcięższych przypadków schorzeń z dziedziny gastroenterologii.
2. Profilaktyka schorzeń onkologicznych:
 - 1) wykonywane w Pracowni Endoskopowej badania endoskopowe górnego i dolnego odcinka przewodu pokarmowego,
 - 2) realizacja profilaktycznych programów zdrowotnych, takich jak Program Badań Przesiewowych dla Wczesnego Wykrywania Raka Jelita Grubego.
3. Specjalistyczne świadczenia lekarskie z dziedziny gastroenterologii w ramach Poradni Gastroenterologicznej.
4. Konsultacje specjalistyczne i wykonywanie badań i zabiegów endoskopowych dla wszystkich oddziałów i poradni Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie.

IV. Do zadań Pracowni Endoskopowej w szczególności należy:

1. Wykonanie gastroskopii z testem urazowym (diagnostyka zakażenia *Helicobacter pylori*).
2. Wykonanie gastroskopii z pobraniem wycinków do badania histopatologicznego.
3. Wykonanie gastroskopii z polipektomią.
4. Gastroskopia z krwawieniem z górnego odcinka przewodu pokarmowego (APC, klipsowanie, ostrzykiwanie, podwiązanie żyłaków przełyku (EVL).
5. Wykonanie gastrostomii odżywczej (PEG).
6. Wykonanie gastroskopii (usuwanie ciał obcych).
7. Rektoskopia (badanie dolnego odcinka przewodu pokarmowego).
8. Sigmoidoskopia (badanie dolnego odcinka przewodu pokarmowego).
9. Kolonoskopia (badanie dolnego odcinka przewodu pokarmowego).
10. Kolonoskopia z pobraniem wycinków do badania histopatologicznego (badanie dolnego odcinka przewodu pokarmowego).
11. Kolonoskopia z polipektomią (badanie dolnego odcinka przewodu pokarmowego).
12. Istnieje możliwość wykonania powyższych badań w znieczuleniu.
13. Ultrasonografia endoskopowa (EUS) – dolnego i górnego odcinka przewodu pokarmowego.

V. Do zadań Poradni Gastroenterologicznej w szczególności należy:

1. Diagnostyka chorób przewlekłych górnego odcinka przewodu pokarmowego, jelit, trzustki, wątroby.
2. Leczenie chorób przewodu pokarmowego, trzustki, wątroby.
3. Profilaktyka chorób nowotworowych układu gastrologicznego.
4. Analiza napływających wyników.
5. Edukacja chorych dotycząca sposobu życia i postępowania z przewlekłymi chorobami gastrologicznymi.
6. Szkolenie personelu medycznego.
7. Prowadzenie programów lekowych.

Załącznik 8.12 STRUKTURA I ZADANIA ODDZIAŁU OKULISTYCZNEGO

I. Struktura organizacyjna oddziału:

1. Poradnia Okulistyczna I:
 - 1) pracownią laseroterapii i angiografii.
2. Poradnia Okulistyczna II.

II. Organizacja oddziału:

1. Pracą personelu lekarskiego kieruje koordynator.
2. Koordynator jest zastępowany przez zastępcę koordynatora lub podczas jego nieobecności przez lekarza wyznaczonego przez koordynatora.
3. Pracą personelu pielęgniarskiego kieruje pielęgniarka oddziałowa.
4. Podczas nieobecności pielęgniarka oddziałowa jest zastępowana przez zastępcę pielęgniarki oddziałowej.
5. Nadzór bieżący nad realizacją zadań zleconych podwykonawcom w zakresie żywienia, utrzymania higieny, transportu sprawuje pielęgniarka oddziałowa / zastępca pielęgniarki oddziałowej oraz pielęgniarki dyżurne.
6. Lekarz prowadzący pacjentów przyjętych do oddziału jest wyznaczany przez Koordynatora lub jego zastępcę.
7. Podczas godzin dyżurowych oddział zabezpiecza 1 lekarz (dyżury 17 godzin – dzień powszedni i 24 godz. – dni świąteczne- dotyczy lekarzy kontraktowych). Dyżury lekarzy rezydentów- 10 godz. (2-3 razy w miesiącu) wg grafiku.
8. Całodobowa opieka pielęgniarska odbywa się wg harmonogramu ustalonego przez pielęgniarkę oddziałową.
9. Kwalifikacje do operacji odbywają się:
 - 1) tydzień przed planowaną operacją- badanie okulistyczne w Poradni Okulistycznej,
 - 2) w dniu przyjęcia – badanie przez koordynatora i/ lub zastępcę w oddziale.
10. W zespole urazowym reanimacyjnym, transplantacyjnym i innych uczestniczy lekarz dyżurny lub lekarz wyznaczony przez Ordynatora.
11. Konsultacje specjalistyczne w innych oddziałach odbywają się na następujących zasadach:
 - 1) do każdego oddziału w szpitalu jest przydzielony lekarz specjalista i rezydent do przeprowadzania konsultacji,
 - 2) konsultacje odbywają się po zgłoszeniu telefonicznym i komputerowym – na bieżąco.
12. Nadzór nad kształceniem podyplomowym lekarzy prowadzi ordynator i kierownicy specjalizacji. Nadzór nad kształceniem przed i podyplomowym pielęgniarek prowadzi pielęgniarka oddziałowa lub inna osoba wskazana odrębną umową.

13. Za realizację badania klinicznego odpowiada Badacz. Badanie kliniczne może być prowadzone w oddziale szpitalnym lub poradni specjalistycznej po spełnieniu następujących warunków:
- 1) uzyskanie pozytywnej opinii Zespołu ds. realizacji eksperymentów klinicznych,
 - 2) zawarcie umowy trójstronnej pomiędzy Szpitalem, Badaczem i Sponsorem.
14. Pozostałe zadania oddziału realizowane są w oparciu o ogólne zasady funkcjonowania szpitala.

III. Zadania oddziału:

1. Leczenie operacyjne:
 - 1) operacje zaćmy,
 - 2) witrektomie – operacje tylnego odcinka gałki ocznej,
 - 3) operacje przeciwjaskrowe,
 - 4) operacje odwarstwienia siatkówki – metodą zewnętrzną,
 - 5) zaopatrzenie chirurgiczne ran pourazowych,
 - 6) usuwanie ciał obcych wewnątrzgałkowych - operacje wykonywane na bloku operacyjnym,
 - 7) drobne zabiegi operacyjne aparatu ochronnego i gałki ocznej - sala zabiegowa oddziału ,
 - 8) iniekcje doszklistkowe preparatu anty VEGF – sala zabiegowa oddziału.
2. Diagnostyka w kierunku chorób:
 - 1) jaskra,
 - 2) schorzenia siatkówki i ciała szklanego,
 - 3) schorzenia nerwu wzrokowego,
 - 4) zaćmy,
 - 5) choroby zapalne i zwyrodnieniowe.
3. Leczenie zachowawcze.
4. Wykonywanie badań diagnostycznych.
5. Prowadzenie obowiązującej dokumentacji medycznej.
6. Szkolenie personelu medycznego.
7. Współdziałanie z innymi podmiotami leczniczymi w zakresie zapewnienia diagnostyki okulistycznej i leczenia pacjentów.
8. Stała współpraca z oddziałami:
 - 1) oddział chirurgii szczękowej w Szpitalu Miejskim,
 - 2) oddział pulmonologiczny w Szpitalu P/Gruźliczym,
 - 3) NUMED – badania TK i MRI.
9. Okresowa współpraca z oddziałami wewnętrznymi w woj. warmińsko – mazurskim.
10. Konsultacje i leczenie trudnych pacjentów w Klinikach Okulistycznych w Polsce.

V. Zadania poradni okulistycznej I – Poradnia Okulistyczna I dysponuje pracownią laseroterapii i angiografii fluoresceinowej:

1. Wykonywanie zabiegów laserowych:
 - 1) przy użyciu lasera argonowego (zabiegi dotyczące tylnego odcinka gałki ocznej):
 - a) fotokoagulacja laserowa – cukrzyca,
 - b) trabeculoplastyka laserowa – jaskra,
 - 2) przy użyciu lasera Nd – YAG:
 - a) kapsulotomia laserowa – zmętnienia tylnej torebki soczewki,
 - b) iridotomia laserowa – jaskra,
2. Diagnostyka tylnego odcinka gałki ocznej przy użyciu angiografii fluoresceinowej.
3. Kwalifikacja chorych do leczenia zachowawczego i zabiegów operacyjnych.
4. Badanie pola widzenia, GDX, OCT.
5. Prowadzenie obowiązującej dokumentacji medycznej.
6. Szkolenia personelu medycznego z oddziału okulistycznego oraz lekarzy rodzinnych z zakresu diagnostyki.

V. Zadania poradni okulistycznej II:

1. Badania profilaktyczne narządu wzroku.
2. Kwalifikacja chorych do leczenia zachowawczego i zabiegów operacyjnych.
3. Kontrola pacjentów pooperacyjnych.
4. Leczenie zachowawcze pacjentów ambulatoryjnych.
5. Prowadzenie obowiązującej dokumentacji medycznej.
6. Szkolenia personelu medycznego oddziału i szkolących się z zakresu okulistyki lekarzy rodzinnych.

Załącznik Nr 8.13 ZADANIA ODDZIAŁU OTOLARYNGOLOGICZNEGO I ONKOLOGII LARYNGOLOGICZNEJ

I. Struktura organizacyjna oddziału:

1. Poradnia otolaryngologiczna:

- 1) Pracownia audiologiczna,
- 2) Pracownia diagnostyki i leczenia zaburzeń narządu równowagi.

II. Organizacja oddziału:

1. Pracą personelu lekarskiego kieruje ordynator.
2. Ordynator jest zastępowany przez z-cę ordynatora lub wskazanego lekarza.
3. Pracą personelu pielęgniarского, ratowników medycznych kieruje pielęgniarka oddziałowa.
4. Podczas nieobecności pielęgniarka oddziałowa zastępowana jest przez zastępczynię pielęgniarki oddziałowej.
5. Pracą innego personelu, zatrudnionego w danej komórce sprawuje pielęgniarka oddziałowa.
6. Nadzór bieżący nad realizacją zadań zleconych podwykonawcom w zakresie żywienia, utrzymania higieny, transportu sprawuje pielęgniarka oddziałowa.
7. Lekarz prowadzący pacjentów przyjętych do oddziału jest wyznaczany przez Ordynatora lub jego zastępcę.
8. Oddział w godzinach dyżurowych zabezpieczany jest przez lekarzy oraz pielęgniarki pełniące dyżury stacjonarne w wyznaczonych godzinach, zgodnie z harmonogramem pracy.
9. Kwalifikacje pacjentów do zabiegów operacyjnych, zabiegów/ badań inwazyjnych dokonuje ordynator, z-ca ordynatora lub lekarz specjalista wyznaczony przez ordynatora.
10. W zespole urazowym, reanimacyjnym, transplantacyjnym, i innych uczestniczy lekarz dyżurny oddziału.
11. Udzielanie konsultacji specjalistycznych w innych oddziałach:
 - 1) dla pacjentów chodzących lekarz pracujący w danym dniu w Poradni,
 - 2) dla pacjentów leżących w tym pilnych -lekarz dyżurny lub przez niego upoważniony inny lekarz.
12. Nadzór nad kształceniem podyplomowym lekarzy prowadzi ordynator i kierownicy specjalizacji. Nadzór nad kształceniem przed i podyplomowym pielęgniarek sprawuje pielęgniarka oddziałowa lub inna osoba wskazana odrębną umową.
13. Za realizację badania klinicznego odpowiada Badacz. Badanie kliniczne może być prowadzone w oddziale szpitalnym lub poradni specjalistycznej po spełnieniu następujących warunków:

- 1) uzyskanie pozytywnej opinii Zespołu ds. realizacji eksperymentów klinicznych,
- 2) zawarcie umowy trójstronnej pomiędzy Szpitalem, Badaczem i Sponsorem.

14. Pozostałe zadania oddziału realizowane są w oparciu o ogólne zasady funkcjonowania szpitala.

III. Zadania oddziału:

W oddziale leczone są operacyjnie, a w uzasadnionych klinicznie przypadkach zachowawczo schorzenia z zakresu uszu, nosa i zatok przynosowych, gardła, krtani, ślinianek, przełyku i szyi. Oddział posiada pracownię diagnostyki zaburzeń równowagi oraz pracownię audiologiczną.

Zakres wykonywanych zabiegów:

1. Operacje uszu (w tym operacje poprawiające słuch).
2. Operacje nosa i zatok przynosowych- metoda endoskopowa.
3. Operacje migdałków podniebiennych- zabiegi w znieczuleniu ogólnym.
4. Operacje z zakresu onkologii laryngologicznej.
5. Operacje mikrochirurgiczne krtani (w tym zabiegi z poszerzeniem szpary głosni).
6. Operacje związane z leczeniem chrapania i bezdechu sennego.
7. Operacje endoskopowe na drogach łzowych.
8. Operacje przetok i torbieli bocznych szyi.

Do zabiegów wykorzystywana jest technika operacji w mikroskopie operacyjnym, wykorzystuje się także techniki endoskopowe połączone z torem wizyjnym. W leczeniu operacyjnym wykorzystuje się również laser operacyjny dwutlenkowy, co stwarza nowe możliwości leczenia wielu stanów chorobowych zwłaszcza z zakresu onkologii.

IV. Do zadań Poradni Otolaryngologicznej w szczególności należy:

1. Diagnostyka i leczenie zachowawcze.
2. Diagnostyka audiologiczna.
3. Kwalifikacja chorych do leczenia szpitalnego.
4. Przeprowadzanie badań kontrolnych po leczeniu zabiegowym.
5. Konsultacje chorych z innych szpitali.
6. Edukacja pacjentów.
7. Szkolenie personelu medycznego.
8. Prowadzenie obowiązującej dokumentacji.

V. Poradnia Otolaryngologiczna dysponuje pracownią audiologiczną zajmującą się diagnostyką i leczeniem zaburzeń słuchu. W ramach diagnostyki wykonuje się:

1. Badanie akumetryczne.
2. Próby stroikowe.
3. Badania audiometryczne – audiogram standardowy:
 - a) próby nadprożowe,
 - b) tympanometria z badaniem odruchów strzemiączkowych.
4. Otokopię z oceną struktur ucha pod mikroskopem.
5. Pracownia sprawuje opiekę i zapewnia stałą kontrolę nad chorymi z niedosłuchem i pacjentami po operacjach usznych.
6. W pracowni lekarz kwalifikuje chorych do zabiegów.
7. W pracowni lekarz ustala wskazania do operacji usznych oraz wskazania do protezowania narządu słuchu aparatami słuchowymi implantami ślimakowymi oraz implantami BAHA.

VI. Poradnia Otolaryngologiczna dysponuje pracownią diagnostyki i leczenia zaburzeń narządu równowagi zajmującą się diagnostyką i leczeniem zaburzeń równowagi. W ramach diagnostyki wykonuje się:

1. Diagnozowanie zaburzeń układu równowagi na platformie posturograficznej.
2. Rehabilitacja zaburzeń układu równowagi na platformie posturograficznej.
3. Diagnozowanie łagodnych, napadowych, położeniowych zawrotów głowy.
4. Wykonywanie manewrów repozycyjnych w łagodnych, napadowych, położeniowych zawrotach głowy.

**Załącznik Nr 8.14 ZADANIA ODDZIAŁU KLINICZNEGO CHIRURGII OGÓLNEJ I ONKOLOGICZNEJ
ORAZ ODDZIAŁ KLINICZNY CHIRURGII NACZYNIOWEJ**

I. Struktura organizacyjna:

1. Poradnia Chirurgii Onkologicznej.
2. Poradni Chirurgii Naczyniowej.

II. Organizacja oddziałów:

1. Pracą personelu lekarskiego kieruje ordynator.
2. Ordynator jest zastępowany przez zastępcę ordynatora lub podczas jego nieobecności przez lekarza wyznaczonego przez ordynatora.
3. Pracą personelu pielęgniarskiego kieruje pielęgniarka oddziałowa.
4. Podczas nieobecności pielęgniarka oddziałowa jest zastępowana przez zastępczynię pielęgniarki oddziałowej.
5. Nadzór bieżący nad realizacją zadań zleconych podwykonawcom w zakresie żywienia, utrzymania higieny, transportu sprawuje pielęgniarka oddziałowa.
6. Lekarz prowadzący pacjentów przyjętych do oddziału jest wyznaczany przez ordynatora oddziału lub jego zastępcę lub pacjent przyjęty w trybie pilnym jest prowadzony przez lekarza przyjmującego, pacjent przyjęty w trybie planowym – lekarz, który zakwalifikował pacjenta do leczenia szpitalnego.
7. Podczas godzin dyżurowych oddział zabezpiecza dwóch lekarzy – jeden dyżurny stały, drugi dostępny na wezwanie wg grafików akceptowanych przez ordynatora. Przynajmniej jeden z dyżurnych jest lekarzem specjalistą.
Pielęgniarki – obsada stała zmianowa zgodnie z harmonogramem ustalonym przez pielęgniarkę oddziałową. Obsada minimalna: 3 osoby.
8. Kwalifikacje pacjentów do leczenia szpitalnego w trybie planowym prowadzone są przez lekarza specjalistę w poradni specjalistycznej, w trybie pilnym przez lekarza SOR lub weryfikowane przez lekarza dyżurnego. Kwalifikacja do operacji lub zabiegu inwazyjnego – lekarz prowadzący zgłasza do ordynatora lub zastępcy. Ordynator/zastępca ustala na tej podstawie plan operacji/ zabiegów.
9. Lekarze Oddziału udzielają konsultacji specjalistycznych zgodnie z zapotrzebowaniem innych oddziałów szpitala. Ordynator wyznacza lekarzy konsultantów z poszczególnych dziedzin chirurgii dla poszczególnych oddziałów szpitala. Konsultacje odbywają się w trybie planowym – lekarz konsultujący dany oddział wg grafiku konsultantów, w trybie ostrym – lekarz dyżurny – cały szpital.
Czas reakcji zgodnie zobowiązującą procedurą szpitalną.
10. Udział lekarzy w zespole urazowym, reanimacyjnym, transplantacyjnym, i innych realizowany jest zgodnie z obowiązującymi procedurami lub Zespół urazowy –wg opracowanego harmonogramu. Transplantacyjny – zgodnie z zapotrzebowaniem zgłaszanym przez kierownika Oddziału Transplantacyjnego lub koordynatora.
11. Nadzór nad kształceniem podyplomowym lekarzy prowadzi ordynator i kierownicy

specjalizacji. Nadzór nad kształceniem przed i podyplomowym pielęgniarek prowadzi pielęgniarka oddziałowa lub inna osoba wskazana odrębną umową.

12. Za realizację badania klinicznego odpowiada Badacz. Badanie kliniczne może być prowadzone w oddziale szpitalnym lub poradni specjalistycznej po spełnieniu następujących warunków:
 - 1) uzyskanie pozytywnej opinii Zespołu ds. realizacji eksperymentów klinicznych,
 - 2) zawarcie umowy trójstronnej pomiędzy Szpitalem, Badaczem i Sponsorem.
13. Pozostałe zadania oddziału realizowane są w oparciu o ogólne zasady funkcjonowania szpitala.

III. Zadania Oddziału Klinicznego Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej:

1. Leczenie operacyjne i rehabilitacja pacjentów w przebiegu nowotworów.
2. Leczenie operacyjne i rehabilitacja pacjentów z chorobami gruczołów dokrewnych.
3. Leczenie operacyjne i rehabilitacja pacjentów z chorobami przewodu pokarmowego i innymi z zakresu chirurgii ogólnej.
4. Udział w leczeniu i rehabilitacji urazów w ramach Centrum Urazowego.
5. Współpraca z Oddziałem Transplantologii w przeszczepianiu narządów.
6. Kształcenie przed i podyplomowe realizowane w ramach umowy z Wydziałem Medycznym UWM, innych uczelni medycznych oraz innych podmiotów.
7. Badania naukowe dotyczące zagadnień związanych z ww. problematyką w ramach badań własnych, oraz we współpracy z zewnętrznymi podmiotami w ramach zawartych umów.

IV. Zadania Oddziału Klinicznego Chirurgii Naczyniowej:

1. Diagnozowanie i leczenie i rehabilitacja pacjentów z chorobami naczyń.
2. Udział w leczeniu i rehabilitacji urazów w ramach Centrum Urazowego.
3. Współpraca z Oddziałem Transplantologii w przeszczepianiu narządów.
4. Kształcenie przed i podyplomowe realizowane w ramach umowy z Wydziałem Medycznym UWM, innych uczelni medycznych oraz innych podmiotów.
5. Badania naukowe dotyczące zagadnień związanych z ww. problematyką w ramach badań własnych, oraz we współpracy z zewnętrznymi podmiotami w ramach zawartych umów.

V. Zadania Poradni Chirurgii Onkologicznej mieszczącej się przy ul. Żołnierskiej 16a oraz przy ul.

Żołnierskiej 16b:

1. Diagnozowanie i kwalifikacja do leczenia operacyjnego pacjentów ze schorzeniami onkologicznymi.
2. Kontrola pacjentów po leczeniu szpitalnym.
3. Współpraca z Oddziałem Chirurgii Ogólnej i Onkologicznym i z innymi jednostkami

szczególnie biorącymi dalszy udział w leczeniu ww. grupy pacjentów.

VI. Zadania Poradni Naczyniowej:

1. Diagnozowanie i kwalifikacja do leczenia zabiegowego pacjentów chorych na choroby naczyń.
2. Kontrola pacjentów po leczeniu szpitalnym.
3. Współpraca z Oddziałem Chirurgii Naczyniowej i z innymi jednostkami szczególnie biorącymi udział w leczeniu ww. grupy pacjentów.

Załącznik Nr 8.15 STRUKTURA I ZADANIA ODDZIAŁU KLINICZNEGO CHIRURGII URAZOWO-ORTOPEDYCZNEJ I CHIRURGII KRĘGOSŁUPA

I. Struktura organizacyjna oddziału:

1. Poradnia chirurgii urazowo-ortopedycznej.

II. Organizacja oddziału:

1. Pracą personelu lekarskiego kieruje koordynator.
2. Koordynator jest zastępowany przez zastępcę koordynatora lub w przypadku ich nieobecności przez wskazanego przez koordynatora lekarza specjalistę.
3. Pracą personelu pielęgniarskiego kieruje pielęgniarka oddziałowa.
4. Pielęgniarka oddziałowa jest zastępowana przez zastępcę pielęgniarki oddziałowej.
5. Pracą sekretarek medycznych kieruje kierownik sekcji zarządzania rentownością oddziałów i koordynator.
6. Pracą fizjoterapeutów w oddziale kieruje koordynator, podległość merytoryczna- ordynator oddziału rehabilitacyjnego.
7. Nadzór bieżący nad realizacją zadań zleconych podwykonawcom w zakresie żywienia, utrzymania higieny, transportu sprawuje pielęgniarka oddziałowa.
8. Lekarz prowadzący pacjentów przyjętych do oddziału jest wyznaczany przez Koordynatora lub jego zastępcę.
9. Pracę w oddziale w godzinach dyżurowych zabezpiecza lekarz dyżurny w godz. 15:00-07:30 lub 07:30-07:30 w soboty lub dni świąteczne. Lekarz dyżurny pod telefonem w godzinach 15:00-07:30 lub 07:30-07:30. Pielęgniarki w godz. 07:00-19:00 i 19:00-07:00.
10. Pacjentów do zabiegów operacyjnych kwalifikuje koordynator, zastępca koordynatora i lekarze specjaliści. O kwalifikacji do zabiegu operacyjnego w trakcie dyżuru decyduje lekarz dyżurny oddziału. Jeżeli dyżurny nie jest specjalistą to kwalifikacja odbywa się w porozumieniu z lekarzem specjalistą dyżurującym pod telefonem. W wybranych przypadkach kwalifikuje/dyskwalifikuje koordynator oddziału. Lekarz dyżurny nie wykonuje planowych zabiegów operacyjnych w miarę możliwości. Kwalifikacje do leczenia odbywają się w Oddziale, Izbie Przyjęć lub Szpitalnym Oddziale Ratunkowym. Obowiązują tryby: nagły, pilny i planowy kwalifikacji do zabiegów.
11. W zespole urazowym, reanimacyjnym, transplantacyjnym, i innych uczestniczy lekarz dyżurny oddziału.
12. Konsultacji specjalistycznych w innych oddziałach udziela lekarz dyżurny lub osoba wskazana przez koordynatora. Konsultacje w trybie pilnym odbywają się do 10 minut od zgłoszenia. Konsultacje w trybie planowym odbywają się do 6 godzin od zgłoszenia.

13. Nadzór nad kształceniem podyplomowym lekarzy prowadzi ordynator i kierownicy specjalizacji. Nadzór nad kształceniem przed i podyplomowym pielęgniarek prowadzi pielęgniarka oddziałowa lub inna osoba wskazana odrębną umową.
14. Za realizację badania klinicznego odpowiada Badacz. Badanie kliniczne może być prowadzone w oddziale szpitalnym lub poradni specjalistycznej po spełnieniu następujących warunków:
 - 1) uzyskanie pozytywnej opinii Zespołu ds. realizacji eksperymentów klinicznych,
 - 2) zawarcie umowy trójstronnej pomiędzy Szpitalem, Badaczem i Sponsorem.
15. Pozostałe zadania oddziału realizowane są w oparciu o ogólne zasady funkcjonowania szpitala

III. Zadania oddziału:

1. Kompleksowe leczenie obrażeń wielonarządowych i wielomiejscowych narządu ruchu – we współpracy z anestezjologami, chirurgami, neurochirurgami i lekarzami innych specjalności.
2. Kompleksowe leczenie operacyjne chorób i urazów kręgosłupa: złamań, zwichnięć, uszkodzeń rdzenia kręgowego i nerwów rdzeniowych, dyskopatii, kręgozmyków, skolioz i innych deformacji, stenoz kanału kręgowego, spondyloz, spondylopatii, wad wrodzonych, niestabilności, nowotworów pierwotnych i przerzutowych, zapaleń swoistych i nieswoistych oraz innych deformacji nabytych. Zabiegi wykonywane z wykorzystaniem nowoczesnych implantów i technik minimalnie inwazyjnych – MISS.
3. Endoprotezoplastyki pierwotne i rewizyjne stawów biodrowych bezcementowe, wcementowywane, poresekcyjne.
4. Leczenie zachowawcze i operacyjne chorych z urazowym uszkodzeniem narządu ruchu, w tym:
 - 1) leczenie złamań kości długich kończyn górnych i dolnych, miednicy,
 - 2) leczenie uszkodzeń stawów – zachowawcze i operacyjne,
 - 3) leczenie uszkodzeń mięśni, ścięgien, więzadeł i nerwów.
5. Leczenia powikłań zrostu kostnego.
6. Leczenie pourazowych i krwiopochodnych zapaleń kości.
7. Leczenie wrodzonych i nabytych deformacji w obrębie narządu ruchu, w tym wydłużenia kończyn.
8. Leczenie chorych z zakresu reumoortopedii – synowektomie, tenosynowektomie, zabiegi korekcyjne rąk i stóp, artroplastyki.
9. Leczenie chorych z pierwotnymi i przerzutowymi nowotworami kości.
10. Leczenie rekonstrukcyjne mięśni, więzadeł, ścięgien i nerwów wraz z zespołami uciskowymi – neuropatiami.

11. Wykonywanie zabiegów artroskopowych.

IV. Zadania poradni chirurgii urazowo-ortopedycznej:

1. Świadczenia konsultacyjne, diagnostyka i leczenie urazów i zmian narządu ruchu (stłuczenia, skręcenia, zwichnięcia, złamania).
2. Diagnostyka i leczenie schorzeń ortopedycznych:
 - wady wrodzone i nabyte,
 - deformacje pourazowe,
 - choroby zniekształcająco-zwyrodnieniowe kości i stawów,
 - zmiany chorobowe w zakresie tkanek miękkich i narządu ruchu,
 - prewencja i wczesne wykrywanie chorób narządu ruchu.
3. Kwalifikowanie i kierowanie chorych do leczenia szpitalnego.
4. Kontrola pacjentów po leczeniu szpitalnym.
5. Kontrola pacjentów leczonych ambulatoryjnie w SOR.
6. Orzecznictwo lekarskie w zakresie ortopedii i traumatologii.
7. Edukacja pacjentów.
8. Szkolenie personelu medycznego.
9. Prowadzenie obowiązującej dokumentacji.

Załącznik Nr 8.16 ZADANIA ODDZIAŁU KLINICZNEGO NEUROCHIRURGICZNEGO

I. Struktura organizacyjna:

1. Poradnia Neurochirurgiczna.

II. Organizacja oddziału:

1. Pracą personelu lekarskiego kieruje ordynator.
2. Ordynator jest zastępowany przez zastępcę ordynatora lub podczas jego nieobecności przez lekarza wyznaczonego przez ordynatora.
3. Pracą personelu pielęgniarskiego kieruje pielęgniarka oddziałowa.
4. Podczas nieobecności pielęgniarka oddziałowa jest zastępowana przez zastępczynię pielęgniarki oddziałowej.
5. Nadzór bieżący nad realizacją zadań zleconych podwykonawcom w zakresie żywienia, utrzymania higieny, transportu sprawuje pielęgniarka oddziałowa.
6. Lekarz prowadzący pacjentów przyjętych do oddziału jest wyznaczany przez ordynatora oddziału lub jego zastępcę.
7. W przypadku nieobecności lekarza prowadzącego ordynator lub jego zastępca wyznacza nowego lekarza prowadzącego do kontynuacji leczenia.
8. Podczas godzin dyżurowych oddział zabezpiecza 1 lekarz dyżurny. W nagłym przypadku, po uzgodnieniu z ordynatorem oddziału, wzywany jest drugi lekarz neurochirurg.
9. Kwalifikacje pacjentów do zabiegów operacyjnych dokonują lekarze specjaliści, a w wymaganych przypadkach są weryfikowane przez ordynatora lub jego zastępcę.
10. Lekarz dyżurny zabezpiecza konsultacje neurochirurgiczne w innych oddziałach oraz SOR.
11. Udzielanie konsultacji specjalistycznych w innych oddziałach w godzinach pracy dokonują lekarze oddziału neurochirurgii zgodnie z zapotrzebowaniem i szpitalnymi procedurami ich wykonania.
14. Nadzór nad kształceniem podyplomowym lekarzy prowadzi ordynator i kierownicy specjalizacji. Nadzór nad kształceniem przed – i podyplomowym pielęgniarek prowadzi pielęgniarka oddziałowa lub inna osoba wskazana odrębną umową. Nadzór nad lekarzami odbywającymi staż kierunkowy w oddziale neurochirurgii sprawuje lekarz wyznaczony przez ordynatora.
15. Za realizację badania klinicznego odpowiada Badacz. Badanie kliniczne może być prowadzone w oddziale szpitalnym lub poradni specjalistycznej po spełnieniu następujących warunków:
 - 1) uzyskanie pozytywnej opinii zespołu ds. realizacji eksperymentów klinicznych,
 - 2) zawarcie umowy trójstronnej pomiędzy Szpitalem, Badaczem i Sponsorem.
16. Pozostałe zadania oddziału są realizowane w oparciu o ogólne zasady funkcjonowania szpitala

III. Organizacja Poradni Neurochirurgicznej

1. W poradni pracuje lekarz i pielęgniarka zgodnie z harmonogram pracy ustalany przez ordynatora lub jego zastępcę.
2. Pielęgniarka odpowiada za czynności sprawozdawcze.
3. Lekarz odpowiada za właściwe prowadzenie kart historii choroby pacjenta.

IV. Zadania oddziału i poradni

1. Do zadań Oddziału Neurochirurgii w szczególności należy:

- 1) Leczenie pacjentów ze schorzeniami ośrodkowego układu nerwowego w trybie pilnym i planowym, w tym:
 - a) diagnostyka i leczenie chorych z nowotworami mózgu w oparciu o nowoczesne planowanie, neuromonitoring, stymulację mózgową,
 - b) zaopatrywanie chirurgiczne i wewnątrznaczyniowe pacjentów z tętniakami naczyń mózgowych i malformacjami naczyniowymi,
 - c) zaopatrywanie chirurgiczne i leczenie zachowawcze pacjentów po urazach czaszkowo-mózgowych i rdzenia,
 - d) leczenie operacyjne wodogłowa,
 - e) diagnostyka, leczenie operacyjne pacjentów ze schorzeniami kręgosłupa,
 - f) zaopatrywanie chirurgiczne urazów i schorzeń nerwów obwodowych,
 - g) leczenie chirurgiczne spastyczności, testy i wszczepianie pomp baclofenowych,
 - h) leczenie p/bólowe neuromodulacyjne, stymulatory rdzeniowe,
 - i) udział w zespołach operacyjnych wielospecjalistycznych,
 - j) zabezpieczenie neurochirurgiczne w ramach Centrum Urazowego Szpitala,
 - k) czynny udział w kształceniu wewnętrznym i zewnętrznym oraz pracy naukowej,
 - l) utrzymanie standardów wymaganych do utrzymania akredytacji z neurochirurgii,
 - m) dbanie o dobrą opinię Oddziału i Szpitala.

V. Do zadań Poradni Neurochirurgicznej należy:

1. Udzielanie porad w zakresie neurochirurgii.
2. Diagnostyka pacjentów ze schorzeniami neurochirurgicznymi jeśli jest to niezbędne do ustalenia właściwej diagnozy zgodnie z zasadami kontraktowymi.
3. Nadzór i prowadzenie chorych po zabiegach neurochirurgicznych.
4. Kwalifikacja i wstępne przygotowanie / dodatkowe konsultacje, badania / pacjentów do leczenia operacyjnego.
5. Wykonywanie drobnych zabiegów zgodnie z procedurami kontraktowymi.

Załącznik Nr 8.17 STRUKTURA I ZADANIA ODDZIAŁU GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZEGO I ODDZIAŁU GINEKOLOGII ONKOLOGICZNEJ

I. Struktura organizacyjna oddziału:

1. Oddział Ginekologiczno-Położniczy:
 - 1) odcinek – Trakt Porodowy,
 - 2) odcinek – Patologia Ciąży,
 - 3) odcinek – Położniczy „Rooming-in”,
 - 4) odcinek – Ginekologia,
 - 5) Poradnia Ginekologiczno-Położnicza i Ginekologii Onkologicznej,
 - 6) Poradnia Genetyczna.
1. Oddział Ginekologii Onkologicznej:
 - 1) Poradnia Ginekologiczno-Położnicza i Ginekologii Onkologicznej.

II. Organizacja oddziału:

1. Pracą personelu lekarskiego kieruje ordynator.
2. Ordynator jest zastępowany przez trzech zastępców ordynatora, zaś podczas ich nieobecności przez lekarza wyznaczonego przez ordynatora.
3. Pracą położnych kierują dwie położne oddziałowe:
 - 1) Trakt Porodowy, Patologia Ciąży, Położniczy „Rooming-in”,
 - 2) Ginekologia i Ginekologia Onkologiczna.
4. Podczas nieobecności położne oddziałowe są zastępowane przez zastępczynię położnych oddziałowych
5. Nadzór bieżący nad realizacją zadań zleconych podwykonawcom w zakresie żywienia, utrzymania higieny, transportu sprawują położne oddziałowe.
6. Lekarz prowadzący pacjentów przyjętych do oddziału jest wyznaczany przez ordynatora oddziału lub jego zastępców.
7. Zasady zabezpieczenia oddziału w godzinach dyżurowych:
 - 1) podczas godzin dyżurowych Oddział zabezpiecza trzech lekarzy – jeden w Trakcie Porodowym i Izbie Przyjęć (SOR), drugi w odcinkach: Patologia Ciąży i Położniczy „Rooming-in”, trzeci w odcinkach: Ginekologia i Ginekologia Onkologiczna.
 - 2) Zabezpieczenie Oddziału w godzinach dyżurowych przez położne:
 - a) odcinek – Trakt Porodowy – 2 położne,
 - b) odcinek – Patologia Ciąży p. VI – 2 położne,
 - c) odcinek – Patologia Ciąży p. VII – 1 położna,
 - d) odcinek – Położniczy „Rooming-in” – 2 położne,
 - e) odcinek – Ginekologia i Ginekologia Onkologiczna – 2 położne.
8. Kwalifikacje pacjentów do zabiegów operacyjnych, zabiegów/badań inwazyjnych -

kwalifikacji dokonuje ordynator i zastępcy ordynatorów, przy ich nieobecności - lekarz ze specjalizacją II-go stopnia z zakresu ginekologii i położnictwa.

9. Udzielanie konsultacji specjalistycznych w innych oddziałach - lekarze Oddziału udzielają konsultacji zgodnie z zapotrzebowaniem innych oddziałów szpitala po uzgodnieniu telefonicznym. Ordynator wyznacza lekarzy konsultantów z dziedziny ginekologii i położnictwa dla poszczególnych oddziałów szpitala. Konsultacje planowe odbywają się w dniach pracy o godz. 7.30 w Odcinku Ginekologia i Ginekologia Onkologiczna, zaś konsultacje pilne i dyżurowe, po uzgodnieniu telefonicznym z lekarzem dyżurnym, przeprowadzane są w trybie natychmiastowym.
10. Nadzór nad kształceniem podyplomowym lekarzy prowadzi ordynator i kierownicy specjalizacji. Nadzór nad kształceniem przed i podyplomowym pielęgniarek prowadzą pielęgniarki oddziałowe lub inne osoby wskazane w odrębnych umowach.
11. Za realizację badania klinicznego odpowiada Badacz. Badanie kliniczne może być prowadzone w oddziale szpitalnym lub poradni specjalistycznej po spełnieniu następujących warunków:
 - 1) uzyskanie pozytywnej opinii Zespołu ds. realizacji eksperymentów klinicznych,
 - 2) zawarcie umowy trójstronnej pomiędzy Szpitalem, Badaczem i Sponsorem.
12. Pozostałe zadania oddziału realizowane są w oparciu o ogólne zasady funkcjonowania szpitala.

III. Zadania oddziału:

1. Do zadań Oddziału Ginekologiczno-Położniczego w szczególności należy:

- 1) W zakresie ginekologii operacyjnej:
 - a) wykonywanie zabiegów ginekologicznych w pełnym zakresie,
 - b) leczenie powikłań pooperacyjnych chorych przekazanych z innych szpitali,
 - c) wykonywanie operacji naprawczych po zabiegach w innych ośrodkach,
 - d) wykonywanie zabiegów technicznie trudnych.
- 2) W zakresie ginekologii dziecięcej:
 - a) leczenie operacyjne wad rozwojowych.
- 3) W zakresie endoskopii ginekologicznej:
 - a) szerokie zastosowanie techniki laparoskopowych i histeroskopowych w diagnostyce i leczeniu operacyjnym schorzeń ginekologicznych – nowotwory łagodne i złośliwe narządu rodniczego, wady rozwojowe narządu rodniczego, niepłodność.
- 4) W zakresie położnictwa „Rooming-in”:
 - a) intensywny nadzór nad ciężarnymi z ciążą wysokiego ryzyka,
 - b) prowadzenie porodu fizjologicznego i patologicznego oraz wykonanie zabiegów związanych z patologią porodu (krwotoki poporodowe – embolizacje tętnic biodrowych wewnętrznych, wycięcie macicy),

- c) współudział z pielęgniarkami z oddziału neonatologicznego w sprawowaniu opieki nad noworodkiem w systemie „rooming-in”,
- d) promocja karmienia piersią,
- e) leczenie powikłań okresu połogu w tym leczenie najcięższych powikłań z innych szpitali regionu.
- 5) W zakresie patologii ciąży:
 - a) leczenie porodu przedwczesnego (szczególnie w zakresie skrajnego wcześniactwa tj. w okresie 25 - 32 tyg. ciąży – jedyny ośrodek III-poziomu referencyjnego zakresie patologii ciąży w województwie),
 - b) diagnostyka prenatalna w ramach współpracy z Poradnią Medycyny Matczyno- Płodowej,
 - c) diagnostyka, leczenie i monitorowanie towarzyszących ciąży chorób: nerek, serca i układu krążenia, cukrzycy, hematologicznych, centralnego układu nerwowego, układu naczyniowego, konfliktu serologicznego (zabiegi kordocentezy i amniopunkcji),
 - d) leczenie najcięższych powikłań okresu ciąży oraz porodu z innych szpitali w regionie.
- 6) Edukacja pacjentek.
- 7) Szkolenie personelu medycznego.
- 8) Prowadzenie obowiązującej dokumentacji.
- 9) Prowadzenie zajęć ze studentami Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego (wykłady, seminaria, ćwiczenia).
- 10) Akredytacja na prowadzenie specjalizacji i szkolenia specjalizacyjne z zakresu ginekologii i położnictwa, perinatologii, endokrynologii ginekologicznej i rozrodczości

2. Do zadań Oddziału Ginekologii Onkologicznej w szczególności należy:

- 1) W zakresie ginekologii operacyjnej onkologicznej:
 - a) pełny zakres leczenia operacyjnego schorzeń nowotworowych narządu rodne (nowotwory złośliwe jajnika, jajowodu, trzonu macicy, szyjki macicy, pochwy, sromu),
 - b) operowanie chorych wymagających poszerzenia rozległości zabiegu po operacjach w innych ośrodkach.
- 2) W zakresie chemioterapii nowotworów narządu rodne
 - a) kompletny zakres chemioterapii u chorych z nowotworami złośliwymi jajnika i jajowodu (dożylna, dootrzewnowa),
 - b) chemioterapia w zaawansowanych przypadkach raka trzonu macicy,
 - c) chemioterapia w zaawansowanych postaciach raka szyjki macicy,
 - d) leczenie powikłań po chemioterapii,

- e) prowadzenie badań klinicznych z zakresu ginekologii onkologicznej o zakresie ogólnosiwiatowym.
- 3) W zakresie ginekologii dziecięcej:
 - a) leczenie operacyjne schorzeń nowotworowych narządu rodneego.
- 4) W zakresie endoskopii ginekologicznej:
 - a) szerokie zastosowanie techniki laparoskopowych i histeroskopowych w diagnostyce i leczeniu operacyjnym onkologicznych schorzeń ginekologicznych.
- 5) Tamowanie krwotoków w nieoperacyjnych nowotworach miednicy mniejszej (zaawansowane przypadki raka szyjki macicy, raka trzonu macicy, raka pochwy) poprzez embolizację tętnic biodrowych wewnętrznych wykonywaną w pracowni badań naczyniowych.
- 6) Prowadzenie follow-up pacjentek onkologicznych leczonych w Oddziale.
- 7) Edukacja pacjentek.
- 8) Szkolenie personelu medycznego.
- 9) Prowadzenie zajęć ze studentami Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego (wykłady, seminaria, ćwiczenia).
- 10) Akredytacja na prowadzenie specjalizacji i szkolenia specjalizacyjne z zakresu ginekologii onkologicznej.

3. Do zadań Poradni Ginekologiczno-Położniczej i Ginekologii Onkologicznej w szczególności należy:

- 1) Udzielanie konsultacji w zakresie: diagnostyki, leczenia ginekologicznych schorzeń ostrych i przewlekłych u pacjentek z województwa warmińsko-mazurskiego.
- 2) Diagnostyka i monitorowanie schorzeń nowotworowych narządu rodneego w zakresie określonym programem centralizacji leczenia schorzeń nowotworowych.
- 3) Konsultacje pacjentek z województwa warmińsko-mazurskiego ze stwierdzonym, lub z podejrzanym, nowotworem narządu rodneego.
- 4) Kwalifikacja do leczenia operacyjnego pacjentek ze schorzeniami nowotworowymi narządu rodneego.
- 5) Prowadzenie follow-up pacjentek onkologicznych leczonych w Oddziale.
- 6) Stała współpraca ze specjalistami onkologami/radio i chemioterapeutycznymi.
- 7) Udzielanie konsultacji pacjentkom oraz kwalifikacja do leczenia operacyjnego w przypadkach powikłań po zabiegach w innych ośrodkach.
- 8) Prowadzenie profilaktyki schorzeń nowotworowych narządu rodneego i piersi.
- 9) Wydawanie opinii i orzeczeń dotyczących schorzeń ginekologicznych.

- 10) Edukacja pacjentek.
- 11) Szkolenie personelu medycznego.

4. Do zadań Poradni Genetycznej w szczególności należy:

- 1) Konsultacje skierowanych pacjentek z podejrzeniem nieprawidłowości genetycznych u matki lub płodu.
- 2) Współpraca z Poradnią Medycyny Matczyno-Płodowej w ramach Programu Badań Prenatalnych.
- 3) Diagnostyka i monitorowanie nieprawidłowości genetycznych występujących u ciężarnych.
- 4) Współpraca z poradnią patologii ciąży w zakresie określonym wytycznymi Programu Opieki Perinatalnej.
- 5) Edukacja pacjentek.
- 6) Edukacja personelu medycznego.

I. Struktura organizacyjna oddziału:

1. Odcinek noworodkowy rooming-in.
2. Odcinek Intensywnej Terapii Noworodka.
3. Wydzielone stanowiska opieki ciągłej i pośredniej.

II. Organizacja oddziału:

1. Pracą personelu lekarskiego kieruje ordynator Oddziału Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka.
2. Ordynator jest zastępowany przez zastępcę ordynatora.
3. Pracą personelu pielęgniarskiego i położnych kieruje pielęgniarka/ położna oddziałowa.
4. Zastępowana jest przez zastępcę oddziałowej.
5. Pracą pozostałego personelu zatrudnionego w komórce kieruje ordynator oddziału.
6. Nadzór bieżący nad realizacją zadań zleconych podwykonawcom w zakresie żywienia, utrzymania higieny, transportu sprawuje pielęgniarka/ położna oddziałowa.
7. Zasady przydzielania lekarza prowadzącego pacjentom przyjętym do oddziału: każdy odcinek posiada wyznaczonego lekarza prowadzącego a pacjent przyjęty na dany odcinek trafia pod opiekę tego lekarza.
8. Kwalifikacji pacjentów na dany oddział dokonuje lekarz oceniający stan noworodka po urodzeniu lub lekarz prowadzący.
9. W oddziale lekarze pełnią dyżury w dni robocze od 15:00 do 8:00. W dni wolne od pracy pełniony jest dyżur lekarski całodobowo od 8:00 do 8:00 dnia następnego.
10. Lekarze specjaliści zatrudnieni w oddziale mają obowiązek udzielania konsultacji specjalistycznych w trybie zwykłym oraz dyżurowym.
11. Nadzór nad kształceniem podyplomowym lekarzy prowadzi ordynator i kierownicy specjalizacji. Nadzór nad kształceniem przed i podyplomowym pielęgniarek prowadzi pielęgniarka oddziałowa lub inna osoba wskazana odrębną umową.
12. Za realizację badania klinicznego odpowiada Badacz. Badanie kliniczne może być prowadzone w oddziale szpitalnym lub poradni specjalistycznej po spełnieniu następujących warunków:
 - 1) uzyskanie pozytywnej opinii Zespołu ds. realizacji eksperymentów klinicznych,
 - 2) zawarcie umowy trójstronnej pomiędzy Szpitalem, Badaczem i Sponsorem.
13. Pozostałe zadania oddziału realizowane są w oparciu o ogólne zasady funkcjonowania szpitala.

III. Zadania oddziału:

Zadaniem Oddziału Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka jest wczesne rozpoznawanie zagrożenia zdrowia lub życia noworodka i leczenie od pierwszych minut życia noworodka donoszonego i przedwcześnie urodzonego.

Do szczegółowych zadań zalicza się:

1. Zapewnienie całodobowej opieki lekarsko – pielęgniarskiej nad wcześniakiem i noworodkiem w okresie jego adaptacji do życia pozamacicznego zgodnie z obowiązującymi standardami.
2. Prowadzenie resuscytacji na sali porodowej oraz gotowość do jej podjęcia.
3. Ocenę stanu zdrowia noworodka po urodzeniu.
4. Obserwację noworodków zagrożonych.
5. Diagnostykę i leczenie chorych noworodków.
6. Leczenie dzieci urodzonych przedwcześnie, w tym ze skrajnie niską urodzeniową masą ciała.
7. Prowadzenie intensywnej terapii z wykorzystaniem:
 - 1) mechanicznej wentylacji,
 - 2) nieinwazyjnych metod wspomagania oddychania,
 - 3) monitorowania czynności życiowych,
 - 4) żywienia pozajelitowego.
8. Intensywny nadzór nad wcześniakiem i noworodkiem po odłączeniu od respiratora.
9. Leczenie powikłań wcześniactwa.
10. Leczenie zakażeń.
11. Diagnostykę i leczenie zaburzeń metabolicznych, endokrynologicznych i hematologicznych.
12. Diagnostykę i leczenie wad wrodzonych.
13. Profilaktykę zdrowotną.
14. Wykonywanie badań przesiewowych.
15. Promocję zdrowia, w tym karmienia piersią.
16. Szkolenie personelu medycznego.

Załącznik Nr 8.19 STRUKTURA I ZADANIA ODDZIAŁU KLINICZNEGO ENDOKRYNOLOGICZNEGO, DIABETOLOGICZNEGO I CHORÓB WEWNĘTRZNYCH

I. Struktura organizacyjna oddziału:

1. Poradnia Endokrynologiczna,
2. Poradnia Diabetologiczna.

II. Organizacja oddziału

1. Pracą personelu lekarskiego kieruje ordynator.
2. Ordynator jest zastępowany przez zastępcę ordynatora lub podczas jego nieobecności przez lekarza wyznaczonego przez ordynatora.
3. Pracą personelu pielęgniarskiego kieruje pielęgniarka oddziałowa.
4. Podczas nieobecności pielęgniarka oddziałowa jest zastępowana przez zastępczynię pielęgniarki oddziałowej.
5. Lekarz prowadzący pacjentów przyjętych do oddziału jest wyznaczany przez ordynatora oddziału lub jego zastępcę.
6. Pracą dietetyczki zatrudnionej w oddziale kieruje pielęgniarka oddziałowa.
7. Nadzór bieżący nad realizacją zadań zleconych podwykonawcom w zakresie żywienia, utrzymania higieny, transportu sprawuje pielęgniarka oddziałowa.
8. Lekarz prowadzący pacjentów przyjętych do oddziału jest wyznaczany przez ordynatora oddziału lub jego zastępcę.
9. Podczas godzin dyżurowych oddział zabezpiecza jeden lekarz i dwie pielęgniarki.
10. Kwalifikacje pacjentów do zabiegów/ badań inwazyjnych dokonuje ordynator lub zastępca ordynatora.
11. Lekarze Oddziału udzielają konsultacji specjalistycznych zgodnie z zapotrzebowaniem innych oddziałów szpitala. Ordynator wyznacza lekarzy konsultantów z dziedziny endokrynologii, diabetologii dla poszczególnych oddziałów szpitala.
12. Nadzór nad kształceniem podyplomowym lekarzy prowadzi ordynator i kierownicy specjalizacji. Nadzór nad kształceniem przed i podyplomowym pielęgniarek prowadzi pielęgniarka oddziałowa lub inna osoba wskazana odrębną umową.
13. Za realizację badania klinicznego odpowiada Badacz. Badanie kliniczne może być prowadzone w oddziale szpitalnym lub poradni specjalistycznej po spełnieniu następujących warunków:
 - 1) uzyskanie pozytywnej opinii Zespołu ds. realizacji eksperymentów klinicznych,
 - 2) zawarcie umowy trójstronnej pomiędzy Szpitalem, Badaczem i Sponsorem.

14. Pozostałe zadania oddziału realizowane są w oparciu o ogólne zasady funkcjonowania szpitala.

III. Zadania oddziału:

1. Diagnostyka i leczenie stanów hormonalnego niewyrównania metabolicznego.

2. Leczenie przewlekłych powikłań cukrzycy typu 1 i 2:

- 1) zespoły angiopatii: makro- i mikroangiopatia cukrzycowa (nefropatia, retinopatia cukrzycowa), endoteliopatia cukrzycowa, dyslipidemia – hiperlipidemia, nadciśnienie tętnicze, trombofilia cukrzycowa choroba niedokrwienna serca u chorych na cukrzycę,
- 2) kardiomiopatia cukrzycowa, angiopatia mózgu i jej powikłania u osób z cukrzycą,
- 3) zespół stopy cukrzycowej, zespoły neuropatii: neuropatia, polineuropatia,
- 4) inne powikłania cukrzycy: choroby przewodu pokarmowego, choroby jamy ustnej i uzębienia, choroby układu kostno – stawowego, choroby skóry.

3. Leczenie cukrzycy ciążowej oraz PGDM - współpraca z oddziałem położniczym.

4. Programy edukacyjne w cukrzycy:

- 1) edukacja indywidualna i grupowa dla chorych dorosłych,
- 2) edukacja indywidualna i grupowa dla chorych ociemniałych,
- 3) szkolenia dla Edukatorów Inwalidów Wzroku – współpraca Wydział Pedagogiki UWM, Polski Związek Niewidomych.

5. Prowadzenie intensywnego nadzoru diabetologicznego z możliwością, pełnego monitorowania kardiologicznego i metabolicznego, pełen algorytm diagnostyczny chorób tarczycy we współpracy z Zakładem Medycyny Nuklearnej, Działem Diagnostyki Obrazowej i Działem Patomorfologii:

- 1) model kompleksowego leczenia raka tarczycy: diagnostyka, leczenie, pełen monitoring,
- 2) substytucją do końca życia, biopsja cienkoigłowa, badania immuno - cytochemiczne,
- 3) przygotowanie do leczenia operacyjnego, leczenie J131,
- 4) leczenie ciężkich przypadków nadczynności i niedoczynności tarczycy,
- 5) leczenie Oftalmopatii – współpraca z oddziałem okulistycznym i laryngologicznym,
- 6) leczenie zaburzeń czynności tarczycy i niedoboru jodu w ciąży.

6. Diagnostyka guzów hormonalnie czynnych przysadki, leczenie i pełen monitoring hormonalny substytucją prowadzoną do końca życia.

7. Diagnostyka i leczenie guzów hormonalnie czynnych okolicy szyi, klatki piersiowej i jamy brzusznej oraz guzów z grupy APUD-oma.

IV. Zadania Poradni Endokrynologicznej:

1. Stosowanie pełnego algorytmu diagnostycznego chorób tarczycy we współpracy z zakładem medycyny nuklearnej, działem diagnostyki obrazowej i działu patomorfologii, tj.:
 - 1) modelu kompleksowego leczenia raka tarczycy: diagnostyka, leczenie, pełen monitoring hormonalny substytucją do końca życia, współpraca z działem patomorfologii: biopsja cienkoigłowa, badania immunochemiczne, leczenie operacyjne - oddział chirurgii ogólnej i onkologicznej, leczenie J 131 – współpraca z Instytutem Onkologii w Warszawie,
 - 2) leczenia ciężkich przypadków nadczynności i niedoczynności tarczycy,
 - 3) leczenie oftalmopatii – współpraca z oddziałem okulistycznym i otolaryngologicznymi onkologii laryngologicznej,
 - 4) leczenie zaburzeń czynności tarczycy i niedoboru jodu w ciąży – współpraca z oddziałem ginekologiczno-położniczym i ginekologii onkologicznej.
2. Diagnostyka guzów hormonalnie czynnych przysadki, leczenie i pełen monitoring hormonalny substytucją prowadzoną do końca życia.
3. Diagnostyka i leczenie guzów hormonalnie czynnych okolicy szyi, klatki piersiowej i jamy brzusznej oraz guzów z grupy apud - oma.
4. Edukacja pacjentów.
5. Edukacja personelu medycznego.
6. Prowadzenie obowiązującej dokumentacji.

V. Zadania Poradni Diabetologicznej:

1. Diagnostyka i leczenie stanów hormonalnego niewyrównania metabolicznego, leczenie przewlekłych powikłań cukrzycy typu 1 i 2, tj.:
 - 1) Zespoły angiopatii:
 - a) makro - i mikroangiopatia cukrzycowa (nefropatia, retinopatia cukrzycowa),
 - b) endotelopatia cukrzycowa,
 - c) dyslipidemia – hiperlipidemia,
 - d) nadciśnienie tętnicze,
 - e) trombofilia cukrzycowa choroba niedokrwienności serca u chorych na cukrzycę,
 - f) kardiomiopatia cukrzycowa,
 - g) angiopatia mózgu i jej powikłania u osób z cukrzycą,
 - h) zespół stopy cukrzycowej.
 - 2) Zespoły neuropatii:
 - a) neuropatia,

b) polineuropatia.

3) Inne powikłania cukrzycy:

a) choroby przewodu pokarmowego,

b) choroby jamy ustnej i uzębienia,

c) choroby układu kostno – stawowego,

d) choroby skóry.

2. Leczenie cukrzycy ciążowej oraz PGDM - współpraca z oddziałem ginekologiczno-położniczym i ginekologii onkologicznej.

3. Programy edukacyjne cukrzycy:

1) edukacja indywidualna i grupowa dla chorych dorosłych,

2) edukacja indywidualna i grupowa dla chorych ociemniałych,

3) szkolenia edukatorów inwalidów wzroku.

4. Współpraca z Polskim Związkiem Niewidomych.

I. Struktura organizacyjna oddziału:

1. Blok operacyjny złożony z dwóch sal operacyjnych.
2. Odcinek pooperacyjny.
3. Odcinek ogólny.
4. Poradnia kardiologiczna.

II. Organizacja oddziału:

1. Pracą personelu lekarskiego kieruje ordynator.
2. Ordynator jest zastępowany przez zastępcę ordynatora lub podczas jego nieobecności przez lekarza kardiologa wskazanego przez ordynatora.
3. Pracą lekarzy anestezjologów zatrudnionych w oddziale kardiologii kieruje lekarz anestezjolog wskazany przez ordynatora oddziału kardiologii w porozumieniu z ordynatorem Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii.
4. Pracą personelu pielęgniarskiego oraz zespołu perfuzjonistów, kieruje pielęgniarka oddziałowa. Jest ona zastępowana przez swoją zastępczynię lub inną pielęgniarkę przez nią wyznaczoną.
5. Nadzór bieżący nad realizacją zadań zleconych podwykonawcom w zakresie żywienia, utrzymania higieny, transportu sprawuje pielęgniarka oddziałowa.
6. Lekarz prowadzący pacjentów przyjętych do oddziału jest wyznaczany przez ordynatora oddziału lub jego zastępcę.
7. Podczas godzin dyżurowych oddział zabezpiecza dwóch lekarzy jeden w części kardiologicznej i jeden anestezjolog na sali pooperacyjnej. W sytuacjach nagłych ordynator lub osoba przez niego wskazana organizuje zespół operacyjny. Na bloku operacyjnym dyżuruje jedna pielęgniarka anestezjologiczna i jedna operacyjna, dodatkowo dwie pod telefonem oraz jeden perfuzjonista i jeden pod telefonem.
8. Kwalifikacje pacjentów do zabiegów operacyjnych przeprowadza ordynator oddziału lub inny specjalista kardiolog przez niego wyznaczony, w ramach pracy przychodni kardiologicznej (wtorki, środy i czwartki) dla pacjentów ambulatoryjnych. Ponadto wyznaczeni przez ordynatora kardiologowie przeprowadzają konsultacje kardiologiczne w oddziałach szpitala według obowiązujących procedur wewnątrzszpitalnych.
9. Oddział przygotowany jest do natychmiastowego działania w ramach zespołu urazowego. W każdej chwili gotowy jest do przeprowadzenia ratujących życie operacji. Za zorganizowanie zespołu koniecznego do przeprowadzenia nagłej operacji kardiologicznej odpowiedzialny jest ordynator oddziału lub jego zastępca.
10. Nadzór nad kształceniem podyplomowym lekarzy prowadzi ordynator i kierownicy

specjalizacji. Nadzór nad kształceniem przed i podyplomowym pielęgniarek prowadzi pielęgniarka oddziałowa lub inna osoba wskazana odrębną umową.

11. Za realizację badania klinicznego odpowiada Badacz. Badanie kliniczne może być prowadzone w oddziale szpitalnym lub poradni specjalistycznej po spełnieniu następujących warunków:
 - 1) uzyskanie pozytywnej opinii Zespołu ds. realizacji eksperymentów klinicznych,
 - 2) zawarcie umowy trójstronnej pomiędzy Szpitalem, Badaczem i Sponsorem.
12. Pozostałe zadania oddziału realizowane są w oparciu o ogólne zasady funkcjonowania szpitala

III. Zadania oddziału:

1. Kwalifikacje do operacji kardiochirurgicznych na podstawie badań diagnostycznych przeprowadzonych w oddziałach kardiologicznych.
2. Przeprowadzanie operacji kardiochirurgicznych.
3. Opieka i leczenie chorych w czasie hospitalizacji pooperacyjnej.
4. Wdrażanie wczesnej i późnej rehabilitacji pooperacyjnej w ramach oddziału kardiochirurgii i ośrodków rehabilitacyjnych.
5. Opieka nad pacjentami po operacjach kardiochirurgicznych w ramach przychodni kardiochirurgicznej.
6. Współpraca z innymi oddziałami szpitala dotycząca urazów wielonarządowych oraz innych ciężkich przypadków wymagających interwencji kardiochirurgicznej.

IV. Do zadań Poradni Kardiochirurgicznej w szczególności należy:

1. Konsultacje skierowanych chorych.
2. Kwalifikacja chorych do leczenia operacyjnego.
3. Planowanie terminów operacji.
4. Kontrola chorych po zabiegach operacyjnych.
5. Edukacja pacjentów.
6. Szkolenie personelu medycznego.
7. Prowadzenie obowiązującej dokumentacji.

I. Struktura organizacyjna:

1. Poradnia Transplantacji Nerek.

II. Organizacja oddziału:

1. Pracą personelu lekarskiego kieruje ordynator.
2. Ordynator jest zastępowany przez zastępcę ordynatora, zaś podczas jego nieobecności przez lekarza wyznaczonego przez ordynatora.
3. Pracą personelu pielęgniarskiego kieruje pielęgniarka oddziałowa.
4. Podczas nieobecności pielęgniarki oddziałowej zastępowana jest ona przez zastępczynię pielęgniarki oddziałowej zaś podczas jej nieobecności przez pielęgniarkę wyznaczoną przez pielęgniarkę oddziałową.
5. Nadzór bieżący nad realizacją zadań zleconych podwykonawcom w zakresie żywienia, utrzymania higieny, transportu sprawują pielęgniarki oddziałowe.
6. Lekarz prowadzący pacjentów przyjętych do oddziału jest wyznaczany przez ordynatora oddziału lub jego zastępcę.
7. Zasady zabezpieczenia oddziału w godzinach dyżurowych:
Podczas godzin dyżurowych oddział zabezpiecza lekarz dyżurny - specjalista lub rezydent po uzyskaniu akceptacji ordynatora i dyrekcji WSS.
Zabezpieczenie oddziału w godzinach dyżurowych przez położne: w zależności od ilości pacjentów nie mniej niż dwie pielęgniarki na zmianę.
Lekarz dyżurny jest automatycznie osobą delegowaną do pracy w zespole urazowym i reanimacyjnym.
8. Kwalifikacje pacjentów do zabiegów operacyjnych, zabiegów/badań inwazyjnych:
Kwalifikacji dokonuje ordynator i zastępca ordynatora, przy ich nieobecności - lekarz ze specjalizacją II-go stopnia z zakresu transplantologii lub chirurgii.
9. Lekarze Oddziału udzielają konsultacji zgodnie z zapotrzebowaniem innych oddziałów szpitala po uzgodnieniu telefonicznym. Ordynator wyznacza lekarzy konsultantów z dziedziny transplantologii, chirurgii onkologicznej i ogólnej dla poszczególnych oddziałów szpitala. Konsultacje odbywają się zgodnie z obowiązującą w WSS procedurą.
10. Nadzór nad kształceniem podyplomowym lekarzy prowadzi ordynator i kierownicy specjalizacji. Nadzór nad kształceniem przed i podyplomowym pielęgniarek prowadzi pielęgniarka oddziałowa lub inna osoba wskazana odrębną umową.
11. Za realizację badania klinicznego odpowiada Badacz. Badanie kliniczne może być prowadzone w oddziale szpitalnym lub poradni specjalistycznej po spełnieniu następujących warunków:
 - 1) uzyskanie pozytywnej opinii Zespołu ds. realizacji eksperymentów klinicznych,
 - 2) zawarcie umowy trójstronnej pomiędzy Szpitalem, Badaczem i Sponsorem.

12. Pozostałe zadania oddziału realizowane są w oparciu o ogólne zasady funkcjonowania szpitala.

III. Zadania oddziału:

- 1) pełny zakres leczenia operacyjnego związanego z przeszczepianiem nerek.
- 2) pełny zakres leczenia operacyjnego związanego z powikłaniami po przeszczepie nerki.
- 3) leczenie operacyjne pacjentów po przeszczepieniu nerki.
- 4) leczenie operacyjne pacjentów w zakresie wybranych procedur chirurgii onkologicznej.
- 5) leczenie operacyjne pacjentów w zakresie wybranych procedur chirurgii ogólnej.
- 6) leczenie zachowawcze wybranych pacjentów po przeszczepie narządu unaczynionego.
- 7) prowadzenie badań klinicznych z zakresu transplantologii, chirurgii onkologicznej i ogólnej.
- 8) konsultacje pacjentów z województwa warmińsko-mazurskiego w zakresie transplantologii
- 9) edukacja pacjentów po przeszczepie unaczynionym.
- 10) szkolenie personelu medycznego w zakresie transplantologii.
- 11) prowadzenie obowiązującej dokumentacji z godnie z obowiązującym prawem i przepisami WSS.
- 12) prowadzenie zajęć ze studentami Wyższych Uczelni
- 13) uzyskanie akredytacji na prowadzenie specjalizacji i szkolenia specjalizacyjne z zakresu transplantologii.

IV. Zadań Poradni Transplantacji Nerek:

1. Udzielanie ambulatoryjnych porad lekarskich dla pacjentów przed przeszczepieniem nerki, po przeszczepieniu nerki oraz dla pacjentów z przewlekłą niewydolnością nerek wymagających dostępu naczyniowego do hemodializ lub dostępu do dializ otrzewnowych.
2. Regularna kontrola przebiegu leczenia pacjentów po przeszczepieniu nerki wg ustalonego schematu.
3. Ustalanie rozpoznań lekarskich na podstawie badania podmiotowego, przedmiotowego oraz badań dodatkowych (badań laboratoryjnych, obrazowych oraz na podstawie konsultacji lekarskich).
4. Udzielanie porad lekarskich w zakresie chorób i powikłań związanych z przeszczepieniem nerki oraz leczeniem immunosupresyjnym (porad nefrologicznych, internistycznych i chirurgicznych).
5. Realizacja postępowania diagnostycznego i leczniczego.
6. Kwalifikacja chorych do leczenia szpitalnego.
7. Udzielanie konsultacji dla pacjentów z innych szpitali w zakresie transplantologii.
8. Przygotowywanie pacjentów do kwalifikacji do przeszczepienia nerki.

Załącznik Nr 8.22 ZADANIA BLOKU OPERACYJNEGO

I. Struktura organizacyjna:

1. W skład bloku operacyjnego wchodzi 12 sal operacyjnych różnych dziedzin zabiegowych oraz 17 stanowisk wybudzeniowych.

II. Organizacja oddziału:

1. Pracą personelu lekarskiego kieruje ordynator/ koordynator poszczególnych oddziałów.
2. Pracą personelu pielęgniarskiego, położnych, kieruje Kierownik Bloku.
3. Kierownik Bloku zastępowany jest przez Pielęgniarkę koordynującą Anestezjologii i Intensywnej Terapii lub Pielęgniarkę operacyjną koordynującą lub osoba wskazana przez kierownika.
4. Nadzór bieżący nad realizacją zadań zleconych podwykonawcom w zakresie utrzymania higieny, transportu sprawuje Kierownik Bloku Operacyjnego.
5. Blok w godzinach dyżurowych zabezpieczają dwa zespoły piel. Operacyjnych i 2 zespoły anestezjologiczne w/g grafiku ustalonego przez Kierownika Bloku i Pielęgniarkę Koordynującą Anestezjologii Intensywnej Terapii.
6. Kwalifikacje pacjentów do zabiegów operacyjnych, odbywają się w oddziałach zabiegowych, na bloku operacyjnym i realizowane są w/g planów operacyjnych.
7. Nadzór nad kształceniem przed i podyplomowym pielęgniarek prowadzi kierownik bloku lub inna osoba wskazana odrębną umową.
8. Pozostałe zadania działu realizowane są w oparciu o ogólne zasady funkcjonowania szpitala.

III. Zadania oddziału:

1. Na bloku operacyjnym zabiegi wykonywane są w trybie planowym i ostrym.
2. Zabiegi operacyjne odbywają się wg ustalonego planu operacyjnego.
3. Wszelkie zmiany w planie operacyjnym mogą nastąpić za zgodą ordynatorów oddziałów zabiegowych, lekarza anestezjologa i kierownika bloku.
4. W czasie trwania zabiegu operacyjnego cały personel znajdujący się w sali operacyjnej jest podporządkowany w sprawach dotyczących technicznego przeprowadzenia zabiegu lekarzowi operatorowi, a w sprawach ogólnego postępowania i bezpieczeństwa życia i zdrowia lekarzowi anestezjologowi.
5. Blok operacyjny jest utrzymywany w stanie stałego pogotowia operacyjnego zarówno pod względem instrumentalnym, materiałowym, lekowym.

6. Blok operacyjny współpracuje z Kliniknym Oddziałem Anestezjologii Intensywnej Terapii i wszystkimi oddziałami zabiegowymi.
7. W pomieszczeniach bloku operacyjnego utrzymywany jest reżim sanitarny na najwyższym poziomie.
8. Personel bloku operacyjnego oraz lekarze operatorzy prowadzi dokumentację medyczną zgodnie z obowiązującymi wytycznymi (standardami).
9. Szkolenia personelu medycznego bloku operacyjnego realizowane są zgodnie z wytycznymi i w zależności od potrzeb.

I. Struktura organizacyjna:

1. ekspedycja leków gotowych,
2. magazyn produktów leczniczych,
3. komora przyjęć,
4. dygestorium,
5. destylatornia,
6. pracownia przygotowania mieszanin do żywienia pozajelitowego,
7. pracownia leków ocznych,
8. pracownia leków recepturowych i galenowych,
9. pracownia leków cytostatycznych,
10. księgowość,
11. magazyn opakowań zwrotnych,
12. magazyn wyrobów medycznych i płynów infuzyjnych,
13. magazyn produktów leczniczych łatwopalnych oraz żrących.

II. Do zadań Apteki Szpitalnej w szczególności należy:

1. Organizowanie zaopatrzenia Szpitala w produkty lecznicze i wyroby medyczne.
2. Współuczestniczenie w prowadzeniu gospodarki produktami leczniczymi i wyrobami medycznymi.
3. Udział w racjonalizacji farmakoterapii.
4. Wydawanie produktów leczniczych i wyrobów medycznych.
5. Udzielanie informacji lekarzom, zatrudnionym w jednostkach organizacyjnych Szpitala, o produktach leczniczych będących w dyspozycji apteki.
6. Sporządzanie leków recepturowych i preparatów galenowych.
7. Sporządzanie mieszanin do żywienia pozajelitowego.
8. Sporządzanie indywidualnych dawek leków cytostatycznych.
9. Informowanie oddziałów o decyzjach Głównego Inspektora Farmaceutycznego związanych z jakością produktów leczniczych.
10. Nadzór Apteki nad jakością posiadanego asortymentu leków i innych materiałów (np. opatrunki, płyny infuzyjne itp.).
11. Prowadzenia ewidencji próbek do badań klinicznych, bezpłatnych próbek lekarskich i uzyskiwanych darów produktów leczniczych.
12. Ustalania procedur wydawania produktów leczniczych na oddziały.

13. Monitorowanie działań niepożądanych leków.
14. Monitorowanie wad jakościowych wyrobów medycznych.
15. Monitorowanie komunikatów bezpieczeństwa.
16. Transport produktów leczniczych z Apteki do oddziałów szpitalnych.
17. Kontrola apteczek oddziałowych.
18. Prowadzenie obowiązującej dokumentacji.
19. Szkolenie personelu.
20. Obsługa żywienia domowego poza- i dojelitowego w zakresie dotyczącym Apteki

Załącznik Nr 8.24 ZADANIA CENTRALNEJ STERYLIZATORNI (CS)

I. Struktura organizacyjna:

1. Centralna Sterylizatornia (CS) zgodnie z wymaganiami rozporządzenia podzielona jest na trzy strefy: strefę „brudną”, strefę „czystą” i strefę „sterylną”.

II. Organizacja oddziału:

1. Pracą personelu (operatorów systemów sterylizacji i techników sterylizacji medycznej) kieruje kierownik CS.
2. Kierownik CS zastępowany jest przez osobę wyznaczoną przez kierownika.
3. Nadzór bieżący nad realizacją zadań zleconych podwykonawcom w zakresie utrzymania higieny i transportu czystej bielizny operacyjnej z magazynu do Centralnej Sterylizatorni sprawuje kierownik CS.
4. Centralna Sterylizatornia działa 7 dni w tygodniu: poniedziałek-piątek: 6:00-21:00, sobota, niedziela 8:00-20:00.
5. Nadzór nad kształceniem przed i podyplomowym pracowników CS prowadzi Kierownik lub inna osoba wskazana odrębną umową.
6. Pozostałe zadania działu realizowane są w oparciu o ogólne zasady funkcjonowania szpitala

III. Zadania Centralnej Sterylizatorni:

1. Strefa „brudna”:

Przyjmowanie z Bloku Operacyjnego, Oddziałów i Działów Szpitala instrumentarium i sprzętu wielokrotnego użytku do procesów dekontaminacji.

Mycie i dezynfekcja sprzętu w procesach maszynowych w myjniach-dezynfektorach WD 230 oraz w procesach manualnych i w myjni ultradźwiękowej.

Mycie i dezynfekcja obuwia operacyjnego oraz wózków transportowych w procesach automatycznych w myjni WD750.

2. Strefa „czysta”:

Kontrola instrumentarium pod kątem czystości, sprawności działania i ewentualnych uszkodzeń oraz jego konserwacja.

Kompletowanie i pakowanie zestawów narzędziowych, pojedynczych narzędzi i sprzętu oraz zestawów bielizny operacyjnej i materiału opatrunkowego w oparciu o spisy zatwierdzone przez Pielęgniarki Oddziałowe i Kierowników poszczególnych Komórek Szpitala.

Sterylizacja sprzętu i materiałów wielokrotnego użytku w procesach sterylizacji wysokotemperaturowej (sterylizatory parowe z frakcjonowaną próżnią wstępną MST-V 666 i 6612,

AS PS 6612w temp. 121°C i 134°) oraz niskotemperaturowej (sterylizator Sterimed 2p – sterylizacja tlenkiem etylenu lub sterylizator Plasmed Reno S 130D– sterylizacja plazmą nadtlenu wodoru).

Prowadzenie kontroli skuteczności procesów dekontaminacji przy użyciu wskaźników fizycznych, chemicznych i biologicznych.

Prowadzenie rejestracji i dokumentacji obiegu instrumentarium oraz wszystkich procesów przeprowadzanych w CS (przyjęcia materiału, mycia i dezynfekcji, pakowania, znakowania, sterylizacji, wydania sterylnych pakietów i zestawów)w formie elektronicznej i papierowej.

3. Strefa „sterylna”:

Przechowywanie wysterylizowanego materiału w magazynie artykułów sterylnych.

Przygotowywanie i zabezpieczenie materiału sterylnego do transportu.

4. Transport:

Transport brudnych narzędzi i materiału z Bloku Operacyjnego, Oddziałów, Działów, Poradni Szpitala do CS.

Transport sterylnych pakietów z CS na Blok Operacyjny i do Oddziałów, Działów oraz Poradni Szpitala.

Transport wody destylowanej do Oddziałów i Działów Szpitala.

5. Inne zadania:

Przeprowadzanie procesów dekontaminacji sal operacyjnych, gabinetów zabiegowych i sal chorych przy użyciu mobilnego systemu do dekontaminacji gazową formą nadtlenu wodoru Bioquell Z-2.

Wydawanie wody destylowanej Oddziałom i Działom Szpitala.

Okresowa kontrola warunków dekontaminacji i przechowywania materiałów sterylnych w Komórkach Szpitala.

Szkolenia personelu pracującego w CS oraz osób współpracujących w zakresie dezynfekcji, sterylizacji oraz postępowania z wyrobem sterylnym.

Współpraca z Zespołem ds. Zakażeń Szpitalnych.

Świadczenie usług sterylizacji Zleceniodawcom zewnętrznym.

Załącznik Nr 8.25 ZADANIA PORADNI CHOROÓB ODZWIERZĘCYCH I PASOŻYTNICZYCH

I. Do zadań Poradni Chorób Odzwierzęcych i Pasożytniczych w szczególności należy:

1. Ustalenie rozpoznania lekarskiego na podstawie badania przedmiotowego, podmiotowego i wykonanych badań lekarskich.
2. Realizacja postępowania diagnostycznego i leczniczego.
3. Prowadzenie oceny i weryfikacji wyników postępowania diagnostyczno – leczniczego.
4. Prowadzenie i nadzór nad dokumentacją medyczną.
5. Formułowanie programów zdrowotnych.
6. Realizowanie programu zdrowotnego „zapobieganie wściekliznie”.
7. Wykonywaniem szczepień p/wściekliznie.
8. Nadzór nad gospodarką szczepionkami.
9. Prowadzenie edukacji pacjentów i ich rodzin.
10. Szkolenie personelu.
11. Sprawozdanie wykonywanych procedur do Działu Kontraktowania i Rozliczeń.

I. Do zadań Poradni Chorób Zakaźnych w szczególności należy:

1. Diagnostyka i leczenie pacjentów w zakresie chorób zakaźnych.
2. Diagnostyka i leczenie pacjentów z wirusowym zapaleniem wątroby.
3. Prowadzenie oceny i weryfikacji wyników postępowania diagnostyczno - leczniczego.
4. Realizacja „Programów Lekowych” – leczenie WZW typu B i C oraz po przeszczepach lub u świadczeniobiorców z powikłaniami, leczonych Rytuksymabem:
 - a) monitorowanie leczenia preparatami p/wirusowymi.
5. Nadzór nad gospodarką lekami p/ wirusowymi.
6. Prowadzenie edukacji pacjentów i ich rodzin.
7. Szkolenie personelu i lekarzy rodzinnych.
8. Prowadzenie obowiązującej dokumentacji.
9. Sprawozdanie realizacji programów lekowych w systemie SIMP.
10. Sprawozdanie z wykonanych procedur oraz ilości wypisanych leków p/wirusowych do Działu Kontraktowania i Rozliczeń.

Załącznik Nr 8.27 ZADANIA I STRUKTURA ZAKŁADU MEDYCYNY NUKLEARNEJ

I. Struktura organizacyjna zakładu:

1. Pracownia scyntygraficzna,
2. Poradnia medycyny nuklearnej.

II. Organizacja zakładu:

1. Pracą personelu lekarskiego kieruje kierownik zakładu medycyny nuklearnej.
2. Kierownik jest zastępowany przez zastępcę lub podczas jego nieobecności przez wyznaczonego starszego asystenta.
3. Pracą personelu pielęgniarskiego, położnych, ratowników medycznych kieruje pielęgniarka koordynująca.
4. Podczas nieobecności pielęgniarka koordynująca jest zastępowana przez wyznaczoną starszą pielęgniarkę.
5. Nadzór bieżący nad realizacją zadań zleconych podwykonawcom w zakresie żywienia, utrzymania higieny, transportu sprawuje pielęgniarka koordynująca.
6. Nadzór nad kształceniem podyplomowym lekarzy prowadzi ordynator i kierownicy specjalizacji. Nadzór nad kształceniem przed i podyplomowym pielęgniarek prowadzi pielęgniarka oddziałowa lub inna osoba wskazana odrębną umową.
7. Za realizację badania klinicznego odpowiada Badacz. Badanie kliniczne może być prowadzone w oddziale szpitalnym lub poradni specjalistycznej po spełnieniu następujących warunków:
 - 1) uzyskanie pozytywnej opinii Zespołu ds. realizacji eksperymentów klinicznych,
 - 2) zawarcie umowy trójstronnej pomiędzy Szpitalem, Badaczem i Sponsorem.
8. Pozostałe zadania oddziału realizowane są w oparciu o ogólne zasady funkcjonowania szpitala.

III. Zadania zakładu:

1. Wykonywanie pełnego zakresu badań scyntygraficznych z zastosowaniem farmaceutyków znakowanych izotopami z użyciem obu Gamma – Kamer.
2. Leczenie ambulatoryjne radiojodem nadczynności tarczycy i wola obojętnego.
3. Paliatywna, przeciwbólowa terapia izotopami Strontu Sr-89 i Samaru Sm 153.
4. Opieka nad pacjentem po terapii Jodem 131, Strontem i Samarem.
5. Zapewnienie ochrony radiologicznej pacjentów i ich otoczenia.
6. Zapewnienie ochrony radiologicznej personelu.
7. Podnoszenie kwalifikacji i uczestniczenie personelu w kursach doskonalących.
8. Przestrzeganie zasad BHP.
9. Przestrzeganie praw pacjenta.

10. Prowadzenie sprawozdawczości dla sekcji ds. kontraktowania i rozliczeń.

IV. Struktura organizacyjna poradni medycyny nuklearnej:

1. pracownia scyntygraficzna,
2. pracownia gamma-kamery I,
3. pracownia gamma-kamery II,
4. pracownia rozdozowywania izotopów i pokój podawczych izotopów.

V. Do zadań Poradni Medycyny Nuklearnej w szczególności należy:

1. Wykonywanie badań scyntygraficznych (scyntygrafia kości) w ramach paliatywnego leczenia bólów radiostrontem i radiosamarem:
 - a) porada kwalifikacyjna do leczenia radioizotopami (TST-TSA/PKW),
 - b) porada kontrolna po leczeniu radiostrontem lub radiosamarem (TST-TSA/PKW).
2. Paliatywna, przeciwbólowa terapia izotopami Strontu Sr-89 porada podawcza do leczenia radiostrotnem (TST/PPO).
3. Paliatywna, przeciwbólowa terapia izotopami Samaru SM-153 porada podawcza do leczenia radiostrotnem (TST/PPO).
4. Wykonywanie badań scyntygraficznych tarczycy Jodem 131 w ramach:
 - a) porada kwalifikacyjna do leczenia radiojodem 131 (TJO/PKW),
 - b) porada kontrolna po leczeniu radiojodem (TJO/PKT).
5. Leczenie radiojodem J-131 (porada podawcza – TJO/PPO).
6. Zapewnienie ochrony radiologicznej pacjentów i otoczenia.
7. Zapewnienie ochrony radiologicznej personelu.
8. Podnoszenie kwalifikacji i uczestniczenie personelu w kursach doskonalących.
9. Przestrzeganie zasad BHP.
10. Przestrzeganie praw pacjenta.
11. Prowadzenie sprawozdawczości dla działu kontraktowania i rozliczeń.
12. Szkolenie personelu medycznego.
13. Prowadzenie obowiązującej dokumentacji.

I. Struktura organizacyjna poradni:

1. Gabinet lekarski

II. Do zadań Poradni Lekarza Zakładowego w szczególności należy:

1. Opieka profilaktyczna nad pracownikami Szpitala:
 - a) przeprowadzanie badań wstępnych - badaniami wstępnymi objęci są wszyscy pracownicy przystępujący do pracy oraz uczennice pielęgniarstwa odbywające praktyki,
 - b) przeprowadzanie badań okresowych - badaniami okresowymi objęci są wszyscy pracownicy Szpitala jak również współpracujący ze Szpitalem na zasadzie kontraktów. Szczególny nacisk w badaniach kładzie się na narażenia na promieniowanie jonizujące /"J"/ i na cytostatyki,
 - c) przeprowadzanie badań kontrolnych - badaniom kontrolnym podlegają pracownicy powracający do pracy po okresie niezdolności przekraczającej 30 dni (po uzyskaniu opinii lekarza leczącego),
 - d) przeprowadzanie innych badań profilaktycznych - dotyczą postępowania w razie zagrożenia HIV lub WZW – problem zakażeń.
2. Udzielanie porad lekarskich pracownikom Szpitala.
3. Udział w pracach komisji w Szpitalu.
4. Dokonywanie wizytacji oddziałów, zakładów i stanowisk pracy w Szpitalu.

Załącznik Nr 8.29 ZADANIA I STRUKTURA OŚRODKA ŻYWIENIA KLINICZNEGO

I. Struktura organizacyjna Ośrodka Żywienia Klinicznego:

1. Pracownia żywienia poza- dojelitowego z łózkami.
2. Poradnia dla chorych żywionych poza i dojelitowo w warunkach domowych.

II. Do zadań Pracowni Żywienia Poza- i Dojelitowego w szczególności należy:

1. Konsultacje i kwalifikacja pacjentów do żywienia poza- dojelitowego na terenie Szpitala.
2. Leczenie żywieniowe chorych w oddziałach szpitalnych wraz z członkami zespołu żywieniowego, nad którymi Ośrodek pełni nadzór.
3. Szczególna opieka nad pacjentem z cewnikiem do żywienia pozajelitowego lub z zgłębnikiem do żywienia dojelitowego.
4. Podłączanie i odłączanie worków żywieniowych u chorych z wyjątkiem OIT oraz Kardiochirurgii.
5. Kontrola nad przechowywaniem mieszanin żywieniowych i preparatów dojelitowych w oddziałach.
6. Codzienny obchód w szpitalu leczonych chorych z programowaniem żywienia w kontakcie z lekarzem leczącym
7. Szkolenie personelu medycznego w zakresie podstawowych zasad leczenia żywieniowego i opieki nad pacjentem z cewnikiem.
8. Konsultacje, kwalifikacja chorych do leczenia żywieniowego w domu.
9. Całościowe prowadzenie chorych przygotowanych do leczenia żywieniowego w domu lub okresowo leczonych z powodu powikłań.
10. Przygotowywanie chorych do leczenia żywieniowego w domu:
 - a) wyprowadzanie chorego z zaburzeń wodno-elektrolitowych i leczenie wyniszczenia,
 - b) diagnostyka chorób i diagnostyka bakteriologiczna,
 - c) ustalanie programu żywieniowego i leczenie chorób towarzyszących,
 - d) zakładanie dojścia centralnego permanentnego i opieka nad nim,
 - e) szkolenie w opiece nad chorym leczonym żywieniowo w domu rodzin lub chorego,
 - f) organizowanie wypisu do domu z zaopatrzeniem w leki, sprzęt.
11. Leczenie szpitalne powikłań leczenia żywieniowego w domu oraz chorób towarzyszących mających wpływ na metabolizm.
12. Prowadzenie dokumentacji.
13. Samokształcenie się, czynny udział w konferencjach naukowych publikowanie materiału, wygłaszanie referatów oraz organizacja lokalnych konferencji naukowo-dydaktycznych.
14. Prowadzenie badań klinicznych.

III. Do zadań Poradni Dla Chorych Żywionych Poza i Dojelitowo w Warunkach Domowych w szczególności należy:

1. Kontrola ambulatoryjna chorych przebywających na leczeniu w domu i realizacja badań kontrolnych leczonych chorych zgodnie z obowiązującymi standardami:
 - a) badanie kliniczne,
 - b) kontrole dojścia centralnego permanentnego lub do przewodu pokarmowego,
 - c) pobieranie badań laboratoryjnych, posiewów krwi,
 - d) **lub u leżących chorych w/w kontrole w trakcie wizyt domowych lekarza i pielęgniarki.**
2. Pełnienie całodobowych dyżurów telefonicznych lekarsko-pielęgniarskich zgodnie z wytycznymi płaćnika. Permanentny dyżur telefoniczny, infolinia.
3. Konsultacje telefoniczne i w Poradni chorych kierowanych do rozpoczęcia leczenia żywieniowego w domu i kierowanie chorych po wstępnej kwalifikacji do okresowego przygotowawczego leczenia szpitalnego zgodnie z ustalonym harmonogramem (kolejką).
4. Rejestrowanie zgłoszeń szpitalnych chorych kwalifikowanych do leczenia żywieniowego.
5. Kierowanie chorych z powikłaniami leczenia żywieniowego lub powikłaniami choroby podstawowej lub innymi chorobami wpływającymi na programowanie żywienia do oddziału szpitalnego.
6. Naprawa dojścia centralnego lub dojelitowego ze wskazań.
7. Programowanie leczenia żywieniowego podczas wizyt kontrolnych, okresowe dokonywanie zmian w programach w zależności od zmian zachodzących u chorego w czasie leczenia.
9. Okresowe dokonywanie zamówień na leki (za pomocą recept), sprzętu medycznego i niezbędnych środków opatrunkowych.
10. Uzupełnianie leków, sprzętu lub opatrunków podczas wizyt kontrolnych w zależności od dokonywanych zmian w leczeniu.
11. Prowadzenie dokumentacji medycznej.
12. Prowadzenie comiesięcznych rozliczeń procedur leczonych chorych.

Załącznik Nr 8.30 STRUKTURA I ZADANIA MEDYCZNEGO LABORATORIUM DIAGNOSTYCZNEGO

I. Struktura organizacyjna:

1. punkt pobrań materiału do badań,
2. punkt przyjęć materiału do badań,
3. punkt rozdziału i przygotowania materiału do badań,
4. pracownia hematologiczna,
5. pracownia koagulologiczna,
6. pracownia cytologiczna,
7. pracownia biochemiczna,
8. pracownia hormonów i białek,
9. pracownia analityczna,
10. pracownia diagnostyki i kiły.

II. Organizacja Laboratorium:

1. Pracą personelu Medycznego Laboratorium Diagnostycznego kieruje Kierownik.
2. Kierownik zastępowany jest przez wyznaczonego diagnostę laboratoryjnego posiadającego II stopień specjalizacji z analityki klinicznej.
3. Pracą techników analityki medycznej kieruje Kierownik zespołu techników analityki medycznej.
4. Kierownik techników analityki medycznej zastępowany jest przez wyznaczonego technika analityki medycznej.
5. Kierownika Sekcji Zarządzania Rentownością Oddziału kieruje pracą Sekretarek pracujących w Medycznym Laboratorium Diagnostycznym.
6. Nadzór bieżący nad realizacją zadań zleconych podwykonawcom w zakresie utrzymania higieny, transportu, rejestracji wydawania wyników sprawuje Kierownik zespołu techników analityki medycznej.
7. Kierownik wyznacza diagnostów laboratoryjnych odpowiedzialnych za prawidłowe funkcjonowanie poszczególnych pracowni Medycznego Laboratorium Diagnostycznego.
8. Medyczne Laboratorium Diagnostyczne funkcjonuje w trybie ciągłym.
9. 19:00 i 19:00-7:00 lub w godzinach dostosowanych do potrzeb prawidłowego funkcjonowania laboratorium, w szczególności punktu pobrań) ustala Kierownik zespołu techników analityki medycznej. Diagnostów laboratoryjnych pracują w godzinach dyżurowych (14:00-8:00) zgodnie z harmonogramem opracowanym przez Kierownika Medycznego Laboratorium Diagnostycznego:
 - 1) Materiał do badań pobiera personel właściwego oddziału ściśle przestrzegając wskazówek Laboratorium co do sposobu pobierania i przesyłania. Wyjątek stanowią badania ustalone

przez Kierownika Laboratorium, do których materiał pobiera upoważniony personel danej pracowni.

2) Materiału od pacjentów laboratoryjnych pobiera personel Medycznego Laboratorium Diagnostycznego.

3) Materiał pobierany jest na podstawie skierowania wypełnionego zgodnie z obowiązującymi procedurami oraz na życzenie pacjentów wykonujących badania odpłatne.

4) Medyczne Laboratorium Diagnostyczne może odmówić przyjęcia materiału nieodpowiednio pobranego, opisanego lub nieodpowiednio zabezpieczonego, albo też zażądać powtórnego dostarczenia materiału, bądź pobrać materiał przez personel Działu.

5) Przyjmowanie materiału do badań odbywa się w systemie ciągłym całodobowym.

6) Medyczne Laboratorium Diagnostyczne wykonuje badania ściśle wg procedur i instrukcji roboczych opracowanych przez producentów odczynników i analizatorów.

7) Medyczne Laboratorium Diagnostyczne wykonuje badania pilne możliwie szybko w pierwszej kolejności.

8) Medyczne Laboratorium Diagnostyczne w celu poszerzenia oferty badań współpracuje (zawarte umowy) z podwykonawcami wykonującymi badania specjalistyczne.

9) Wyniki badań dostępne są w systemie informatycznym szpitala oraz wydawane są w formie papierowej na wydrukach komputerowych. Wyniki badań zawierają treści i informacje zgodnie z obowiązującymi przepisami prawnymi i procedurami szpitala.

10. Kierownik Laboratorium sprawuje nadzór nad kształceniem przed i podyplomowym diagnostów laboratoryjnych. Kierownik zespołu techników sprawuje nadzór nad kształceniem przed i podyplomowym techników analityki medycznej i pielęgniarek.

11. Medyczne Laboratorium Diagnostyczne uczestniczy w badaniach klinicznych – wykonuje badania zlecane przez lekarzy w ramach badań klinicznych.

12. Pozostałe zadania oddziału realizowane są w oparciu o ogólne zasady funkcjonowania szpitala.

III. Zadania Laboratorium:

1. Pobieranie krwi do badań oraz przyjmowanie materiału do badań pobranego poza Działem.

Materiał pobierany i przyjmowany jest na podstawie skierowań lub na życzenie pacjentów wykonujących badania odpłatne.

2. Wykonywanie badań z zakresu analityki medycznej w systemie całodobowym.

3. Wydawanie wyników badań na odpowiednich drukach lub wydrukach komputerowych zaopatrzonych w nazwę Działu, nazwisko osoby wykonującej oraz pieczętkę i podpis osoby walidującej.

4. Prowadzenie systematycznej kontroli wewnątrzlaboratoryjnej.

5. Uczestnictwo w kontroli zewnątrz laboratoryjnej oceniającej poprawność wykonywanych badań w Dziale.

6. Prowadzenie dokumentacji wykonywanych badań, przechowywanie dokumentacji skierowań i wyników badań ze szczególnym uwzględnieniem ochrony danych osobowych w niej zawartych.

7. Planowanie zaopatrzenia Działu w niezbędne odczynniki służące do wykonywania badań.

8. Prowadzenie dokumentacji stanu magazynu odczynnikowego.
9. Zabezpieczenie przechowywania odczynników zgodnie z instrukcjami i obowiązującymi procedurami.
10. Szkolenie personelu medycznego.
11. Współpraca z podwykonawcami wykonującymi badania specjalistyczne.
12. Pozostałe zadania oddziału realizowane są w oparciu o ogólne zasady funkcjonowania szpitala

I. Struktura organizacyjna :

1. Pracownia Radiologii Klasycznej (2 pracownice rtg i aparaty przyłóżkowe).
2. Pracownia badań naczyniowych i radiologii zabiegowej.
3. Pracownia USG i biopsji cienkoigłowej.
4. Pracownia USG i diagnostyki inwazyjnej.
5. Pracownia mammografii.

II. Organizacja działu:

1. Pracą personelu lekarskiego kieruje Kierownik, który jest zastępowany przez zastępcę kierownika .
2. Pracą personelu pielęgniarskiego kieruje pielęgniarka koordynująca zastępowana przez wyznaczoną pielęgniarkę po uzgodnieniu z Kierownikiem Działu.
3. Pracą personelu techników elektroradiologii kieruje koordynator zespołu techników, zastępowany przez wyznaczonego technika elektroradiologii, po uzgodnieniu z Kierownikiem Działu.
4. Pracą rejestratorów medycznych kieruje kierownik Działu lub osoba przez niego wyznaczona.
5. Nadzór bieżący nad realizacją zadań zleconych podwykonawcom w zakresie żywienia, utrzymania higieny, transportu sprawuje pielęgniarka i technik koordynujący.
6. Zabezpieczenie poszczególnych pracowni Działu Diagnostyki Obrazowej realizowane jest zgodnie z harmonogramem sporządzonym przez Kierownika Działu, Technika koordynującego i Pielęgniarkę koordynującą (po akceptacji Kierownika Działu).
7. Zabezpieczenie poszczególnych pracowni działu zgodnie z harmonogramem sporządzonym przez Kierownika Działu, Technika koordynującego i pielęgniarkę koordynującą (po akceptacji Kierownika Działu).
8. Kwalifikacji pacjentów realizowana jest przez lekarza oddziału kierującego na badanie/zabieg, dodatkowa weryfikacja przez lekarza Działu Diagnostyki Obrazowej wykonującego badanie/zabieg.
9. Udział lekarzy w zespole urazowym, reanimacyjnym, transplantacyjnym, i innych realizowana jest zgodnie z procedurami wewnątrzszpitalnymi.
10. Konsultacje specjalistyczne udzielane są przez Kierownika Działu, jego zastępcę lub lekarza z specjalizacją z radiologii i diagnostyki obrazowej.
11. Konsultacje pilne - w dniu zlecenia, planowe - w dniu zlecenia lub w dniu następnym
12. Nadzór nad kształceniem podyplomowym lekarzy prowadzi ordynator i kierownicy

specjalizacji. Nadzór nad kształceniem przed i podyplomowym pielęgniarek prowadzi pielęgniarka oddziałowa lub inna osoba wskazana odrębną umową.

13. Za realizację badania klinicznego odpowiada Badacz. Badanie kliniczne może być prowadzone w oddziale szpitalnym lub poradni specjalistycznej po spełnieniu następujących warunków:

- 1) uzyskanie pozytywnej opinii Zespołu ds. realizacji eksperymentów klinicznych,
- 2) zawarcie umowy trójstronnej pomiędzy Szpitalem, Badaczem i Sponsorem.

14. Pozostałe zadania oddziału realizowane są w oparciu o ogólne zasady funkcjonowania szpitala.

III. Zadania działu:

Dział wykonuje badania pełnoletnim pacjentom szpitalnym i ambulatoryjnym z terenu całego województwa, godziny pracy poszczególnych pracowni realizowane są zgodnie z harmonogramem pracy, obowiązują skierowania (zgodnie z ustawą).

1. W zakresie pracowni radiologii klasycznej:

- 1) zdjęcia rtg całego układu kostno-stawowego – wszystkie projekcje,
- 2) zdjęcia rtg klatki piersiowej, jamy brzusznej, miednicy,
- 3) badania kontrastowe przewodu pokarmowego, cholangiografie śród i pooperacyjne,
- 4) badanie kontrastowe układu moczowego,
- 5) badanie drożności jajowodów - HSG,
- 6) badanie rtg noworodków.

2. W zakresie pracowni badań naczyniowych i radiologii zabiegowej (badania wykonywane dorosłym):

- 1) panangiografia (3 lub 4 naczynia) naczyń mózgowych,
- 2) arteriografia kończyn dolnych m. Seldingera,
- 3) arteriografia kończyn dolnych – z podaniem kontrastu dożylnie,
- 4) aortografia + arteriografia wybiórcze tętnic brzusznych, miednicy i klatki piersiowej,
- 5) cavografia (badanie cewnikowe),
- 6) flebografia kończyn dolnych i górnych,
- 7) angioplastyka, stentowanie tętnic obwodowych, szyjnych (z użyciem neuroprotekcji), trzewnych,
- 8) embolizacja (naczyń nerkowych, macicznych, biodrowych, innych) w przebiegu krwawień, nacieków nowotworowych, tętniaków, malformacji
- 9) embolizacja tętniaków mózgu, malformacji naczyniowych,
- 10) implantacje filtrów do żyły głównej dolnej,

- 11) zabiegi naprawcze w przebiegu tętniaków aorty piersiowej, brzusznej, jej rozwarstwienia z implantacją stent-graftu,
 - 12) inne badania i zabiegi z zakresu radiologii interwencyjnej.
3. W zakresie pracowni mammografii:
- 1) mammografia,
 - 2) galaktografia,
 - 3) badania przesiewowe w ramach umowy z NFZ (screening),
 - 4) badania weryfikujące, konsultacje radiologiczne,
 - 5) oznaczenie zmian ogniskowych w piersi z użyciem izotopów (ROLL), markerów metalowych („kotwiczek”).
4. W zakresie pracowni ultrasonografii i biopsji cienkoigłowej:
- 1) wykonywanie badań diagnostycznych USG w tym Doppler dla potrzeb Szpitala i pacjentów z zewnątrz ze skierowaniem,
 - 2) wykonywanie biopsji cienkoigłowej dla pacjentów Szpitala oraz pacjentów z zewnątrz ze skierowaniem.
5. W zakresie pracowni USG i diagnostyki inwazyjnej:
- 1) wykonywanie badań diagnostycznych USG, w szczególności piersi i naczyń dla potrzeb Szpitala i pacjentów z zewnątrz,
 - 2) wykonywanie biopsji cienko i gruboigłowych zmian ogniskowych piersi oraz narządów położonych powierzchownie dla potrzeb Szpitala i pacjentów z zewnątrz,
 - 3) przedoperacyjne oznaczenie zmian ogniskowych piersi za pomocą radioizotopów,
 - 4) wykonywanie badań USG piersi i konsultacje radiologiczne,
6. We wszystkich pracowniach Działu:
- 1) szkolenia personelu medycznego (lekarzy radiologów w trakcie specjalizacji, lekarzy innych specjalizacji, techników radiologii),
 - 2) weryfikacja badań dostarczonych, konsultacje radiologiczne, także z zakresu radiologii zabiegowej.

I. Struktura organizacyjna zakładu:

1. pracownia ogólna,
2. pracownia posiewów i rejestracji badań.
- 3.

II. Organizacja oddziału:

1. Pracą personelu kieruje kierownik zakładu (specjalista mikrobiologii).
2. Kierownik jest zastępowany przez zastępcę kierownika (specjalista mikrobiologii klinicznej), w szczególnych przypadkach przez wskazanego asystenta.
3. Czas pracy laboratorium:
 - 1) Laboratorium, w dni robocze, otwarte jest w godzinach 7³⁰ – 15⁰⁵.W soboty i święta dyżury pełnią : asystenci i technicy od godz. 8⁰⁰ (czas pracy uzależniony od ilości badań, minimum do 11⁰⁰).
4. Godziny przyjmowania materiałów do badań:
 - 1) Przyjmowanie badań od osób prywatnych lub z poradni poza-szpitalnych 7³⁵ – 15⁰⁰ w dni robocze a podczas dyżurów 8⁰⁰ – 11⁰⁰.
 - 2) Materiały do badań pochodzące od pacjentów szpitala i poradni szpitalnych przynoszone są przez cały tydzień i całą dobę do wydzielonej służby (wejście na kod) i segregowane wg wskazań (chłodziarka: płwocina, materiał z bronchoskopii, wydzielina z dróg oddechowych, BAL-e, mocze; cieplarka: krew, płyn mózgowo – rdzeniowy, błat: wymazówki transportowe – w służbie zamieszczona jest instrukcja)
 - 3) Materiały odbierane są ze służby, przez personel laboratorium i na bieżąco rejestrowane oraz posiewane na podłoża wzrostowe.
 - 4) Materiał do badań pobiera przeszkolony personel oddziału lub przychodni (lekarze lub pielęgniarki) lub sami pacjenci (mocze).
 - 5) Instrukcja pobierania, transportu i przechowywania materiałów do badań mikrobiologicznych są dostępne na wszystkich oddziałach (IA 1 „Pobieranie, transport i przechowywanie materiałów do badań mikrobiologicznych”) oraz na stronie internetowej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego.
 - 6) Poza godzinami pracy i w dni wolne badania pobierane są na podłoża transportowe i zostawiane w służbie, zgodnie z instrukcjami dostępnymi na oddziałach.
5. Wydawanie wyników i czas oczekiwania na wynik:
 - 1) Czas oczekiwania na wyniki uzależniony jest od rodzaju pobranego materiału oraz specyfiki wyhodowanych szczepów bakteryjnych i wynosi od 1 do 7 dni.
 - 2) Wyniki po autoryzacji wydawane są w formie elektronicznej poprzez sieciowy system komputerowy - na oddziały i poradnie podłączone do sieci oraz w formie dokumentu „Wynik Badania”.
 - 3) Pacjenci prywatni oraz z poradni zewnątrz-szpitalnych otrzymują oraz szpitalnych nie podłączonych jeszcze do sieci informatycznej otrzymują wyniki w postaci dokumentu „Wynik Badania”.
6. Rejestracja materiału do badań:
 - 1) Za rejestracją badań odpowiedzialna jest rejestratorka lub osoba ją zastępująca.
 - 2) Materiał do badań z oddziałów, po okodowaniu i zleceniu w formie elektronicznej, dostarczany jest do służby Zakładu Bakteriologii.
 - 3) Nieokodowany materiał do badania przyjmowany jest wraz ze Zleceniem Badania Mikrobiologicznego **SZJ F-31**.
 - 4) Badania rejestrowane są w komputerowym systemie informatycznym (po sprawdzeniu

zgodności przesyłu z opisem na przesłanej próbie).

7. Sposoby wydawania i przechowywania wyników:

- 1) Każdy wynik wychodzący z Zakładu Bakteriologii zapisywany jest w komputerowym programie statystycznym będącym elementem sieci informatycznej.
- 2) Wpis zawiera informację o wynikach posiewów, komentarz do badania, opis wykonywanych procedur (koszty badania), dane osoby wpisującej oraz autoryzującej wynik.
- 3) Po autoryzacji wyniki są przesyłane na oddziały poprzez sieć informatyczną oraz wydawane są jako wydruki (opatrzone pieczętką i podpisem osoby autoryzującej)
- 4) Wyniki w formie pisemnej segregowane są na poszczególne oddziały (opisane przegródki w śluzie) i odbierane przez upoważniony personel.
- 5) Wyniki badań wykonanych dla osób prywatnych lub z poradni wydawane są bezpośrednio w Zakładzie Bakteriologii w godzinach pracy Zakładu. W razie konieczności, na prośbę pacjenta, istnieje możliwość odbioru wyników w punkcie rejestracji Laboratorium Analitycznego. W przypadku odbioru wyników przez osoby trzecie, wymagane jest upoważnienie podpisane przez adresata wyniku (wg wzoru lub odręczne)

III. Zadania zakładu:

1. Diagnostyka mikrobiologiczna materiałów biologicznych pod kątem zakażeń wywołanych przez:

- 1) bakterie tlenowe,
- 2) bakterie beztlenowe,
- 3) grzyby drożdżopodobne.

2. Diagnostyka obejmuje:

- 1) identyfikację czynnika etiologicznego zakażenia,
- 2) określenie lekowrażliwości,
- 3) wykrywanie mechanizmów oporności.

3. Wykrywanie obecności toksynotwórczych szczepów *Clostridium difficile*.

4. Wykrywanie czynnika wskaźnikowego stanu zapalnego jelit – laktoferyny.

5. Wykrywanie nosicielstwa bakterii uznawanych za patogeny alarmowe.

6. Badanie stanu higieny środowiska szpitalnego.

7. Wykonywanie statystycznych analiz rozkładu występowania chorobotwórczych drobnoustrojów na poszczególnych oddziałach (mapa epidemiologiczna) oraz analiza zmian wzorów oporności.

8. Współpraca z Zespołem d/s Zakażeń Szpitalnych.

9. Udział w programie czynnego monitoringu zakażeń szpitalnych.

10. Udział w ogólnopolskim programie ochrony antybiotyków.

11. Udział w pracach Zespołu ds. Antybiotykoterapii.

12. Udział w pracach Komitetu Terapeutycznego.

13. Udział w programie szkoleń personelu średniego i wyższego szpitala.

14. Prowadzenie obowiązującej dokumentacji

I. Struktura organizacyjna:

1. pracownia histopatologiczna,
2. pracownia cytologiczna,
3. pracownia barwień specjalnych (histochemicznych),
4. pracownia barwień immunohistichemicznych,
5. pracownia badań autopsyjnych,
6. prosektorium.

II. Zadania:

1. Wykonywanie badań:
 - a) histopatologicznych,
 - b) histochemicznych,
 - c) immunohistochemicznych,
 - d) cytologicznych,
 - e) śródoperacyjnych,
2. Wykonywanie biopsji cienkoigłowych.
3. Wykonywanie sekcji zwłok.
4. Archiwizacja:
 - a) wyników histopatologicznych,
 - b) protokołów sekcyjnych,
 - c) preparatów histopatologicznych,
 - d) bloczków parafinowych.
5. Szkolenie pracowników medycznych.
6. Prowadzenie obowiązującej dokumentacji.

I. Struktura organizacyjna:

1. pracownia immunologii transfuzjologicznej,
2. bank krwi.

II. Zadania w zakresie Pracowni:

1. Przyjmowanie materiału do badań pobranego poza pracownią.
2. Wykonywanie badań z zakresu immunologii transfuzjologicznej pacjentom Szpitala i ambulatoryjnym.
3. Zaopatrzenie Szpitala w krew i jej składników poprzez sprowadzanie z jednostek przygotowujących w/w preparaty.
4. Prowadzenie dokumentacji przychodu i rozchodu krwi i jej składników.
5. Prowadzenie dokumentacji wykonywanych badań immunohepatologicznych.
6. Udzielanie konsultacji w zakresie krwiolecznictwa.
7. Badanie przyczyn odczynów poprzetoczeniowych w porozumieniu z Regionalnym Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa.
8. Prowadzeniem dokumentacji medycznej oraz innej dokumentacji obowiązującej w Szpitalu.
9. Przechowywanie dokumentacji zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 191 z dnia 19.10.2005 r.), ze szczególnym uwzględnieniem ochrony danych osobowych w niej zawartych.
10. Szkolenie personelu medycznego.

III. Zadania w zakresie Banku Krwi:

1. Składanie zamówień na krew i jej składników w RCK i K (wg zapotrzebowań napływających z oddziałów Szpitala).
2. Odbiór preparatów krwiopochodnych przesłanych z RCK i K i przechowywanie tych preparatów do czasu wydania ich na oddział szpitalny.
3. Przechowywanie zapasów krwi i jej składników na potrzeby Szpitala.
4. Wydawanie krwi i jej składników do oddziałów szpitalnych.
5. Prowadzenie dokumentacji przychodów i rozchodów krwi i jej składników.
6. Prowadzenie innej obowiązującej dokumentacji.
7. Szkolenie personelu.

I. Struktura organizacyjna:

1. Gabinet lekarski.
2. Gabinet diagnostyczno-zabiegowy o profilu medycyna rodzinna:
 - a) punkt szczepień

II. Zadania lekarza podstawowej opieki zdrowotnej:

1. Porada lekarska udzielana w warunkach ambulatoryjnych.
2. Porada lekarska udzielana w domu świadczeniobiorcy, w przypadkach uzasadnionych medycznie.
3. Świadczenia w ramach profilaktyki w tym chorób układu krążenia, układu ruchu, pokarmowego, oddechowego.
4. Sprawowanie opieki nad pacjentami z chorobami przewlekłymi.
5. Świadczenia medycznej diagnostyki laboratoryjnej lub diagnostyki obrazowej i nie obrazowej.
6. Szczepienia ochronne realizowane zgodnie z zasadami określonymi w przepisach o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.
7. Oświata zdrowotna.

III. Zadania pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej:

1. Wizyta realizowana w domu świadczeniobiorcy, w przypadkach uzasadnionych medycznie.
2. Wizyta realizowana w warunkach ambulatoryjnych.
3. Świadczenia w ramach profilaktyki gruźlicy.
4. Oświata zdrowotna.

IV. Zadania gabinetu diagnostyczno-zabiegowego o profilu medycyna rodzinna wraz z punktem szczepień, należy w szczególności:

1. Podawanie leków zleconych przez lekarza, w tym wykonywanie iniekcji dożylnych, domięśniowych i podskórnych.
2. Pomiary ciśnienia tętniczego krwi.
3. Wykonywanie opatrunków.
4. Planowanie i wykonywanie szczepień ochronnych obowiązkowych i zalecanych
5. Prowadzenie edukacji zdrowotnej
6. Prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami.

Załącznik Nr 8.36 ZADANIA GABINETU DIAGNOSTYCZNO- ZABIEGOWEGO

1. W strukturze Szpitala znajdują się następujące gabinety diagnostyczno-zabiegowe:

1)gabinet diagnostyczno-zabiegowy o profilu (mieszczący się przy ul. Żołnierskiej 16a):

- i) chirurgia ogólna,
- j) chirurgia onkologiczna,
- k) chirurgia naczyniowa,
- l) neurochirurgia,
- m) kardiochirurgia,
- n) choroby wewnętrzne,
- o) choroby zakaźne,
- p) nefrologia,

2)gabinet diagnostyczno-zabiegowy o profilu (mieszczący się przy ul. Żołnierskiej 18):

- c) otolaryngologia,
- d) okulistyka,

3)gabinet diagnostyczno-zabiegowy o profilu (mieszczący się przy ul. Żołnierskiej 18):

- c) położnictwo i ginekologia,
- d) ginekologia onkologiczna,

4)gabinet diagnostyczno-zabiegowy o profilu (mieszczący się przy ul. Żołnierskiej 16b):

- c) chirurgia onkologiczna,
- d) okulistyka,

5)gabinet diagnostyczno-zabiegowy o profilu ortopedia i traumatologia narządu ruchu (mieszczący się przy ul. Żołnierskiej 18):

2. Do zadań Gabinetu diagnostyczno-zabiegowego należy w szczególności wykonywanie zabiegów, opatrunków, badań, podawania leków różnymi drogami i pomiarów parametrów życiowych pacjenta.

Załącznik Nr 9 STRUKTURA I ZADANIA KOMÓREK O CHARAKTERZE ADMINISTRACYJNYM

Załącznik Nr 9.1 ZADANIA DZIAŁU KSIĘGOWOŚCI

1. Koordynacja problematyki finansowo – ekonomicznej poszczególnych komórek organizacyjnych Szpitala.
2. Dokonywanie rocznej analizy ekonomicznej i tematycznych analiz okresowych ze szczególnym uwzględnieniem kształtowania się kosztów i przychodów wg miejsc ich powstawania.
3. Prowadzenie księgowości z likwidaturą i kasą. Wystawianie faktur dla poszczególnych odbiorców usług medycznych i innej sprzedaży.
4. Prowadzenie ewidencji analitycznej kosztów według miejsc ich powstania.
5. Prowadzenie ewidencji składników majątkowych oraz spraw związanych z inwentaryzacją.
6. Rozliczanie ilościowo – wartościowo magazynów. Rozliczanie remanentów.
7. Prowadzenie i rozliczanie z kontrahentami wzajemnych rozliczeń i ustalanie sald.
8. Prowadzenie obsługi bankowej.
9. Sprawowanie kontroli formalno – rachunkowej.
10. Sporządzanie sprawozdawczości finansowej.

Załącznik Nr 9.2 ZADANIA DZIAŁU SŁUŻBY PRACOWNICZEJ

I. Działem kieruje – Kierownik.

II. Podległość służbowa Kierownika – Dyrektor.

III. Zastępstwo podczas nieobecności Kierownika – wyznaczony pracownik Działu.

IV. Struktura organizacyjna Działu:

- a) sekcja kadr,
- b) stanowisko ds. umów o świadczenie usług medycznych,
- c) archiwum akt osobowych i dokumentów niemedycznych.

VI. Do zadań Działu należy:

1. Przygotowywanie dokumentów związanych z zawieraniem i rozwiązywaniem umów o pracę, zmiana stanowisk pracy i płacy oraz innych dokumentów kadrowych.
2. Prowadzenie ewidencji pracowników i osób zatrudnionych na podstawie umów o pracę, akt osobowych oraz spraw związanych z czasową niezdolnością do pracy, wydawanie legitymacji i zaświadczeń o zatrudnieniu.
3. Kontrola porządku i dyscypliny pracy.
4. Opracowywanie sprawozdań, informacji i wykazów z zakresu zatrudnienia
5. Współdziałanie z organami administracji państwowej, samorządowej np. PFRON (przygotowywanie comiesięcznych informacji o zatrudnieniu osób niepełnosprawnych), Urzędami Pracy, NFZ, samorządami zawodowymi, PIP (co miesięczne informacje o ilości zawartych umów).
6. Przygotowywanie i obsługa konkursów na stanowiska kierownicze, nadzór nad dokumentacją konkursową.
7. Prowadzenie spraw związanych z wykorzystywaniem zakładowego funduszu socjalnego obsługa Komisji Socjalnej.
8. Prowadzenie spraw zatrudnienia stażystów i rezydentów we współpracy z Ministerstwem Zdrowia i Urzędem Marszałkowskim. Przygotowywanie i rozliczanie umów.
9. Zawieranie umów zleceń, umów o dzieło i umów o wolontariat.
10. Przygotowanie druków ZUS dla przyjmowanych, zwalnianych i aktualnie zatrudnianych pracowników.
11. Gromadzenie dokumentacji pracowniczej przy przechodzeniu na rentę, emeryturę oraz wyliczeniu kapitału początkowego.
12. Opracowywanie wzorów umów, przygotowywanie umów, gromadzenie dokumentacji i prowadzenie akt osobowych oraz sprawozdawczości dotyczącej zawartych umów na udzielanie świadczeń medycznych.

13. Zawieranie umów z podmiotami zewnętrznymi na badania diagnostyczne.
14. Nadzór nad wykonywaniem umów cywilnoprawnych w zakresie prawidłowości wystawionych rachunków przez podmioty świadczące usługi medyczne.
15. Organizowanie i nadzór nad dokumentacją konkursów ofert na świadczenie usług medycznych.
16. Przeprowadzanie i monitorowanie procesów: ocena pracowników i adaptacja zawodowa.
17. Przeprowadzanie szkoleń wewnętrznych dla pracowników Szpitala z zakresu prawa pracy i problematyki ubezpieczeń społecznych.
18. Praca nad doskonaleniem procedur jakościowych związanych z problematyką zatrudnienia pracowników.
19. Współpraca ze Związkami Zawodowymi, działającymi na terenie Szpitala – przygotowanie informacji.
20. Przygotowanie wniosków o odznaczenia dla pracowników.
21. Prowadzenie archiwum akt osobowych i dokumentów niemedycznych (przyjmowanie, przechowywanie i kasacja).
22. Współpraca ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Szpitala w trakcie realizacji zadań.
23. Udział w szkoleniach.

Załącznik Nr 9.3 ZADANIA DZIAŁU ZARZĄDZANIA, MARKETINGU I PROMOCJI

I. Działem kieruje – Kierownik.

II. Podległość służbowa kierownika – Z-ca Dyrektor ds. Ekonomiczno-Finansowych.

III. Zastępstwo podczas nieobecności kierownika – wyznaczony pracownik Działu.

IV. Zadania kierownika Działu Zarządzania, Marketingu i Promocji:

1. Kierowanie pracą podległych pracowników w sposób zapewniający nieprzerwaną ciągłość realizacji zadań oraz sprawowanie bieżącego nadzoru i kontroli nad zadaniami przez nich realizowanymi.
2. Nadzór i kontrola nad terminowym wykonywaniem powierzonych zadań przez przełożonych.
3. Współpraca z kierownikami komórek organizacyjnych szpitala.
4. Współpraca z instytucjami zewnętrznymi.
5. Odpowiedzialność za dokumentację organizacyjno-zarządczą.
6. Znajomość i przestrzeganie obowiązujących przepisów prawa, zarządzeń i instrukcji wewnętrznych oraz zapoznawanie z nimi pracowników.
7. Przestrzeganie przepisów dotyczących BHP i p/poż. oraz zapoznawanie z nimi pracowników.
8. Prowadzenie korespondencji.
9. Nadzór nad prawidłowym i racjonalnym wykorzystaniem sprzętu i wyposażenia działu.
10. Nadzór nad zabezpieczaniem danych i dokumentów źródłowych Szpitala.
11. Przeciwdziałanie w powstawaniu strat, kradzieży, nadużyć i marnotrawstwa.
12. Przestrzeganie dyscypliny pracy i egzekwowanie jej od pracowników.

V. Do zadań Działu w zakresie organizacji i zarządzania w szczególności należy:

1. Wnioskowanie zmian w statucie szpitala i nadzór nad aktualizacją statutu szpitala.
2. Opracowanie i aktualizacja regulaminu organizacyjnego szpitala.
3. Opracowanie i wdrożenie procedury zarządzania projektami.
4. Przygotowywanie spotkań Rady Społecznej oraz utrzymywanie kontaktów z członkami Rady Społecznej.
5. Przygotowywanie uchwał Rady Społecznej, protokołów ze spotkań oraz innych informacji o działalności szpitala.
6. Współpraca z Wydziałem Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego – składanie wniosków o wpis zmian w szpitalu do rejestru wojewody.
7. Opracowywanie listów, sprawozdań, budżetów, oficjalnych pism związanych z działalnością szpitala do Urzędu Marszałkowskiego oraz innych instytucji.
8. Prowadzenie rejestrów dokumentacji związanej z funkcjonowaniem szpitala.
9. Nadzorowanie dokumentacji organizacyjno-zarządczej.

10. Opracowywanie sprawozdania rocznego z działalności szpitala.
11. Opracowywanie procedur i instrukcji związanych z funkcjonowaniem szpitala.
12. Współpraca z organizacjami rządowymi i pozarządowymi.
13. Wyszukiwanie ofert konkursowych związanych z pozyskiwaniem środków finansowych ze źródeł zewnętrznych.
14. Zbieranie informacji oraz przygotowanie wniosków aplikacyjnych.
15. Współpraca z instytucjami finansującymi w zależności od rodzaju projektu.
16. Realizacja projektów zgodnie z procedurą zarządzania projektami oraz z zawartymi umowami.

VI. Do zadań Działu w zakresie marketingu i promocji w szczególności należy:

1. Analiza uczestników rynku usług medycznych.
2. Rozpoznawanie potrzeb i możliwości korzystania społeczeństwa z usług medycznych.
3. Przeprowadzanie badań satysfakcji pacjentów z usług świadczonych w szpitalu oraz ich analiza.
4. Przygotowanie ofert sprzedaży usług szpitalnych prywatnym gabinetom medycznym, innym szpitalom, itp.
5. Koordynacja przyjmowania pacjentów w ramach turystyki medycznej zgodnie z zawartymi umowami.
6. Moderowanie strony internetowej.
7. Przygotowanie do druku cennika zewnętrznego szpitala.
8. Opracowywanie ankiet jako narzędzi analitycznych w zależności od potrzeby.
9. Redagowanie kwartalnika szpitalnego „Puls Szpitala”.
10. Kontakty z mediami (przygotowywanie materiałów dla prasy, TV, radia).
11. Dbłość o wizerunek szpitala (bieżące uzupełnianie i aktualizacja tablic i oznaczeń informacyjnych na terenie szpitala).
12. Organizowanie spotkań integracyjnych i okolicznościowych.
13. Przygotowywanie folderów, ulotek, broszur, plakatów, zaproszeń, dekoracji okolicznościowych.
14. Przygotowywanie wystawy fotograficznej w holu Szpitala.
15. Przygotowywanie ankiet i dodatkowych materiałów do rankingów i audytów zewnętrznych.
16. Nawiązywanie współpracy z organizacjami rządowymi i pozarządowymi.
17. Współpraca z placówkami edukacyjnymi.
18. Nawiązywanie partnerstwa krajowego i zagranicznego.
19. Aktualizacja Biuletynu Informacji Publicznej.
20. Prowadzenie archiwum prasowego.

VII. Inne zadania:

1. Przygotowanie sprawozdania rocznego z pracy Działu.
2. Przygotowanie planu pracy Działu na dany rok.
3. Współpraca ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi szpitala w trakcie realizacji zadań.
4. Udział w szkoleniach.

Załącznik Nr 9.4 ZADANIA DZIAŁU ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH I ZAOPATRZENIA

I. Działem kieruje – Kierownik.

II. Podległość służbowa Kierownika – Z-ca Dyrektora ds. Administracyjno-Finansowych.

III. Zastępstwo podczas nieobecności Kierownika – wyznaczony pracownik Działu.

IV. Do zadań Kierownika Działu Zamówień Publicznych i Zaopatrzenia należy w szczególności:

1. Kierowanie pracą podległych pracowników w sposób zapewniający nieprzerwaną ciągłość realizacji zamówień publicznych oraz sprawowanie bieżącego nadzoru i kontroli nad zadaniami przez nich realizowanymi.
2. Kierowanie wniosków dotyczących postępowań o udzielanie zamówień publicznych do Dyrektora Naczelnego lub Z-ca Dyrektora ds. Administracyjno-Finansowych.
3. Nadzór i kontrola nad terminowym wykonywaniem powierzonych zadań przez przełożonych.
4. Nadzór nad całokształtem gospodarki magazynowej – współodpowiedzialność materialna kierownika i pracowników magazynów.
5. Odpowiedzialność za dokumenty dotyczące zamówień publicznych i zaopatrzenia oraz ekspedycji towarów.
6. Znajomość i przestrzeganie obowiązujących przepisów prawa, zarządzeń i instrukcji wewnętrznych oraz zapoznawanie z nimi pracowników.
7. Przestrzeganie przepisów dotyczących BHP i p/poż. oraz zapoznawanie z nimi pracowników.
8. Prowadzenie korespondencji.
9. Nadzór nad prawidłowym i racjonalnym wykorzystaniem sprzętu i wyposażenia działu.
10. Nadzór nad zabezpieczeniem danych i dokumentów źródłowych Szpitala.
11. Przeciwdziałanie w powstawaniu strat, kradzieży, nadużyć i marnotrawstwa.
12. Przestrzeganie dyscypliny pracy i egzekwowanie jej od pracowników.

V. Do zadań Działu w zakresie zamówień publicznych w szczególności należy:

- a) Przestrzeganie przepisów określonych w Ustawie Prawo Zamówień Publicznych.
- b) Prowadzenie postępowania na dostawy, usługi i roboty budowlane zgodnie z obowiązującym regulaminem postępowania w sprawach o zamówienia publiczne.
- c) Przyjmowanie i ewidencjonowanie wniosków o udzielanie zamówienia publicznego.
- d) Ustalenie na podstawie ustawy Prawo zamówień publicznych trybu, w jakim może być udzielone zamówienie publiczne.
- e) Dokonywanie wyboru i opracowywanie materiałów niezbędnych do udzielania zamówienia we współpracy z osobą, która złożyła wniosek (np. specyfikacja techniczna, wycena).

- f) Wszczytanie postępowania w trybie ustawy Prawo zamówień publicznych przez dokonywanie wszystkich czynności wymaganych przepisami ustawy we współpracy z osobą, która złożyła wniosek.
- g) Współpraca z komisją przetargową w zakresie zapewniającym właściwą realizację zamówień publicznych:
 - a) opracowywanie projektów specyfikacji istotnych warunków zamówień oraz innych dokumentów związanych z udzielaniem zamówień publicznych,
 - b) przygotowywanie projektów umów w wyniku zakończenia procedur zamówień publicznych zaopiniowanych przez radcę prawnego oraz przedłożenia ich do akceptacji Dyrektorowi Nacelnemu lub Z-cy Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych,
 - c) analiza wnoszonych odwołań oraz przygotowywanie projektów odpowiedzi na wniesione odwołania,
 - h) Współdziałanie z Urzędem Zamówień Publicznych w ramach obowiązków wynikających z ustawy Prawo zamówień publicznych.
 - i) Prowadzenie rejestru postępowań o udzielanie zamówień publicznych.
 - j) Prowadzenie dokumentacji oraz protokołu postępowania o zamówienia publiczne.
 - k) Sporządzanie odpisów dokumentacji przetargowej oraz wydawanie jej na wniosek wykonawców.
 - l) Przygotowywanie zawiadomień o wyborze wykonawcy w prowadzonych postępowaniach o udzielanie zamówienia publicznego.
 - m) Kompletowanie oraz archiwizacja dokumentacji w zakresie zamówień publicznych.
 - n) Opracowanie projektów przepisów wewnętrznych i zarządzeń dotyczących realizacji zamówień publicznych.
 - o) Udzielanie wskazówek i porad poszczególnym komórkom organizacyjnym w zakresie zamówień publicznych.
 - p) Współpraca ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Szpitala w trakcie realizacji zadań.
 - q) Udział w szkoleniach.

VI. Do zadań Działu w zakresie zaopatrzenia w szczególności należy:

1. Zaopatrzenie Szpitala w artykuły potrzebne do prawidłowego funkcjonowania komórek organizacyjnych.
2. Prowadzenie gospodarki magazynowej – kontrola zapasów, składowanie materiałów, rozchodowanie na poszczególne komórki Szpitala (kwit „RW”).
3. Kontrola jakościowa i ilościowa w trakcie odbioru towarów od dostawców oraz w chwili przyjmowania go do magazynu.

4. Realizacja reklamacji.
5. Dostarczenie zakupionego towaru do właściwych magazynów.
6. Prowadzenie zgodnie z przepisami i uregulowaniami wewnętrznymi dokumentacji dotyczącej zakupów, egzekwowanie jej od dostawców i wykonawców.
7. Zbieranie informacji o cenach i potencjalnych dostawcach i wykonawcach.
8. Odpowiedzialność za dokumenty dotyczące zaopatrzenia.
9. Przyjmowanie towaru do magazynu na podstawie faktury, przechowywanie wydawanych zgromadzonych w magazynie artykułów.
10. Rzetelne, zgodne z dokumentacją wydawanie towaru z magazynu.
11. Prowadzenie na bieżąco z należytą starannością dokumentacji magazynowej.
12. Nie przyjmowanie do magazynu towarów nie zamówionych.
13. Odpowiednie zabezpieczenie opakowań zwrotnych przed uszkodzeniem i kradzieżą, dbałość o ich terminowy zwrot.
14. Zabezpieczenie pomieszczeń magazynowych przed pożarem i kradzieżą.
15. Dbłość o odpowiednie przechowywanie powierzonego towaru w tym w szczególności o stan sanitarny i porządek w pomieszczeniach magazynowych.
16. Przestrzeganie obowiązujących normatywów magazynowych oraz zgłaszanie potrzeb i uzupełniania.
17. Bieżąca kontrola terminów przydatności do użycia dostarczonych artykułów.
18. Współpraca z komórkami organizacyjnymi Szpitala w zakresie określania potrzeb i realizacji zamówień.
19. Współpraca z Działem Księgowości w zakresie zabezpieczenia środków finansowych na zakupy.
20. Prowadzenie kartotek wyposażenia osobistego.
21. Udział w szkoleniach.

VII. Magazyny prowadzone przez Dział Zamówień Publicznych i Zaopatrzenia:

1. Magazyn bielizny.
2. Magazyn wyposażenia osobistego.
3. Magazyn gospodarczy.
4. Magazyn środków trwałych.
5. Magazyn techniczny.
6. Magazyn materiałów biurowych i druków.

Załącznik Nr 9.5 ZADANIA DZIAŁU DS. KONTRAKTOWANIA I ROZLICZEŃ

I. Działem kieruje – Kierownik.

II. Podległość służbowa Kierownika – Z-ca Dyrektora ds. Administracyjno-Finansowych.

III. Zastępstwo podczas nieobecności Kierownika – wyznaczony pracownik Działu.

IV. Do zadań Kierownika Działu ds. Kontraktowania i Rozliczeń należy w szczególności:

1. Kierowanie pracą podległych pracowników w sposób zapewniający nieprzerwaną ciągłość realizacji zadań w zakresie kontraktowania i rozliczeń oraz sprawowanie bieżącego nadzoru i kontroli nad zadaniami przez nich realizowanymi.
2. Nadzór i kontrola nad terminowym wykonywaniem powierzonych zadań przez przełożonych.
3. Odpowiedzialność za dokumenty dotyczące kontraktowania i rozliczeń.
4. Znajomość i przestrzeganie obowiązujących przepisów prawa, zarządzeń i instrukcji wewnętrznych oraz zapoznavanie z nimi pracowników.
5. Przestrzeganie przepisów dotyczących BHP i p/poż. oraz zapoznavanie z nimi pracowników.
6. Prowadzenie korespondencji.
7. Nadzór nad prawidłowym i racjonalnym wykorzystaniem sprzętu i wyposażenia działu.
8. Nadzór nad zabezpieczeniem danych i dokumentów źródłowych Szpitala.
9. Przeciwdziałanie w powstawaniu strat, kradzieży, nadużyć i marnotrawstwa.
10. Przestrzeganie dyscypliny pracy i egzekwowanie jej od pracowników.

V. Do zadań Działu w szczególności należy:

1. Obliczanie kosztu leczenia pacjenta nieubezpieczonego na podstawie karty medycznej pacjenta w celu wystawienia rachunku:
 - a) wyjaśnianie zaistniałych niezgodności w medycznej karcie pacjenta,
 - b) zestawienie kosztu leczenia pacjentów do wystawienia faktury.
2. Prowadzenie rozliczenia umów podpisanych z NFZ oraz innymi świadczeniodawcami:
 - a) przyjmowanie, segregowanie, ewidencja druków skierowań,
 - b) uzupełnianie brakujących danych na skierowaniach,
 - c) wyjaśnianie niezgodności zaistniałych w trakcie wprowadzania danych,
 - d) wprowadzanie danych do komputerowej bazy danych za dany miesiąc,
 - e) wygenerowanie raportów statystycznych w celu przesłania ich do NFZ,
 - f) sporządzanie większości sprawozdań wynikających z umów zawartych z NFZ.
3. Przygotowanie, wprowadzanie danych dotyczących składanych ofert do NFZ.

4. Przygotowywanie sprawozdań na potrzeby jednostek zewnętrznych i Dyrekcji Szpitala.
5. Sporządzanie (aktualizacja) cennika procedur odpłatnych WSS.
6. Rozliczanie praktyk lekarskich i pielęgniarskich UWM na podstawie zawartych umów.
7. Rozliczanie i opieka nad pacjentami z Pakietu Leśnik.
8. Rozliczanie szkoleń i kursów pielęgniarek prowadzonych na terenie Szpitala (Kora, OSB, Interrete, Akademia Pomorska ...)
9. Opieka nad pacjentami oraz rozliczanie za wykonanie świadczeń dla ASEKURACJA.
10. Współpraca ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Szpitala w trakcie realizacji zadań.
11. Udział w szkoleniach.

Załącznik Nr 9.6 ZADANIA SEKCJI ZARZĄDZANIA RENTOWNOŚCIĄ ODDZIAŁÓW

I. Sekcją kieruje – Kierownik

II. Podległość służbowa Kierownika – Kierownik Działu ds. Kontraktowania i Rozliczeń.

III. Zastępstwo podczas nieobecności Kierownika – wyznaczony pracownik Działu.

IV. Do zadań Kierownika Sekcji Zarządzania Rentownością Oddziałów:

1. Kierowanie pracą podległych pracowników w sposób zapewniający nieprzerwaną ciągłość realizacji zadań w zakresie poprawności rozliczeń z NFZ w ramach pacjentów hospitalizowanych, realizacji zadań w zakresie kontraktowania i rozliczeń oraz sprawowanie bieżącego nadzoru i kontroli nad zadaniami przez nich realizowanymi.
2. Nadzór i kontrola nad terminowym wykonywaniem powierzonych zadań przez przełożonych.
3. Odpowiedzialność za dokumenty generowane przez pracowników Sekcji.
4. Znajomość i przestrzeganie obowiązujących przepisów prawa, zarządzeń i instrukcji wewnętrznych oraz zapoznawanie z nimi pracowników.
5. Przestrzeganie przepisów dotyczących BHP i p/poż. oraz zapoznawanie z nimi pracowników.
6. Nadzór nad prawidłowym i racjonalnym wykorzystaniem sprzętu i wyposażenia sekcji.
7. Nadzór nad zabezpieczeniem danych i dokumentów źródłowych Szpitala.
8. Przeciwdziałanie w powstawaniu strat, kradzieży, nadużyć i marnotrawstwa.
9. Przestrzeganie dyscypliny pracy i egzekwowanie jej od pracowników.

V. Do zadań Sekcji w szczególności należy:

1. Analiza wyników oddziałów w zależności od potrzeb.
2. Analiza JGP pod względem zysku lub straty dla Szpitala po otrzymaniu danych dotyczących kosztów i przychodów.
3. Weryfikacja poprawności wprowadzania przez sekretarki medyczne leków do systemu komputerowego stosowanych przy realizacji programów lekowych i chemioterapii, które są rozliczane bezpośrednio z NFZ.
4. Weryfikacja poprawności wprowadzania danych do systemu komputerowego przez sekretarki medyczne (procedury medyczne i badania diagnostyczne) zgodnych z informacjami zawartymi w historii choroby, w celu uzyskania optymalnego przychodu.
5. Współpraca z ordynatorem lub lekarzem prowadzącym przy ustalaniu odpowiedniej klasyfikacji hospitalizowanego pacjenta w Systemie „oddział”, w celu uzyskania jak najkorzystniejszego przychodu (JGP, świadczenia do sumowania itp.).
10. Rozliczanie z NFZ dodatkowych procedur zastosowanych w celu leczenia pacjenta, np. przetaczanie krwi, płytek i osocza, żywienie poza i dojelitowe, dializ, plazmaferez, znieczuleń do porodu, immunoglobulin, leków wg kosztów, itp.

11. Przygotowywanie danych do raportów analitycznych oddziałów w zależności od potrzeb.
12. Przygotowywanie sprawozdań na potrzeby jednostek zewnętrznych np. kontroli w zależności od potrzeb.
13. Przygotowywanie sprawozdań na potrzeby jednostek wewnętrznych i Dyrekcji Szpitala.
14. Współpraca ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Szpitala w trakcie realizacji zadań.
15. Obliczanie kosztu leczenia pacjenta nieubezpieczonego na podstawie karty medycznej pacjenta w celu wystawienia faktury:
 - a) wyjaśnianie zaistniałych niezgodności w medycznej karcie pacjenta,
 - b) zestawienie kosztu leczenia pacjentów do wystawienia faktury.
16. Weryfikacja poprawności rozliczeń na podstawie danych wprowadzonych do pacjenta w systemie komputerowym.
17. Sprawozdawanie z realizacji umowy z NFZ.
18. Sporządzanie raportów w zależności od potrzeb.
19. Sporządzanie raportów dla oddziałów z rozliczonych JGP za poprzedni miesiąc i narastająco.
20. Sporządzanie raportów dla oddziałów z niezapłaconych JGP.
21. Wygenerowanie raportów statystycznych w celu przesłania ich do NFZ.
22. Analiza pacjentów mających wykonane badania USG, a skierowanie z poradni przyszpitalnej.
23. Przygotowywanie sprawozdań na potrzeby jednostek zewnętrznych i Dyrekcji Szpitala.
24. Współpraca ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Szpitala w trakcie realizacji zadań.

Załącznik Nr 9.7 STRUKTURA I ZADANIA DZIAŁU STATYSTYKI I DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

I. Działem kieruje – Kierownik

II. Podległość służbowa Kierownika – Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa

III. Zastępstwo podczas nieobecności Kierownika – wyznaczony pracownik Działu

IV. Struktura organizacyjna Działu:

- 1) sekretarki medyczne w oddziałach szpitalnych,
- 2) statystyka medyczna,
- 3) archiwum medyczne.

V. Do zadań Kierownika Działu Statystyki i Dokumentacji Medycznej należy w szczególności:

1. Kierowanie pracą podległych pracowników w sposób zapewniający nieprzerwaną ciągłość realizacji zadań w zakresie statystyki i dokumentacji medycznej oraz sprawowanie bieżącego nadzoru i kontroli nad zadaniami przez nich realizowanymi.
2. Nadzór i kontrola nad terminowym wykonywaniem powierzonych zadań przez przełożonych.
3. Odpowiedzialność za dokumentację pacjentów.
4. Znajomość i przestrzeganie obowiązujących przepisów prawa, zarządzeń i instrukcji wewnętrznych oraz zapoznavanie z nimi pracowników.
5. Przestrzeganie przepisów dotyczących BHP i p/poż. oraz zapoznavanie z nimi pracowników.
6. Prowadzenie korespondencji.
7. Nadzór nad prawidłowym i racjonalnym wykorzystaniem sprzętu i wyposażenia działu.
8. Nadzór nad zabezpieczeniem danych i dokumentów źródłowych Szpitala.
9. Przeciwdziałanie w powstawaniu strat, kradzieży, nadużyć i marnotrawstwa.
10. Przestrzeganie dyscypliny pracy i egzekwowanie jej od pracowników.

VI. Do zadań Działu w szczególności należy:

1. Prowadzenie dokumentacji związanej z pobytem chorych w Szpitalu:
 - a) księgi głównej chorych i innych ksiąg pomocniczych,
 - b) prowadzenie dziennika ruchu chorych w Szpitalu oraz sporządzanie miesięcznych
 - c) i rocznych zestawień ruchu chorych,
 - d) prowadzenie sprawozdawczości i statystyki medycznej zgodnie z Programem Badań Statystycznych Statystyki Publicznej oraz wymaganiami Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) oraz Ministerstwa Zdrowia,
 - e) sporządzanie analiz, sprawozdań i zestawień statystycznych na potrzeby innych komórek organizacyjnych Szpitala,
 - f) kompletowanie i wysyłanie kart zgłoszenia nowotworu złośliwego,

- g) weryfikacja i wysyłanie do Państwowego Zakładu Higieny (PZH) kart statystycznych MZ/Szp-11,
 - h) przyjmowanie historii chorób z pełną dokumentacją przekazywanych przez oddziały.
2. Wykonywanie czynności administracyjnych związanych z pobytem pacjenta w oddziale, m.in.:
- a) zakładanie teczek z historią choroby pacjenta,
 - b) kompletowanie w historii choroby pacjenta z uwzględnieniem chronologii daty dokumentów wszystkich wyników przeprowadzonych badań laboratoryjnych i diagnostycznych zleconych podczas pobytu pacjenta na oddziale, a także weryfikacja poprawności dokumentacji lekarskiej i pielęgniarstwa, pod względem numeru PESEL, danych osobowych pacjenta, pieczęci, itp.,
 - c) sporządzanie karty informacyjnej, po wcześniejszym przygotowaniu przez lekarza oddziału, z załączoną historią choroby,
 - d) przekazywanie karty informacyjnej dla pacjentów,
 - e) systematyczne i skrupulatne ewidencjonowanie w systemie komputerowym wszystkich wyników przeprowadzonych badań laboratoryjnych i diagnostycznych zleconych podczas pobytu pacjenta na oddziale.
 - f) systematyczne i skrupulatne ewidencjonowanie w systemie komputerowym leków, które otrzymuje pacjent podczas pobytu w oddziale, zgodnie z Kartą Zleceń we współpracy z lekarzem prowadzącym,
 - g) ewidencjonowanie w systemie komputerowym terminów przyjęcia pacjentów z podziałem na przyjęcia planowe oraz pilne.
3. Prowadzenie archiwum medycznego:
- a) przyjmowanie dokumentacji medycznej do archiwum Szpitala, zgodnie z obowiązującą instrukcją kancelaryjną oraz instrukcją w sprawie organizacji i zakresu działania Archiwum WSS,
 - b) prowadzenie ewidencji archiwalnej dokumentacji medycznej oraz jej segregowanie i katalogowanie,
 - c) udostępnianie dokumentacji medycznej wewnątrz, jak i na zewnątrz szpitala, zgodnie z obowiązującymi przepisami,
 - d) przechowywanie dokumentacji w warunkach zapobiegających jej zniszczenia i pozwalających na szybkie jej wykorzystanie,
 - e) inicjowanie brakowania dokumentacji niearchiwalnej oraz udział w jej komisijnym brakowaniu,

- f) przygotowanie materiałów archiwalnych do przekazania i udział w ich przekazaniu do właściwego Archiwum Państwowego.

4. Prowadzenie korespondencji:

- a) sporządzanie i terminowe wysyłanie wyciągów i odpisów historii chorych lub odpisów orzeczeń lekarskich z leczenia szpitalnego i ambulatoryjnego na żądanie uprawnionych instytucji,
- b) sporządzanie kserokopii dokumentów na żądanie pacjentów,
- c) pobieranie opłat za sporządzane kopie dokumentacji medycznej,
- d) naliczanie opłat za sporządzane kopie dokumentacji medycznej dla uprawnionych podmiotów i instytucji oraz przekazywanie naliczeń do Działu Księgowego.

5. Współpraca ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Szpitala w trakcie realizacji zadań.

6. Udział w szkoleniach.

Załącznik Nr 9.8 ZADANIA DZIAŁU EKSPLOATACYJNO-TECHNICZNEGO

I. Do zadań Działu Technicznego należy w szczególności:

1. Zapewnienie prawidłowej eksploatacji nieruchomości, budynków i budowli. Prowadzenie stosownej dokumentacji, w tym księzek obiektów budowlanych. Inicjonowanie przeprowadzenia terminowych przeglądów budynków i budowli zgodnie z przepisami Prawa Budowlanego.
2. Przygotowywanie wniosków w sprawach dotyczących realizacji w szpitalu inwestycji i przedsięwzięć remontowych.
3. Zapewnienie prawidłowo prowadzonej gospodarki paliwowo-energetycznej, w tym urządzeń energetycznych, instalacji gazu, gazów medycznych, urządzeń chłodniczych, instalacji elektrycznych, teletechnicznych, łączności radiowej, sieci wodno-kanalizacyjnych, sprzętu techniczno-gospodarczego, tj. między innymi:
 - a) sprawowanie nadzoru nad prawidłową eksploatacją nieruchomości, urządzeń energetycznych, chłodniczych, wentylacyjnych, techniczno – gospodarczych oraz nad gospodarką wodno – ściekową,
 - b) przeprowadzenie okresowych przeglądów nieruchomości i urządzeń w/w w celu uzupełnienia niezbędnych napraw remontów i zabiegów konserwacyjnych,
 - c) ustalenie zasad, programów i planów zabiegów konserwacyjnych oraz napraw urządzeń energetycznych, chłodniczych, sanitarnych i innych oraz zapewnienie usług serwisu technicznego w ramach posiadanych uprawnień,
 - d) zapewnienie niezbędnej konserwacji przeglądów okresowych napraw i remontów sprzętu, poprzez własne usługi w ramach posiadanych uprawnień oraz poprzez zabezpieczenie usług wyspecjalizowanych jednostek serwisu technicznego,
 - e) organizowanie i kontrolowanie przeprowadzonych konserwacji, napraw i remontów oraz racjonalnego wykorzystania zużytych środków rzeczowych i finansowych,
 - f) zapewnienie konserwacji parku maszynowego zgodnie z instrukcjami i wymaganiami eksploatacyjnymi,
 - g) sporządzanie projektów planów zaopatrzenia w środki techniczne,
 - h) co roczne sporządzanie i realizacja Planu Zabiegów Eksploatacyjnych w WSS w Olsztynie.

4. Przygotowywanie stosownych wniosków o zamówienia publiczne, zgodnie z obowiązującym w szpitalu regulaminem.
5. Zapewnienie ciągłości pracy działu.

Załącznik Nr 9.9 ZADANIA SEKCJI ELEKTROENERGETYCZNEJ

Do zadań sekcji należy w szczególności:

1. Zapewnienie prawidłowej eksploatacji nieruchomości, budynków i budowli. Prowadzenie stosownej dokumentacji. Inicjowanie przeprowadzenia terminowych przeglądów i pomiarów instalacji elektrycznych i odgromowych w i na budynkach i budowlach zgodnie z obowiązującymi przepisami.
2. Przygotowywanie wniosków w sprawach dotyczących realizacji w szpitalu inwestycji i przedsięwzięć remontowych.
3. Zapewnienie prawidłowo prowadzonej gospodarki paliwowo-energetycznej, w tym urządzeń energetycznych, gazów medycznych, urządzeń chłodniczych, instalacji elektrycznych, teletechnicznych, łączności radiowej, sprzętu techniczno-gospodarczego, tj. między innymi:
 - a) sprawowanie nadzoru nad prawidłową eksploatacją urządzeń energetycznych, chłodniczych, wentylacyjnych, techniczno-gospodarczych ,
 - b) przeprowadzenie okresowych przeglądów nieruchomości i urządzeń w/w w celu uzupełnienia niezbędnych napraw remontów i zabiegów konserwacyjnych,
 - c) ustalenie zasad, programów i planów zabiegów konserwacyjnych oraz napraw urządzeń energetycznych, chłodniczych, i innych oraz zapewnienie usług serwisu technicznego w ramach posiadanych uprawnień,
 - d) zapewnienie niezbędnej konserwacji przeglądów okresowych napraw i remontów sprzętu, poprzez własne usługi w ramach posiadanych uprawnień oraz poprzez zabezpieczenie usług wyspecjalizowanych jednostek serwisu technicznego,
 - e) organizowanie i kontrolowanie przeprowadzonych konserwacji, napraw i remontów oraz racjonalnego wykorzystania zużytych środków rzeczowych i finansowych,
 - f) zapewnienie konserwacji parku maszynowego zgodnie z instrukcjami i wymaganiami eksploatacyjnymi,
 - g) sporządzanie projektów planów zaopatrzenia w środki techniczne,
 - h) realizacja Planu Zabiegów Eksploatacyjnych w WSS w Olsztynie.
4. Przygotowywanie stosownych wniosków o zamówienia publiczne, zgodnie z obowiązującym w szpitalu regulaminem.
5. Zapewnienie ciągłości pracy sekcji.

Załącznik Nr 9.10 ZADANIA DZIAŁU GOSPODARCZEGO

I. Do zadań Działu Gospodarczego w szczególności należy:

1. Administrowanie nieruchomościami.
2. Organizacja usług transportu gospodarczego i medycznego.
3. Organizacja funkcjonowania systemu gospodarki odpadami.
4. Nadzór nad pracą szwalni i magazynu bielizny.
5. Organizacja pracy ogrodnika, pracowników gospodarczych i kierowców.
6. Nadzorowanie właściwej pracy portierni, szatni i centrali telefonicznej oraz obsługi wind.
7. Sporządzanie informacji i okresowych sprawozdań na potrzeby szpitala i jednostek z nimi współpracujących.
8. Nadzór nad funkcjonującymi w szpitalu instalacjami monitoringu wizyjnego. Zorganizowanie wykorzystania instalacji monitoringu do bieżącego dozoru terenu i pomieszczeń w części administracyjnej szpitala.
9. Utrzymanie terenów zielonych na posesji WSS poprzez:
 - a) gospodarowanie szatą roślinną,
 - b) dokonywanie wycinki roślinności (drzewa, krzewy),
 - c) wykonywanie nasadzeń roślinności wg określonych projektów,
 - d) prowadzenie ogólnych prac ogrodniczo – porządkowych.
10. Nadzorowanie pracy firm obsługujących szpital, m.in. w zakresie żywienia, sprzątania, utrzymania parkingów na terenie szpitala.
11. Administrowanie salami konferencyjnymi i wykładowymi, w tym prowadzenie rejestru wykorzystania tych sal.
12. Co najmniej co miesięczne przeprowadzanie przeglądów stanu technicznego części administracyjnych i gospodarczych obiektów i posesji szpitalnych.
13. Ścisła współpraca z Działem Technicznym w zakresie przeprowadzanych remontów i konserwacji.
14. Współpraca z Działem Zamówień Publicznych i Zaopatrzenia w zakresie opracowywania i składania wniosków na usługi i dostawy.
15. Zapewnieniem ciągłości pracy działu.

Załącznik Nr 9.11 ZADANIA SEKCJI BHP I P. POŻ.

I. Sekcją kieruje – Kierownik.

II. Podległość służbowa Kierownika – Dyrektor Naczelny.

III. Zastępstwo podczas nieobecności Kierownika – wyznaczony pracownik Sekcji.

IV. Do zadań Sekcji BHP i P/POŻ należy w szczególności:

1. Przeprowadzanie kontroli warunków pracy oraz przestrzegania przepisów i zasad bezpieczeństwa i higieny pracy.
2. Informowanie pracodawcy o stwierdzonych zagrożeniach zawodowych wraz z wnioskami zmierzającymi do usuwania tych zagrożeń.
3. Udział w opracowaniu planów modernizacji i rozwoju zakładu pracy.
4. Udział w przekazywaniu do użytkowania nowobudowanych lub przebudowanych obiektów budowlanych.
5. Opiniowanie instrukcji dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy na poszczególnych stanowiskach pracy.
6. Udział w ustalaniu okoliczności i przyczyn wypadków przy pracy i chorób zawodowych.
7. Prowadzenie rejestrów wypadków, chorób zawodowych, czynników szkodliwych i rakotwórczych występujących w środowisku pracy oraz wykazu zranień ostrymi narzędziami.
8. Szkolenie nowozatrudnionych pracowników z zakresu BHP i P.POŻ. oraz stażystów, studentów i wolontariuszy.
9. Prowadzenie doradztwa w zakresie przepisów oraz zasad bezpieczeństwa i higieny pracy.
10. Współpraca z laboratoriami i innymi jednostkami zajmującymi się nadzorem nad warunkami pracy.
11. Organizowanie systemu zabezpieczenia przeciwpożarowego oraz kontrola i nadzór nad prawidłowością jego funkcjonowania.
12. Kontrola systemu monitorowania oraz czujek i przycisków pożarowych.
13. Planowanie i nadzór przy organizacji szkoleń okresowych dla pracowników szpitala.
14. Sporządzanie rocznej analizy stanu BHP i P/POŻ w Szpitalu.
15. Współpraca ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Szpitala w trakcie realizacji zadań.
16. Udział w szkoleniach.

Załącznik Nr 9.12 ZADANIA DZIAŁU INFORMATYKI

I. Do zadań Działu Informatyki w szczególności należy:

1. Utrzymanie ciągłości pracy systemów informatycznych występujących w szpitalu.
2. Administrowanie systemami sieciowymi.
3. Administrowanie systemami bazodanowymi.
4. Nadzór nad dostawcami usług internetowych.
5. Administrowanie wewnętrzną i zewnętrzną stroną www szpitala.
6. Administrowanie szpitalnymi kontami pocztowymi.
7. Prowadzenie serwisu sprzętu komputerowego.
8. Współpraca z serwisami zewnętrznymi.
9. Szkolenia pracowników szpitala z zakresu obsługi szpitalnych systemów informatycznych.
10. Nadzór informatyczny nad programami odpowiedzialnymi za przekazywanie danych do NFZ.
11. Nadzór informatyczny nad systemem kamer przemysłowych.
12. Dążenie do rozbudowy szpitalnego systemu komputerowego o dodatkowe moduły pozwalające włączyć w system informatyczny pozostałe komórki organizacyjne Szpitala.
13. Prowadzenie polityki zabezpieczeń dostępu dodanych zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych.
14. Przygotowywanie i sporządzanie wniosków o Zamówienia Publiczne oraz współpraca w przeprowadzaniu postępowań przetargowych.
15. Uczestnictwo w tworzeniu planów inwestycyjnych i remontów.
16. Sporządzanie analiz, raportów i sprawozdań w zakresie dotyczących innych zadań działu.
17. Zapewnienie ciągłości pracy działu.

Załącznik Nr 9.13 ZADANIA KANCELARII I SEKRETARIATU

I. Kancelarią i Sekretariatem kieruje – Kierownik.

II. Podległość służbowa Kierownika – Dyrektor Naczelny.

III. Zastępstwo podczas nieobecności Kierownika – wyznaczony pracownik Kancelarii i Sekretariatu.

IV. Do zadań Kierownika Kancelarii i Sekretariatu należy w szczególności:

1. Kierowanie pracą podległych pracowników w sposób zapewniający nieprzerwaną ciągłość realizacji zadań.
2. Udzielanie podwładnym instruktażu i wskazówek w miarę potrzeb.
3. Nadzór i kontrola nad terminowym i rzetelnym wywiązywaniem się z przyjętych obowiązków w sposób zgodny z obowiązującymi przepisami i interesem szpitala.
4. Znajomość i przestrzeganie obowiązujących przepisów prawa, zarządzeń i instrukcji wewnętrznych oraz zapoznawanie z nimi pracowników.
5. Przestrzeganie przepisów dotyczących BHP i p/poż. oraz zapoznawanie z nimi pracowników.
6. Prowadzenie korespondencji, redagowanie pism i przekazywanie korespondencji właściwym adresatom.
7. Zgodnie z przepisami i przeznaczeniem wykorzystywanie majątku szpitala, zabezpieczenie dostępnymi środkami przed zniszczeniem, kradzieżą lub nieuzasadnionym obniżeniem wartości.
8. Gromadzenie i przechowywanie informacji i dokumentacji związanej z organizacją szpitala.
9. Przestrzeganie dyscypliny pracy, tajemnicy służbowej i zawodowej i egzekwowanie jej od pracowników.

V. Do zadań Kancelarii i Sekretariatu w szczególności należy:

1. Przyjmowanie i nadawanie przesyłek pocztowych.
2. Ewidencjonowanie i rozdział korespondencji.
3. Przyjmowanie i wydawanie telegramów, telefonogramów, faksów oraz poczty elektronicznej, itp.
4. Ewidencjonowanie podpisanych umów wpływających drogą pocztową.
5. Ewidencjonowanie rachunków, faktur i innych dokumentów księgowych w rejestrze faktur.
6. Udzielanie informacji interesantom, a w razie potrzeby kierowanie ich do właściwych komórek lub stanowisk pracy.
7. Przestrzeganie obowiązującej Instrukcji Kancelaryjnej.
8. Sporządzanie pism na polecenie Dyrekcji.
9. Prowadzenie ewidencji pism przychodzących i dekretowanych przez Dyrekcję.
10. Współpraca ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Szpitala w trakcie realizacji zadań.

Załącznik Nr 9.14 ZADANIA SEKCJI KONTROLI ZARZĄDCZEJ

I. Cel Działu:

1. Koordynowanie systemu kontroli zarządczej, dokonywanie kontroli wewnętrznej działalności Szpitala w oparciu o standardy kontroli zarządczej (komunikat nr 23 Ministra Finansów z dnia 16.12.2009 r.).

II. Podlega służbowo:

Dyrektorowi Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie.

III. Zadania:

1. Opracowanie i przedkładanie do zatwierdzenia Dyrektorowi Szpitala rocznych planów pracy – kontroli wewnętrznej.
2. Sporządzanie i przedkładanie do zatwierdzenia Dyrektorowi planu pracy Szpitala na podstawie planów zastępców Dyrektora z poszczególnych pionów tj. medycznego, pielęgniarskiego, ekonomiczno-finansowego, eksploatacyjno-technicznego.
3. Przeprowadzanie kontroli działalności Szpitala na podstawie:
 - a) rocznego planu kontroli,
 - b) doraźnych kontroli na polecenie dyrektora Szpitala.
4. Ustalanie stanu faktycznego na podstawie:
 - a) dowodów rzeczowych/dokumentów ich odpisów, wyciągów,
 - b) protokołów ze sprawdzenia stanu składników majątkowych,
 - c) opinii i orzeczeń biegłych/rzeczoznawców,
 - d) wyjaśnień.
5. Sporządzanie protokołów kontroli (3 egz.) z czynności kontrolnych z przeznaczeniem po jednym egzemplarzu dla każdej ze stron.
6. Dokonywanie oględzin pomieszczeń, mienia, rzeczy w obecności osób odpowiedzialnych za mienie a w razie jej nieobecności – komisji powołanej przez kierownika kontrolowanej komórki organizacyjnej.
7. Opracowanie na podstawie protokołów kontroli dla dyrektora Szpitala wniosków pokontrolnych, które mogą stanowić podstawę do wydania zarządzenia pokontrolnego zawierającego:
 - a) ocenę kontrolowanej działalności,
 - b) stwierdzone uchybienia opisane w protokole kontroli,
 - c) wnioski dotyczące usunięcia stwierdzonych uchybień – nieprawidłowości.
8. Analiza ryzyka na podstawie danych oraz informacji opracowanych przez zespół ds. zarządzania ryzykiem w WSS w Olsztynie.

9. Koordynowanie procesu zarządzania ryzykiem w WSS w Olsztynie (identyfikacja ryzyka, analiza, ocena punktowa, hierarchizacja, zarządzanie).
10. Analiza istniejących procedur tworzących system kontroli zarządczej w Szpitalu.
11. Zgłaszanie wniosków do odpowiednich komórek organizacyjnych Szpitala w sprawie aktualizacji lub stworzenia nowych procedur tworzących system kontroli zarządczej.
12. Przygotowywanie wzorów zarządzeń wewnętrznych na podstawie istniejących lub nowo powstałych procedur, mających na celu aktualizację, wzmocnienie oraz usprawnienie systemu kontroli zarządczej.
13. Do Sekcji Kontroli Zarządczej dostarczana jest przez kierowników komórek organizacyjnych udokumentowana, przeprowadzona raz w roku samoocena funkcjonowania systemu kontroli zarządczej w Szpitalu (Komunikat nr 3 Ministra Finansów z dnia 16.02.2011 r. w sprawie szczegółowych wytycznych).
14. Opracowywanie wniosków na podstawie dostarczonej dokumentacji samooceny funkcjonowania kontroli zarządczej w Szpitalu.
15. Opracowywanie rocznych sprawozdań ze stanu kontroli zarządczej w Szpitalu.
16. Współpraca z komórkami organizacyjnymi szpitala dotyczącymi realizacji zadań.

Załącznik Nr 9.15 ZADANIA DZIAŁU APARATURY MEDYCZNEJ

I. Do zadań Działu Aparatury Medycznej w szczególności należy:

1. Zapewnienie niezbędnej konserwacji przeglądów okresowych napraw sprzętu, aparatury medycznej i urządzeń kserograficznych poprzez własne usługi w ramach posiadanych uprawnień oraz poprzez zabezpieczenie usług wyspecjalizowanych jednostek serwisu technicznego.
2. Co roczne sporządzanie planów przeglądów aparatury medycznej.
3. Organizowanie i kontrolowanie przeprowadzonych konserwacji, napraw oraz racjonalnego wykorzystania zużytych środków rzeczowych i finansowych.
4. Zapewnienie konserwacji parku maszynowego zgodnie z instrukcjami o prowadzeniu paszportów technicznych i wymaganiami eksploatacyjnymi.
5. Prowadzenie i kompletowanie korespondencji, dokumentacji biurowej, dokumentacji techniczno – ruchowej.
6. Sporządzanie projektów planów zaopatrzenia w środki techniczne.
7. Prowadzenie ewidencji i kosztów utrzymania w ruchu aparatury medycznej szpitala w aplikacji gxAparatura.
8. Zabezpieczenie danych i dokumentów źródłowych Szpitala.
9. Znajomość i przestrzeganie zapisów Ustawy o wyrobach medycznych.
10. Przygotowywanie i sporządzanie wniosków o zamówienia publiczne oraz współpraca w przeprowadzaniu postępowań przetargowych.
11. Uczestnictwo w tworzeniu planów inwestycyjnych i remontów.
12. Opracowywanie analiz, raportów i sprawozdań w zakresie dotyczącym innych zadań działu.
13. Zapewnienie ciągłości pracy działu.

Załącznik Nr 9.16 ZADANIA SEKCJI DS. JAKOŚCI

Celem funkcjonowania Sekcji ds. Jakości jest monitorowanie skuteczności systemu zarządzania jakością.

Sekcją ds. Jakości kieruje Pełnomocnik Dyrektora ds. Jakości.

Do zadań Sekcji ds. Jakości należy:

I. Wdrażanie systemów jakości określonych przez szpital

1. Opracowanie dokumentacji systemowej i operacyjnej: Księgi Jakości, Polityki Jakości, procedur systemowych, procedur i instrukcji operacyjnych we współpracy z Pełnomocnikiem i liderami procesów.
2. Sprawowanie nadzoru nad dokumentacją jakości wdrożonego systemu.
3. Aktualizacja rejestru dokumentacji medycznej i jego publikacja na stronie intranetowej szpitala.
4. Publikowanie aktualnej dokumentacji jakości na stronie intranetowej szpitala.

II. Udział w monitorowaniu systemu jakości:

1. Realizacja auditów wewnętrznych.
2. Monitorowanie podejmowanych przez liderów działań zapobiegawczych i korygujących.
3. Monitorowanie zdarzeń niepożądanych.
4. Opracowywanie wyników monitorowania wskaźników jakości, zdarzeń niepożądanych.
5. Organizowanie, prowadzenie lub współudział w prowadzeniu szkoleń dla personelu szpitala w zakresie jakości.
6. Monitorowanie usługi realizowanej przez podwykonawców z zakresu żywienia chorych i utrzymania higieny szpitala.

III. Ścisła współpraca z kierownictwem oddziałów, działów w zakresie monitorowania i doskonalenia jakości.

IV. Udział w przygotowaniu szpitala do przeprowadzenia zewnętrznej oceny jakości w oparciu o Standardy Akredytacyjne, Międzynarodowe Normy Jakości ISO i inne w oparciu o decyzję dyrektora szpitala.

Załącznik Nr 9.17 ZAKRES CZYNNOŚCI PSYCHOLOGA

I. Podległość służbowa Psychologa – Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa.

II. Do zadań Psychologa w szczególności należy:

1. Przeprowadzanie badań specjalistycznych (diagnoza psychologiczna) pacjentów przebywających w Szpitalu na zlecenie lekarza prowadzącego jako uzupełnienie diagnozy lekarskiej.
2. Diagnoza psychologiczna obejmuje:
 - a) badanie ogólnej sprawności intelektualnej,
 - b) badanie psychologiczne dotyczące wykrywania deficytów funkcji poznawczych,
 - c) badanie psychologiczne pacjentów z ogniskowymi zespołami poznawczo-behawioralnymi po udarach mózgu i urazach mózgowo-czaszkowych,
 - d) badanie osobowości oraz sposobów radzenia sobie ze stresem choroby,
 - e) badanie przydatności zawodowej pacjentów po urazach mózgowo-czaszkowych, po urazach mózgu i po urazach kręgosłupa w Oddziale Neurologicznym, Udarowym oraz Rehabilitacyjnym i Rehabilitacji Neurologicznej,
 - f) badanie diagnostyczne wykonywane dla potrzeb kwalifikacji pacjentów WSS do Zakładów Opiekuńczych i Domów Pomocy Społecznej.
3. Udzielanie porad specjalistycznych dla pacjentów i ich rodzin.
4. Udzielanie pomocy psychologicznej dla pacjentów i ich rodzin.
5. Przygotowanie emocjonalne pacjentek do porodu w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym i Ginekologii Onkologicznej.
6. Kwalifikacja pacjentek Oddziału Ginekologiczno-Położniczego i Ginekologii Onkologicznej do cięcia cesarskiego ze względów psychologicznych.
7. Organizowanie spotkań terapeutyczno – szkoleniowych dla pracowników Szpitala, grupowe i indywidualne zgodnie z zapotrzebowaniem i oczekiwaniami.
8. Udzielanie pomocy psychologicznej dla pacjentów przed i po zabiegach operacyjnych na zlecenie lekarza prowadzącego.
9. Pomoc psychologiczna dla pacjentów poradni przyszpitalnych na zlecenie lekarza prowadzącego mająca na celu wsparcie w radzeniu sobie z chorobą przewlekłą.
10. Prowadzenie obowiązującej dokumentacji.

III. Psycholog ponosi odpowiedzialność za:

1. Dokumenty szpitalne.
2. Znajomość i przestrzeganie obowiązujących przepisów prawa, zarządzeń i instrukcji wewnętrznych.
3. Przestrzeganie przepisów dotyczących BHP i p/poż.
4. Prowadzenie korespondencji.
5. Nadzór nad prawidłowym i racjonalnym wykorzystaniem sprzętu i wyposażenia gabinetu.
6. Nadzór nad zabezpieczeniem danych i dokumentów źródłowych Szpitala.
7. Przeciwdziałanie w powstawaniu strat, kradzieży, nadużyć i marnotrawstwa.
8. Współpraca ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Szpitala w trakcie realizacji zadań.
9. Udział w szkoleniach.

Załącznik Nr 9.18 ZAKRES CZYNNOŚCI PRZEŁOŻONEJ PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

I. Cel stanowiska:

a) organizowanie opieki nad pacjentami i kierowanie pracą pielęgniarek i położnych oddziałowych, pielęgniarek koordynujących.

II. Usytuowanie w schemacie organizacyjnym:

a) służbowo i merytorycznie podlega zastępcy dyrektora ds. pielęgniarstwa.

III. Zastępstwa:

a) zastępowana jest przez z-cę dyrektora ds. pielęgniarstwa.

IV. Zadania:

1. Opracowywanie i wdrażanie standardów postępowania i opieki nad chorymi.
2. Opracowywanie, weryfikacja i wprowadzanie dokumentacji medycznej pielęgniarstwa.
3. Monitorowanie jakości pracy.
4. Monitorowanie wskaźników jakości opieki pielęgniarstwa.
5. Organizowanie i przeprowadzanie szkoleń ogólnoszpitalnych.
6. Monitorowanie poziomu kwalifikacji pielęgniarek i położnych.
7. Utrzymanie skutecznej komunikacji na różnych poziomach organizacji opieki pielęgniarstwa
sprawowanie nadzoru nad:
 - a) przestrzeganiem praw pacjenta,
 - b) stanem sanitarno – epidemiologicznym,
 - c) rozkładem czasu pracy (grafiki) i ich akceptacją,
 - d) efektywnym wykorzystaniem czasu pracy pielęgniarek i położnych, alokacja personelu,
 - e) dostosowaniem ilości personelu pielęgniarstwa w oparciu o zapotrzebowanie na opiekę pielęgniarstwa pacjentów,
 - f) doskonaleniem zawodowym pielęgniarek i położnych.
8. Uczestniczenie w różnych formach doskonalenia zawodowego.
9. Udział w komisjach przetargowych.
10. Udział w pracach komisji problemowych.
11. Sporządzanie okresowej sprawozdawczości.

V. Przełożona Pielęgniarek ponosi odpowiedzialność za:

1. Nadzór nad wdrażaniem technik pracy poprawiających jakość opieki pielęgniarstwa.
2. Utrzymywanie współpracy z pielęgniarkami/położnymi oddziałowymi.
3. Własny rozwój zawodowy.

Załącznik nr 9.19 ZAKRES CZYNNOŚCI PIELĘGNIARKI/POŁOŻNEJ ODDZIAŁOWEJ

I. Podległość służbowa Pielęgniarki/Położnej Oddziałowej – podlega pod względem merytorycznym przełożonej pielęgniarek i położnych, a pod względem organizacyjnym ordynatorowi oddziału.

II. Zastępstwo podczas nieobecności Pielęgniarki/Położnej Oddziałowej – Z-ca Pielęgniarki/Położnej Oddziałowej lub wyznaczony pracownik.

III. Pielęgniarki/Położnej Oddziałowej podlegają:

- a) pielęgniarki,
- b) położne,
- c) technicy.

IV. Do zadań Pielęgniarki/Położnej Oddziałowej w szczególności należy:

1. W zakresie opieki nad chorymi:
 - a) zapewnienie obsady pielęgniarek/położnych adekwatne do stanu zdrowia pacjentów,
 - b) odbieranie raportów pielęgniarek przekazujących dyżur nocny i dzienny,
 - c) czynne uczestnictwo w obchodach lekarskich,
 - d) nadzór nad właściwym wykonywaniem zaleceń lekarskich,
 - e) prowadzenie podręcznej apteczki oddziałowej, stałe jej uzupełnianie i czuwanie nad należyтым przechowywaniem, zabezpieczeniem i rozchodem leków,
 - f) sporządzanie zapotrzebowań żywnościowych oraz nadzór nad właściwą dystrybucją posiłków,
 - g) nadzór nad właściwym przyjęciem chorego do oddziału i jego wypisu,
 - h) zapewnienie bezpiecznych warunków pobytu chorego,
 - i) sprawowanie nadzoru epidemiologicznego w oddziale,
 - j) stworzenie właściwych warunków i bezpiecznego postępowania z materiałem do badań w celu zabezpieczenia personelu przed zakażeniami,
 - k) przestrzeganie praw pacjenta,
 - l) prowadzenie obowiązującej dokumentacji.
2. W zakresie administracyjno-gospodarczym:
 - a) dbanie o składniki materialne i niematerialne stanowiące własność oddziału i szpitala,
 - b) dbanie o wyposażenie w sprzęt medyczny, gospodarczy i bieliznę oraz leki i środki opatrunkowe,
 - c) nadzór nad utrzymaniem czystości pomieszczeń oddziału,
 - d) zgłaszanie awarii i usterek występujących w funkcjonowaniu urządzeń i sprzętu w oddziale.

V. Do obowiązków Pielęgniarki/Położnej Oddziałowej należy również:

1. Organizowanie szkoleń wewnątrz oddziałowych.

2. Podnoszenie kwalifikacji zawodowych własnych oraz podległego personelu.
3. Sporządzanie okresowej sprawozdawczości.
4. Wnioskowanie w sprawach nagród, awansów i upomnień w stosunku do podległego personelu.
5. Postępowanie zgodnie z zasadami etyki zawodowej.

VI. Pielęgniarka/Położna Oddziałowa ponosi odpowiedzialność za:

1. Realizację procesu pielęgnowania pacjentów.
2. Sporządzanie rozkładów pracy zgodnie z miesięczną normą godzin do przepracowania i przedkładanie do akceptacji Przełożonej Pielęgniarek i Położnych.
3. Prawidłową adaptację nowo przyjętych pracowników.
4. Tworzenie właściwej atmosfery w oddziale sprzyjającej terapii.
5. Dyscyplinę podległego personelu.
6. Realizację programu szkoleń wewnątrzoddziałowych.
7. Dokumenty szpitalne.
8. Znajomość i przestrzeganie obowiązujących przepisów prawa, zarządzeń i instrukcji wewnętrznych.
9. Przestrzeganie przepisów dotyczących BHP i p/poż.
10. Prowadzenie korespondencji.
11. Nadzór nad prawidłowym i racjonalnym wykorzystaniem sprzętu i wyposażenia gabinetu.
12. Nadzór nad zabezpieczeniem danych i dokumentów źródłowych Szpitala.
13. Przeciwdziałanie w powstawaniu strat, kradzieży, nadużyć i marnotrawstwa.
14. Współpraca ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Szpitala w trakcie realizacji zadań.
15. Udział w szkoleniach.

VII. Pielęgniarka/Położna Oddziałowa wykonuje inne prace zlecone przez przełożonych, nie objęte niniejszym zakresem czynności a wchodzących w zakres jej uprawnień zawodowych i funkcyjnych.

Załącznik nr 9.20 ZAKRES CZYNNOŚCI PIELĘGNIARKA KOORDYNUJĄCEJ

- I. Podległość służbowa Pielęgniarki Koordynującej** – merytorycznie podlega przełożonej pielęgniarek i położnej, służbowo podlega kierownikowi działu/zakładu.
- II. Do zadań Pielęgniarki Koordynującej w szczególności należy:**
 1. Szacowanie zapotrzebowania na opiekę świadczoną przez podległy personel.
 2. Organizowanie pracy dla podległego personelu.
 3. Nadzorowanie pracy podległego personelu.
 4. Sprawowanie nadzoru nad:
 - a) bezpieczeństwem chorych,
 - b) przestrzeganiem praw pacjentów,
 - c) nad całością inwentarza w oddziale,
 - d) prowadzeniem obowiązującej dokumentacji medycznej.
 5. Uczestniczenie w odprawach pracowników działu.
 6. Prowadzenie apteczki oddziałowej.
 7. Sprawowanie nadzoru epidemiologicznego i BHP.
 8. Dbanie o wyposażenie w sprzęt medyczny, gospodarczy, bieliznę.
 9. Organizowanie szkoleń wewnątrzoddziałowych.
 10. Uczestniczenie w szkoleniach ogólnoszpitalnych i innych formach doskonalenia zawodowego.
 11. Udział w pracach komisji problemowych.
 12. Sporządzanie okresowej sprawozdawczości.
 13. Postępowanie zgodnie z zasadami etyki zawodowej pielęgniarek i położnych.
- III. Pielęgniarka Koordynująca ponosi odpowiedzialność za:**
 1. Odpowiedzialność za dokumenty Szpitala.
 2. Znajomość i przestrzeganie przepisów prawa, zarządzeń i instrukcji wewnętrznych.
 3. Przestrzeganie przepisów dotyczących BHP i p/poż.
 4. Prowadzenie korespondencji.
 5. Nadzór nad prawidłowym i racjonalnym wykorzystaniem sprzętu i wyposażenia gabinetu.
 6. Nadzór nad zabezpieczeniem danych i dokumentów źródłowych Szpitala.
 7. Przeciwdziałanie w powstawaniu strat, kradzieży, nadużyć i marnotrawstwa.
 8. Współpraca ze komórkami organizacyjnymi Szpitala w trakcie realizacji zadań.
 9. Udział w szkoleniach.

Załącznik Nr 9.21 ZAKRES CZYNNOŚCI RADCÓW PRAWNYCH

I. Podległość służbowa Radców Prawnych – Dyrektor Naczelny.

II. Radcowie Prawni w WSS w Olsztynie działają w oparciu i na zasadach określonych w Ustawie z Dnia 6 lipca 1982 r. o radcach prawnych tj. Dz. U. 2014.637.

III. Radcowie Prawni zobowiązani są do zachowania tajemnicy o wszystkim czegokolwiek dowiedzieli się udzielając pomocy prawnej lub prowadząc sprawę na rzecz WSS w Olsztynie.

IV. Do zadań Radców Prawnych w szczególności należy:

1. Udzielanie porad prawnych.
2. Sporządzanie opinii prawnych.
3. Opracowywanie projektów aktów prawnych tj.: regulaminy, zarządzenia, uchwały, komunikaty, umowy.
4. Występowanie w charakterze pełnomocnika WSS w Olsztynie przed sądami i urzędami (zastępstwo prawne i procesowe).
5. Upowszechnianie znajomości prawa wśród pracowników.
6. Prowadzenie samodzielnie spraw przed organami orzekającymi i dbanie o należyte wykorzystanie przewidzianych przez prawo środków dla ochrony uzasadnionych interesów Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie.

V. Radcowie Prawni ponoszą odpowiedzialność za:

1. Dokumenty prawne Szpitala.
2. Znajomość i przestrzeganie obowiązujących przepisów prawa, zarządzeń i instrukcji wewnętrznych.
3. Przestrzeganie przepisów dotyczących BHP i p/poż.
4. Prowadzenie korespondencji.
5. Nadzór nad prawidłowym i racjonalnym wykorzystaniem sprzętu i wyposażenia gabinetu.
6. Nadzór nad zabezpieczeniem danych i dokumentów źródłowych Szpitala.
7. Przeciwdziałanie w powstawaniu strat, kradzieży, nadużyć i marnotrawstwa.
8. Współpraca ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Szpitala w trakcie realizacji zadań.
9. Udział w szkoleniach.

Załącznik Nr 9.22 ZAKRES CZYNNOŚCI INSPEKTORA DS. OBRONY CYWILNEJ

I. Podległość służbowa Inspektora ds. Obrony Cywilnej – Dyrektor Naczelny.

II. Do zadań Inspektora ds. Obrony Cywilnej w szczególności należy:

1. Szkolenie organów kierowania i formacji obrony cywilnej w zakresie ochrony pacjentów i pracowników Szpitala.
2. Doskonalenie organizacji i metod przeprowadzania ewakuacji z rejonów zagrożonych.
3. Prowadzenie szkoleń w zakresie problematyki OC zgodnie z kalendarzowym planem szkolenia.
4. Prowadzenie działań mających na celu doskonalenie gotowości systemu wykrywania i alarmowania.
5. Wdrażanie zagadnień z powszechnej samoobrony pracownikom Szpitala.
6. Dokonywanie klasyfikacji sprzętu obrony cywilnej i przekazywanie /sprzęt podlegający kasacji/ do magazynu WZKiOL m. Olsztyna.
7. Uzgadnianie z WKU nadania przydziałów organizacyjno - mobilizacyjnych do formacji obrony cywilnej.
8. Prowadzenie działalności zmierzającej do popularyzacji problematyki obrony cywilnej na terenie Szpitala.
9. Prowadzenie nadzoru nad przestrzeganiem przepisów o ochronie informacji niejawnych.
10. Opracowywanie i aktualizowanie dokumentów tj.:
 - a) Kart Realizacji Zadań Operacyjnych,
 - b) Planów przygotowań Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego na potrzeby obronne państwa,
 - c) Dokumentacji Punktów Alarmowych, Stałych Dyżurów i Zespołu Kryzysowego,
 - d) i innych dokumentów zleconych przez podmiot tworzący, określających zadania obronne przewidziane do realizacji przez Szpital w podwyższonej i pełnej gotowości oraz wojny, jak również szkolenie osób biorących udział w realizacji w/w zadań.
11. Prowadzenie Kancelarii Tajnej tj.:
 - a) nadzorowanie nad obiegiem dokumentów niejawnych w Szpitalu,
 - b) udostępnianie i wydawanie dokumentów zawierających informacje niejawne oznaczone klauzulami „poufne” i „zastrzeżone” osobom posiadającym stosowne poświadczenie bezpieczeństwa,
 - c) egzekwowanie zwrotu dokumentów zawierających informacje niejawne.

III. Inspektor ds. Obrony Cywilnej ponosi odpowiedzialność za:

1. Dokumenty szpitalne.

2. Znajomość i przestrzeganie obowiązujących przepisów prawa, zarządzeń i instrukcji wewnętrznych.
3. Przestrzeganie przepisów dotyczących BHP i p/poż.
4. Prowadzenie korespondencji.
5. Nadzór nad prawidłowym i racjonalnym wykorzystaniem sprzętu i wyposażenia gabinetu.
6. Nadzór nad zabezpieczeniem danych i dokumentów źródłowych Szpitala.
7. Przeciwdziałanie w powstawaniu strat, kradzieży, nadużyć i marnotrawstwa.
8. Współpraca ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Szpitala w trakcie realizacji zadań.
9. Udział w szkoleniach.

Załącznik Nr 9.23 ZAKRES CZYNNOŚCI GŁÓWNEGO KSIĘGOWEGO

I. Podległość służbowa Głównego Księgowego – Z-ca Dyrektora ds. Administracyjno-Finansowych

II. Zastępstwo podczas nieobecności Głównego Księgowego – Z-ca Głównego Księgowego.

III. Do zadań Głównego Księgowego w szczególności należy:

1. W zakresie rachunkowości:

- a) wdrażanie zasad rachunkowości, kalkulacji oraz sprawozdawczości finansowej i budżetowej zgodnie z obowiązującymi przepisami,
- b) ustalanie zasad prawidłowego obiegu dokumentów niezbędnych dla rachunkowości,
- c) kierowanie pracą podległych mu pracowników oraz ich instruktaż i czuwanie nad podnoszeniem kwalifikacji zawodowych,
- d) czuwanie nad całokształtem prac z zakresu rachunkowości wykonywanych przez inne komórki organizacyjne,
- e) prawidłowe i terminowe prowadzenie ksiąg rachunkowych oraz prawidłowe i terminowe sporządzanie zewnętrznych i wewnętrznych sprawozdań finansowych i budżetowych;
- f) należyte przechowywanie i zabezpieczanie ksiąg rachunkowych i dowodów księgowych oraz sprawozdań finansowych i budżetowych.

2. Wykonywanie kontroli wstępnej i bieżącej dowodów księgowych.

3. Prowadzenie nadzoru nad:

- a) sekcją finansowo – księgową;
- b) sekcją ewidencji majątku;

4. Szkolenie personelu.

5. Prowadzenie obowiązującej dokumentacji.

IV. Główny Księgowy ponosi odpowiedzialność za:

1. Dokumenty szpitalne.
2. Znajomość i przestrzeganie obowiązujących przepisów prawa, zarządzeń i instrukcji wewnętrznych.
3. Przestrzeganie przepisów dotyczących BHP i p/poż.
4. Prowadzenie korespondencji.
5. Nadzór nad prawidłowym i racjonalnym wykorzystaniem sprzętu i wyposażenia gabinetu.
6. Nadzór nad zabezpieczeniem danych i dokumentów źródłowych Szpitala.
7. Przeciwdziałanie w powstawaniu strat, kradzieży, nadużyć i marnotrawstwa.
8. Współpraca ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Szpitala w trakcie realizacji zadań.
9. Udział w szkoleniach.

I. Podległość służbowa Pełnomocnika ds. Ochrony Informacji Niejawnych – Dyrektor Naczelny.

II. Do zadań Pełnomocnika ds. Ochrony Informacji Niejawnych w szczególności należy:

1. Organizacja ochrony informacji niejawnych.
2. Szkolenie pracowników w zakresie ochrony informacji niejawnych.
3. Postępowania sprawdzające, w celu ustalenia czy osoba nim objęta daje rękojmię zachowania tajemnicy.
4. Opracowanie planu ochrony informacji niejawnych i nadzorowanie jego realizacji.
5. Stosowanie środków fizycznej ochrony informacji niejawnych.
6. Kontrola ochrony informacji niejawnych oraz przestrzegania przepisów o ochronie tych informacji.
7. Ewidencjonowanie, przechowywanie, przetwarzanie i udostępnianie danych uzyskiwanych w związku z prowadzonymi postępowaniami o ustalenie rękojmi zachowania tajemnicy, w zakresie określonym w ankiecie bezpieczeństwa osobowego.
8. Współpraca właściwymi jednostkami i komórkami organizacyjnymi służb ochrony państwa.

III. Pełnomocnik ds. Ochrony Informacji Niejawnych ponosi odpowiedzialność za:

1. Dokumenty szpitalne.
2. Znajomość i przestrzeganie obowiązujących przepisów prawa, zarządzeń i instrukcji wewnętrznych.
3. Przestrzeganie przepisów dotyczących BHP i p/poż.
4. Prowadzenie korespondencji.
5. Nadzór nad prawidłowym i racjonalnym wykorzystaniem sprzętu i wyposażenia gabinetu.
6. Nadzór nad zabezpieczeniem danych i dokumentów źródłowych Szpitala.
7. Przeciwdziałanie w powstawaniu strat, kradzieży, nadużyć i marnotrawstwa.
8. Współpraca ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Szpitala w trakcie realizacji zadań.
9. Udział w szkoleniach.

Załącznik Nr 9.25 ZADANIA PEŁNOMOCNIKA DYREKTORA DS. JAKOŚCI

Pełnomocnik Dyrektora ds. Jakości podlega merytorycznie i organizacyjnie

Dyrektorowi szpitala.

Do zadań Pełnomocnika należy:

1. Kierowanie pracami Sekcji ds. Jakości i Komitetu ds. Jakości oraz
2. Nadzorowanie prac zespołu ds. sprawdzania prawidłowości i kompletności dokumentacji medycznej.
3. Merytoryczne przygotowanie dokumentacji systemowej zarządzania jakością zgodnie z przyjętym przez szpital systemem tj.: księgi jakości, procedur systemowych.
4. Sprawowanie nadzoru nad tworzoną i aktualizowaną dokumentacją operacyjną przyjętego systemu zarządzania jakością.
5. Opracowanie we współpracy z ordynatorami/kierownikami/oddziałowymi programów poprawy jakości.
6. Dokonywanie zbiorczych analiz wybranych wskaźników jakości.
7. Organizowanie i przedstawianie analiz Dyrektorowi i kadrze kierowniczej szpitala.
8. Planowanie i organizowanie audytów wewnętrznych.
9. Wnioskowanie lub podejmowanie działań zapobiegawczych i korygujących.
10. Organizowanie i przeprowadzanie przeglądów zarządzania.
11. Ścisła współpraca z dyрекcją oraz z kadrą kierowniczą komórek organizacyjnych szpitala, Pełnomocnikiem ds. praw pacjenta w zakresie doskonalenia jakości.
12. Współpraca z instytucjami, przeprowadzającymi zewnętrzną ocenę jakości w oparciu o Standardy Akredytacyjne, Międzynarodowe Normy Jakości i inne zgodnie z decyzją dyrektora.

Załącznik Nr 9.26 ZAKRES CZYNNOŚCI PEŁNOMOCNIKA DS. PRAW PACJENTA

I. Podległość służbowa Pełnomocnika ds. Praw Pacjenta – Dyrektor Naczelny.

II. Zastępstwo podczas nieobecności Pełnomocnika ds. Praw Pacjenta – Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa.

III. Do zadań Pełnomocnika ds. Praw Pacjenta w szczególności należy:

1. Rozwiązywanie bieżących problemów zgłaszanych przez pacjentów oraz ich rodzin lub przedstawicieli prawnych.
2. Przyjmowanie wniosków, uwag, skarg i pochwał od pacjentów.
3. Prowadzenie rejestru wniosków, uwag, skarg i pochwał wniesionych przez pacjentów.
4. Prowadzenie postępowań wyjaśniających w sprawach praktyk naruszających prawa pacjenta.
5. Monitorowanie poziomu satysfakcji pacjenta poprzez analizę wniosków, uwag, skarg i pochwał wniesionych przez pacjentów.
6. Występowanie do Dyrektora z wnioskami i uwagami podjętymi w wyniku prowadzonych przez siebie postępowań.
7. Opracowywanie i przekładanie Dyrektorowi projektów wewnętrznych aktów prawnych dotyczących ochrony praw pacjenta.
8. Składanie Dyrektorowi w styczniu każdego roku pisemnego sprawozdania ze swojej działalności w roku ubiegłym.
9. Współpraca z Rzecznikiem Praw Pacjenta.

IV. Pełnomocnik ds. Praw Pacjenta ponosi odpowiedzialność za:

1. Dokumenty szpitalne.
2. Znajomość i przestrzeganie obowiązujących przepisów prawa, zarządzeń i instrukcji wewnętrznych.
3. Przestrzeganie przepisów dotyczących BHP i p/poż.
4. Prowadzenie korespondencji.
5. Nadzór nad prawidłowym i racjonalnym wykorzystaniem sprzętu i wyposażenia gabinetu.
6. Nadzór nad zabezpieczeniem danych i dokumentów źródłowych Szpitala.
7. Przeciwdziałanie w powstawaniu strat, kradzieży, nadużyć i marnotrawstwa.
8. Współpraca ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Szpitala w trakcie realizacji zadań.
9. Udział w szkoleniach.

Załącznik Nr 9.27 ZAKRES CZYNNOŚCI LEKARZA NACZELNEGO

I. Podległość służbowa Lekarza Naczelnego – Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa.

II. Lekarz Naczelny Szpitala współorganizuje i współzarządza działalnością podstawową Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie.

III. Do zadań Lekarza Naczelnego w szczególności należy:

1. Zabezpieczenie i organizowanie sprawnego funkcjonowania opieki medycznej we współpracy z Zastępcą Dyrektora ds. Lecznictwa.
2. Zapewnienie sprawnej organizacji zadań realizowanych przez personel medyczny i jej kontrola we współpracy z Zastępcą Dyrektora ds. Lecznictwa.
3. Nadzór nad gospodarką lekami, środkami opatrunkowymi i sprzętem jednorazowego użytku oraz krwią i preparatami krwiopochodnymi wspólnie z Zastępcą Dyrektora ds. Lecznictwa.
4. Sprawowanie nadzoru nad dokumentacją medyczną oraz przeprowadzanie okresowych kontroli historii chorób i pozostałej dokumentacji medycznej we współpracy z Zastępcą Dyrektora ds. Lecznictwa.
5. Organizacja systemu kontroli i podnoszenia jakości usług medycznych realizowanych przez Zakład.
6. Stworzenie „Programu poprawy jakości usług medycznych” i nadzór nad realizacją.
7. Uczestnictwo w przygotowaniu zakładu do akredytacji i certyfikacji w dziedzinie jakości.
8. Prowadzenie polityki personalnej, zapewniającej efektywną realizację zadań we współpracy z Zastępcą Dyrektora ds. Lecznictwa.
9. Przeprowadzanie procedur mających na celu zawieranie z podmiotami leczniczymi umów cywilnoprawnych we współpracy z Zastępcą Dyrektora ds. Lecznictwa.
10. Udział w planowaniu strategicznym rozwoju Zakładu, odpowiedzialność za wykonanie zadań operacyjnych z tym związanych we współpracy z Zastępcą Dyrektora ds. Lecznictwa.
11. Aktywne uczestnictwo w pracach zespołów zadaniowych, a w szczególności Komisji Terapeutycznej i Zespołu ds. Analiz Zgonów.
12. Nadzór nad prawidłowym przebiegiem specjalizacji i innych form kształcenia lekarzy.
13. Nadzór nad kształceniem lekarzy rezydentów.
14. Współpraca przy organizacji i uruchomieniu nowego Bloku Operacyjnego.
15. Współpraca z ordynatorami, kierownikami zakładów i pracowni diagnostycznych oraz innych komórek organizacyjnych wspólnie z Zastępcą Dyrektora ds. Lecznictwa.
16. Współpraca z konsultantami dyscyplin klinicznych, innymi jednostkami służby zdrowia, Izbami Lekarskimi, Uniwersytetem Warmińsko – Mazurskim.
17. Współpraca z Zastępcą Dyrektora ds. ekonomiczno-finansowych w zakresie ząębającym się o

jego sferę działalności wspólnie z Zastępcą Dyrektora ds. Lecznictwa.

18. Bieżące informowanie Dyrektora o stanie realizacji zadań objętych zakresem działania, a w szczególności o powstałych brakach i niedociągnięciach wspólnie z Zastępcą Dyrektora ds. Lecznictwa.
19. Zarządzanie informacją wspólnie z Zastępcą Dyrektora ds. Lecznictwa.
20. Przestrzeganie przepisów prawa obowiązujących w podmiotach prowadzących działalność leczniczą w szczególności umożliwiających prawidłową realizację powierzonych zadań wspólnie z Zastępcą Dyrektora ds. Lecznictwa.
21. Przestrzeganie ogólnych i szczegółowych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej określonych przez NFZ.
22. Wykonywanie innych czynności zleconych przez Dyrektora, a wiążących się bezpośrednio z zakresem Pana działalności.

IV. Lekarz Naczelny ponosi odpowiedzialność za:

1. Dokumenty szpitalne.
2. Znajomość i przestrzeganie obowiązujących przepisów prawa, zarządzeń i instrukcji wewnętrznych.
3. Przestrzeganie przepisów dotyczących BHP i p/poż.
4. Prowadzenie korespondencji.
5. Nadzór nad prawidłowym i racjonalnym wykorzystaniem sprzętu i wyposażenia gabinetu.
6. Nadzór nad zabezpieczeniem danych i dokumentów źródłowych Szpitala.
7. Przeciwdziałanie w powstawaniu strat, kradzieży, nadużyć i marnotrawstwa.
8. Współpraca ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Szpitala w trakcie realizacji zadań.
9. Udział w szkoleniach.

Załącznik Nr 9.28 ZAKRES CZYNNOŚCI ADMINISTRATORA BEZPIECZEŃSTWA INFORMACJI (ABI)

I. Podległość służbowa – Dyrektor

II. Do obowiązków Administratora Bezpieczeństwa Informacji (ABI) należy w szczególności:

1. Zapewniania przestrzegania przepisów o ochronie danych osobowych, w szczególności poprzez:
 - a) opracowywanie planów sprawdzeń i sprawdzanie zgodności przetwarzanych danych osobowych z przepisami o ochronie danych osobowych oraz opracowanie w tym zakresie sprawozdania dla administratora danych oraz GODO (zbiory danych oraz systemy informatyczne powinny zostać objęte sprawdzeniem co najmniej raz na pięć lat),
 - b) nadzorowanie opracowania i aktualizowania dokumentacji, opisującej sposób przetwarzania danych oraz środki techniczne i organizacyjne zapewniające ochronę przetwarzanych danych osobowych odpowiednią do zagrożeń oraz kategorii danych objętych ochroną oraz przestrzegania zasad w niej określonych,
 - c) zapewnianie zapoznania osób upoważnionych do przetwarzania danych osobowych z przepisami o ochronie danych osobowych.
2. Prowadzenie rejestru zbiorów danych przetwarzanych w Szpitalu, z wyjątkiem zbiorów zawierających informacje niejawne, które zostały uzyskane w wyniku czynności operacyjno – rozpoznawczych przez funkcjonariuszy organów uprawnionych do tych czynności, zawierających: nazwę zbioru oraz oznaczenie administratora danych, cel przetwarzania danych, opis kategorii osób, których dane dotyczą oraz zakres przetwarzanych danych, sposób zbierania oraz udostępniania danych, informację o odbiorcach lub kategoriach odbiorców, którym dane mogą być przekazywane.
3. Wykonując swoje czynności ABI posiada uprawnienia do:
 - a) kontroli przestrzegania zasad ochrony danych osobowych w komórkach organizacyjnych oraz na poszczególnych stanowiskach pracy,
 - b) wskazywania zastosowania odpowiednich zabezpieczeń technicznych i wykonywania czynności organizacyjnych mających na celu zapewnienie skutecznej ochrony danych,
 - c) wnioskowanie o ograniczenie zakresu przetwarzania danych osobowych użytkownikom, którzy powodują zagrożenia bezpieczeństwa i ochrony danych osobowych,
 - d) udzielanie wytycznych dotyczących usuwania nieprawidłowości stwierdzonych w czasie kontroli i dostosowania ochrony danych do stanu zgodnego z przepisami prawa,

e) w przypadku wykrycia nieprawidłowości w toku weryfikacji poza sprawdzeniami:

- zawiadomienia administratora danych o nieopracowaniu lub brakach w dokumentacji przetwarzania danych lub jej elementach oraz działaniach podjętych w celu doprowadzenia dokumentacji do wymaganego stanu, w szczególności przedstawienia wdrożenia projektów dokumentów usuwających te niezgodności,
- zawiadomienia administratora danych o nieaktualności dokumentacji przetwarzania danych oraz przedstawienia do wdrożenia projektów dokumentów aktualizujących,
- pouczenia osoby nieprzestrzegającej zasad określonych w dokumentacji przetwarzania danych o prawidłowym sposobie ich realizacji lub zawiadomienia administratora danych, ze wskazaniem osoby odpowiedzialnej za naruszenie tych zasad.

f) zbieranie od użytkowników i ich przełożonych pisemnych wyjaśnień dotyczących spowodowania zagrożenia bezpieczeństwa danych.

Załącznik Nr 9.29 ZADANIA SEKCJI INWESTYCJI

I. Do zadań Sekcji Inwestycji należy w szczególności:

1. Gromadzenie i opracowywanie wniosków dotyczących potrzeb inwestycyjnych i remontowych WSS w Olsztynie.
2. Opracowywanie analiz, raportów i sprawozdań w zakresie działań inwestycyjnych i remontowych.
3. Opracowywanie projektów planów inwestycyjnych, w tym inwestycji modernizacyjnych wraz z określeniem założeń techniczno - ekonomicznych, efektywności, celowości, zasadności.
4. Opracowywanie projektów planów remontów bieżących wraz z określeniem założeń techniczno - ekonomicznych, efektywności, celowości, zasadności.
5. Realizacja planów inwestycyjnych i remontowych w WSS w Olsztynie.
6. Organizowanie procesów inwestycyjnych i remontowych w WSS w Olsztynie.
7. Przygotowywanie założeń użytkowych i projektowych na potrzeby inwestycji i remontów w WSS w Olsztynie.
8. Przygotowywanie elementów koncepcji technologicznych na potrzeby opracowywanych dokumentacji technicznych oraz prowadzonych inwestycji i zamierzeń remontowych.
9. Sporządzanie harmonogramów realizacyjnych, kosztorysów inwestorskich i przedmiarów robót inwestycyjnych i remontowych we własnym zakresie. Nadzór nad sporządzaniem kosztorysów inwestorskich i przedmiarów robót inwestycyjnych i remontowych przez usługodawców i wykonawców zewnętrznych.
10. Przygotowywanie i sporządzanie wniosków o zamówienia publiczne oraz współpraca w przeprowadzaniu postępowań przetargowych:
 - a) na potrzeby opracowywania dokumentacji technicznej,
 - b) na potrzeby pozyskiwania wykonawców robót inwestycyjnych i remontowych,
 - c) na inne potrzeby wynikające z zadań stojących przed Sekcją.
11. Pełnienie funkcji nadzoru inwestycyjnego lub nadzór nad pracą powołanego inwestora zastępczego.
12. Określenie zadań i obowiązków inwestora zastępczego w przypadku jego powołania.
13. Bieżące kontrolowanie robót inwestycyjnych i remontowych, w tym weryfikacja kosztorysów.
14. Rozliczanie finansowe i rzeczowe prowadzonych i zakończonych robót inwestycyjnych i remontowych, w tym weryfikacja protokołów, kosztorysów, faktur i innych materiałów przedłożonych przez wykonawców robót.
15. Bieżąca kontrola stanu zaawansowania rzeczowego i finansowego robót.

16. Dokonywanie odbioru robót w toku i zakończonych.
17. Przeprowadzenie określonych kontroli (przeglądów technicznych) obiektów, budowli i ich instalacji i powiązanych z nimi sieci, zgodnie z przepisami Prawa Budowlanego oraz dokonywanie stosownych wpisów w książkach obiektów budowlanych.

Załącznik Nr 9.30 ZAKRES CZYNNOŚCI PIEŁĘGNIARKI DS. EPIDEMIOLOGII

- I. Podległość służbowa Pielęgniarki ds. Epidemiologii – Dyrektor Naczelny**
- II. Zastępstwo podczas nieobecności Pielęgniarki ds. Epidemiologii - Przewodnicząca Zespołu ds. Zakażeń.**
- III. Do zadań Pielęgniarki ds. Epidemiologii w szczególności należy:**
 - 1. Opracowanie standardów, procedur z zakresu profilaktyki i zwalczania zakażeń szpitalnych.
 - 2. Nadzór nad wdrożeniem i przestrzeganiem procedur i standardów obowiązujących w szpitalu przez personel.
 - 3. Nadzór i monitoring stanu sanitarno – epidemiologicznego.
 - 4. Prowadzenie dochodzenia epidemiologicznego.
 - 5. Uczestnictwo w planowaniu opieki nad pacjentem z zakażeniem – wdrożenie zasad izolacji.
 - 6. Prowadzenie rejestrów dotyczących zakażeń szpitalnych i drobnoustrojów alarmowych.
 - 7. Prowadzenie dokumentacji Zespołu ds. Zakażeń.
 - 8. Opracowywanie i przekazywanie raportów półrocznych i rocznych o zakażeniach szpitalnych i drobnoustrojach alarmowych.
 - 9. Współpraca z komórkami szpitala, Państwową Inspekcją Sanitarną.
 - 10. Wydawanie zaleceń w aspekcie działań profilaktycznych.
 - 11. Współdecydowanie i uczestniczenie w sprawach mających wpływ na aktualną sytuację epidemiologiczną szpitala.
 - 12. Realizacja zadań wynikających z Ustaw i Rozporządzeń mających zastosowanie w ochronie zdrowia.

Załącznik Nr 9.31 ZADANIA SEKCJI KONTROLINGU

I. Działem kieruje – Kierownik

II. Podległość służbowa Kierownika – Z-ca Dyrektora ds. Administracyjno-Finansowych

III. Zastępstwo podczas nieobecności Kierownika – wyznaczony pracownik Działu

IV. Zakres podstawowych obowiązków:

1. Opracowanie, przygotowanie i wykonanie analiz ekonomicznych w postaci raportów okresowych i bieżących, w szczególności:
 - 1) przygotowywanie budżetu Szpitala w podziale na poszczególne oddziały i jednostki usługowe,
 - 2) przygotowywanie i analiza rentowności procedur medycznych na każdym oddziale, wyznaczanie BEP dla oddziałów oraz udział w planowaniu strategii rozwoju oddziałów szpitalnych,
 - 3) przygotowywanie i analiza rentowności procedur medycznych w jednostkach usługowych,
 - 4) przygotowywanie i analiza szczegółowa kosztów wg rodzaju.
2. Odpowiedzialność za rozwój i wdrażanie metod kalkulacji kosztów zgodnie z potrzebami analitycznymi Szpitala.
3. Monitorowanie poprawnej integracji modułów finansowych, controllingowych oraz medycznych w celu zapewnienie zgodności raportów zarządczych ze sprawozdaniem finansowym Szpitala (Rachunek Wyników, Bilans, CF).
4. Aktywny udział w rozwoju systemów informatycznych wspomagających zarządzanie Szpitalem.
5. Analiza NPV nowych projektów rozwojowych (inwestycyjnych i medycznych) Szpitala.
6. Aktywny udział w analizie, opracowywaniu i wdrażaniu nowych procedur finansowych i systemowych w celu poprawy efektywności finansowej i rozwoju Szpitala.
7. Ścisła współpraca z działem księgowości oraz działem zarządzania rentownością oddziałów w zakresie raportowania oraz analiz ekonomicznych.

Załącznik Nr 9.32 ZAKRES CZYNNOŚCI PRACOWNIKA DS. SOCJALNYCH

I. Podległość służbowa Pracownika ds. socjalnych – Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa.

II. Zastępstwo podczas nieobecności Pracownika ds. socjalnych – Sekretarka medyczna

III. Do zadań Pracownika ds. Socjalnych w szczególności należy:

1. Współpraca z personelem oddziałów w zakresie pacjentów wymagających dalszej opieki poszpitalnej.
2. Nawiązaniu kontaktu z rodziną pacjenta wymagającego dalszej opieki.
3. Rozpoznanie warunków socjalno – bytowych pacjenta.
4. Organizowanie opieki poszpitalnej w zakresie przygotowania dokumentacji, transportu.
5. Współpraca z placówkami, które zajmują się opieką ludźmi z zakończonym procesem leczniczym i dostosowaniem ich do jak możliwie dobrego funkcjonowania w rodzinie lub w placówkach opiekuńczo – pielęgnacyjnych i leczniczych.
5. Prowadzenie rejestru pacjentów przekazanych do zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych, leczniczych i innych.
6. Przygotowanie dokumentacji i meldowanie noworodków oczekujących na Dom Małego Dziecka.
7. Zgłaszanie do MOPS-u nieubezpieczonych, w celu ustalenia uprawnień do bezpłatnego korzystania ze świadczeń opieki medycznej lub zgłaszanie pacjenta pracownikom Działu ds. Kontraktowania i Rozliczeń w celu wystawienia faktury.

Załącznik Nr 9.33 STRUKTURA I ZADANIA ADMINISTRACYJNE PRZYCHODNI

I. Przychodnią kieruje – Kierownik ds. administracyjnych przychodni

II. Podległość służbowa Kierownika – Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa.

III. Zastępstwo podczas nieobecności Kierownika – wyznaczony pracownik administracyjny przychodni.

IV. Struktura organizacyjna:

1) Rejestracja

V. Do zadań Kierownika ds. administracyjnych przychodni należy w szczególności:

1. Kierowanie pracą podległych pracowników w sposób zapewniający nieprzerwaną ciągłość realizacji zadań w zakresie dokumentacji i rejestracji chorych oraz sprawowanie bieżącego nadzoru i kontroli nad zadaniami przez nich realizowanymi.
2. Nadzór i kontrola nad terminowym wykonywaniem powierzonych zadań przez przełożonych.
3. Odpowiedzialność za dokumenty dotyczące pacjentów.
4. Znajomość i przestrzeganie obowiązujących przepisów prawa, zarządzeń i instrukcji wewnętrznych oraz zapoznawanie z nimi pracowników.
5. Przestrzeganie przepisów dotyczących BHP i p/poż. oraz zapoznawanie z nimi pracowników.
6. Prowadzenie korespondencji.
7. Nadzór nad prawidłowym i racjonalnym wykorzystaniem sprzętu i wyposażenia części administracyjnej przychodni.
8. Nadzór nad zabezpieczeniem danych i dokumentów źródłowych Szpitala.
9. Przeciwdziałanie w powstawaniu strat, kradzieży, nadużyć i marnotrawstwa.
10. Przestrzeganie dyscypliny pracy i egzekwowanie jej od pracowników.

VI. Do zadań administracyjnych przychodni w szczególności należy:

1. Rejestrowanie pacjentów do poszczególnych poradni:
 - a) udzielanie osobom zgłaszającym się wyczerpujących informacji o dniu, godzinach pracy poszczególnych poradni,
 - b) rejestracja pacjentów zgłaszających się osobiście, telefonicznie lub za pośrednictwem osób trzecich,
 - c) sprawdzanie uprawnień pacjenta do świadczeń,
 - d) w przypadku zmiany czasu pracy poradni lub czasowego jej zamknięcia niezwłoczne powiadamianie pacjentów o zmianie terminu wizyty,
 - e) zakładanie historii chorób,
 - f) porządkowanie dokumentacji po zakończeniu przyjęć w poradni,

- g) gromadzenie, porządkowanie i przechowywanie dokumentów,
- h) zapewnienie rejestrowania i ewentualne załatwianie poza kolejnością osób o widocznym kalectwie, z widocznym złym samopoczuciem, przywiezionych przez karetki pogotowia, kobiet ciężarnych, pacjentów uprawnionych do przyjęcia poza kolejnością (zasłużeni honorowi dawcy krwi, zasłużeni dawcy przeszczepów, kombatancki, inwalidzi wojenni, inwalidzi wojskowi, osoby represjonowane).

2. Organizacja i administracja pracy poradni:

- a) nadzór nad spełnianiem wymagań NFZ dotyczących organizacji pracy poradni,
- b) administrowanie pomieszczeniami poradni i zgłaszanie o zmianach jednostkom,
- c) ustalanie harmonogramów pracy poradni,
- d) wprowadzanie odpowiedniego oznakowania Przychodni,
- e) przygotowywanie danych do celów rozliczeniowych,
- f) nadzorowanie prac porządkowych wykonywanych przez firmę zewnętrzną.

3. Badania kliniczne i badania naukowe:

- a) przyjmowanie wniosków na realizację badań klinicznych i badań naukowych,
- b) kompletowanie dokumentacji dot. badań zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa,
- c) organizowanie spotkań Zespołu ds. badań klinicznych i badań naukowych w zależności od bieżących potrzeb,
- d) weryfikowanie zapisów umowy i aneksów,
- e) negocjacje budżetu,
- f) nadzór nad poprawnym zawarciem umowy oraz aneksów,
- g) wystawianie polecenia płatności zgodnie z zapisami umowy.

4. Sporządzanie ofert do przetargów i konkursów na wykonywanie świadczeń zdrowotnych.

5. Prowadzenie korespondencji.

6. Współpraca ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Szpitala w trakcie realizacji zadań.

7. Udział w szkoleniach.