

**REGULAMIN ORGANIZACYJNY**  
**Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 1**  
**im. prof. Tadeusza Sokołowskiego**  
**Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie**

**CZĘŚĆ I**  
**Postanowienia ogólne**

§1

1. Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 im. prof. Tadeusza Sokołowskiego Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie, zwany dalej „**SPSK Nr 1**” lub „**Szpitałem**”, jest podmiotem leczniczym, którego przedmiotem działalności jest udzielanie świadczeń zdrowotnych, realizacja zadań dydaktycznych oraz prowadzenia badań naukowych i prac badawczo – rozwojowych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.
2. SPSK Nr 1 działa na podstawie:
  - a) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (j.t. z 2016 r. DzU poz. 1638ze zm.),
  - b) innych powszechnie obowiązujących przepisów prawa,
  - c) Statutu Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 1 im. prof. Tadeusza Sokołowskiego Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie, zwanego dalej „**Statutem SPSK Nr 1**”, oraz
  - d) niniejszego Regulaminu Organizacyjnego, zwanego dalej „**Regulaminem**”.
3. Firma Szpitala brzmi: Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 im. prof. Tadeusza Sokołowskiego Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie.
4. Szpital może używać nazwy skróconej: SPSK-1.

§2

1. Niniejszy Regulamin określa w szczególności:
  - 1) cele i zadania Szpitala,
  - 2) strukturę organizacyjną Szpitala,
  - 3) strukturę organizacyjną zakładów leczniczych<sup>1</sup> Szpitala,
  - 4) rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń,
  - 5) miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych,
  - 6) przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości tych świadczeń w jednostkach i komórkach organizacyjnych Szpitala,
  - 7) organizację, zadania i obowiązki poszczególnych jednostek i komórek organizacyjnych Szpitala,
  - 8) warunki współdziałania tych jednostek i komórek dla zapewnienia sprawnego i efektywnego funkcjonowania pod względem diagnostyczno-leczniczym, pielęgnacyjnym, rehabilitacyjnym i administracyjno-gospodarczym,
  - 9) warunki współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji pacjentów oraz ciągłości przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych,
  - 10) sposób kierowania jednostkami lub komórkami organizacyjnymi Szpitala,

---

<sup>1</sup> Zarządzenie 12/2018, zmieniono przedsiębiorstwa na: zakłady lecznicze

- 11) wysokość opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej,
  - 12) organizację procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat,
  - 13) wysokość opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta od osób uprawnionych do pochowania zwłok na podstawie ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (j.t. z 2011 r., Dz.U. Nr 118, poz. 687 ze zm.) oraz od podmiotów, na zlecenie których przechowuje się zwłoki w związku z toczącym się postępowaniem karnym,
  - 14) wysokość opłat za udzielane świadczenia zdrowotne inne niż finansowane ze środków publicznych,
  - 15) prawa i obowiązki pacjenta,
  - 16) obowiązki Szpitala w razie śmierci pacjenta.
2. Regulamin Organizacyjny ustala Dyrektor Szpitala, po zasięgnięciu opinii Rady Społecznej Szpitala.

## **CZĘŚĆ II**

### **Organizacja i zarządzanie Szpitalem**

#### **Rozdział I**

#### **Organy Szpitala**

##### §3

1. Organami Szpitala są:
  - 1) Dyrektor,
  - 2) Rada Społeczna.
2. W Szpitalu działa również Rada Klinikistów, będąca organem pomocniczym i doradczym Dyrektora.

##### §4

1. Dyrektora powołuje Rektor Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie w wyniku przeprowadzonego konkursu.
2. Umowa o pracę lub cywilnoprawna zawarta z Dyrektorem może być rozwiązana przez Rektora Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie po zaopiniowaniu przez Radę Społeczną Szpitala.

##### §5

1. Dyrektor kieruje Szpitalem, a w szczególności:
  - 1) ustala plany i kierunki działalności Szpitala,
  - 2) realizuje politykę kadrową,
  - 3) odpowiada za wyniki działalności Szpitala,
  - 4) reprezentuje Szpital,
  - 5) podejmuje decyzje we wszystkich sprawach dotyczących Szpitala, niezastrzeżone dla innych organów,
  - 6) zapewnia prawidłowe funkcjonowanie kontroli zarządczej,
  - 7) odpowiada za realizację nałożonych na Szpital zadań obronnych.
2. Dyrektor jest pracodawcą i przełożonym wszystkich pracowników Szpitala.
3. Dyrektora w czasie jego nieobecności zastępuje Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa.

##### §6

Skład i tryb powołania Rady Społecznej Szpitala określa ustawa o działalności leczniczej.

#### §7

1. Rada Społeczna jest organem inicjującym i opiniodawczym Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie i doradczym Dyrektora Szpitala.
2. Szczegółowy zakres zadań Rady Społecznej określa ustawa o działalności leczniczej.
3. Rada Społeczna działa na podstawie uchwalonego przez siebie regulaminu, zatwierdzonego przez Rektora Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie.

#### §8

1. Rada Klinikystów jest organem pomocniczym i doradczym Dyrektora.
2. Szczegółowy zakres zadań Rady Klinikystów określa Statut Szpitala.
3. Rada Klinikystów działa na podstawie regulaminu zaopiniowanego przez Dyrektora Szpitala i zatwierdzonego przez Rektora Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie.

### **Rozdział II Zarządzanie Szpitalem**

#### §9

1. Dyrektor zarządza Szpitalem przy pomocy:
  - 1) Zastępców Dyrektora ds. Lecznictwa,
  - 2) Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych – Głównego Księgowego,
  - 3) Zastępcy Dyrektora ds. Eksploatacyjno-Technicznych,
  - 4) Zastępcy Dyrektora ds. Administracyjnych,
  - 5) Pielęgniarki Naczelnej,
2. Zastępcy dyrektora kierują działalnością podporządkowanych im pionów w zakresie ustalonym przez niniejszy regulamin i Dyrektora.
3. Dyrektor może ustanawiać pełnomocników do realizacji określonych zadań oraz ustalać zakres i czas ich umocowania.

### **Rozdział III Obowiązki zastępców Dyrektora**

#### §10

1. Zastępcy Dyrektora kierują działalnością podległych im pionów, zgodnie z przyjętym w Szpitalu podziałem zadań.
2. Zastępcy Dyrektora ponoszą odpowiedzialność za zadania realizowane przez podległe im jednostki i komórki organizacyjne.
3. Do obowiązków Zastępców Dyrektora w szczególności należy:
  - 1) organizacja i koordynacja pracy podległych jednostek i komórek organizacyjnych oraz samodzielnych stanowisk pracy,
  - 2) merytoryczny i funkcjonalny nadzór nad realizacją zadań pionu poprzez nadzór i kontrolę wykonywania zadań przez podległe jednostki i komórki organizacyjne oraz stanowiska pracy,
  - 3) dokonywanie bieżącej i okresowej analizy wyników działalności podległych jednostek i komórek organizacyjnych oraz samodzielnych stanowisk pracy,
  - 4) ustalanie kierunkowych planów tematycznych działalności podległego pionu,
  - 5) przygotowywanie projektów zmian w wewnętrznej strukturze organizacyjnej pionu i projektów ramowych zadań podległych jednostek i komórek organizacyjnych oraz samodzielnych stanowisk pracy,
  - 6) podejmowanie decyzji dotyczących działalności pionu, z wyjątkiem spraw zastrzeżonych do wyłącznej decyzji Dyrektora lub właściwości Rady Społecznej,

- 7) realizacja przyjętej w Szpitalu polityki kadrowej w oparciu o zasadę optymalizacji zatrudnienia i racjonalnego wykorzystywania istniejących zasobów kadrowych,
  - 8) właściwy dobór kadry kierowniczej, opiniowanie kwalifikacji osób na stanowiska kierownicze,
  - 9) przedkładanie Dyrektorowi wniosków w sprawach kadrowych, w tym dotyczących powołania pracownika na stanowisko kierownicze lub odwołania go z zajmowanego stanowiska,
  - 10) nadzór nad prawidłowym zabezpieczeniem składników majątkowych będących w dyspozycji pionu,
  - 11) tworzenie optymalnych warunków pracy, dbałość o podnoszenie kwalifikacji zawodowych podległych pracowników.
4. Zastępcy Dyrektora realizują inne zadania powierzone im przez Dyrektora.

#### **Rozdział IV** **Obowiązki kierowników** **jednostek i komórek organizacyjnych**

##### §11

1. Komórkami organizacyjnymi działalności medycznej Szpitala kierują lekarze kierujący, którzy ponoszą z tego tytułu odpowiedzialność przed Dyrektorem lub Zastępcą Dyrektora ds. Lecznictwa.
2. Innymi niż wskazane w ust. 1 komórkami organizacyjnymi Szpitala kierują kierownicy, którzy ponoszą z tego tytułu odpowiedzialność przed Dyrektorem lub jego właściwym zastępcą.
3. Osoby wymienione w ust. 1 – 2 odpowiadają również za realizację celów i zadań podległej jednostki organizacyjnej, z uwzględnieniem standardów kontroli zarządczej oraz pełną nadzór w zakresie przygotowania lub realizacji zamówień publicznych związanych z działalnością tej jednostki.
4. W jednostkach organizacyjnych Szpitala, może być utworzone stanowisko zastępcy. Zastępca kieruje przydzielonym mu przez lekarza kierującego albo kierownika zakresem pracy i odpowiada przed lekarzem kierującym lub kierownikiem za właściwe wykonanie tych obowiązków. Zastępca zastępuje również lekarza kierującego albo kierownika w czasie jego nieobecności – za pełnienie obowiązków w tym zakresie zastępca odpowiada przed Dyrektorem lub jego właściwym zastępcą.
5. W jednostkach organizacyjnych, w których nie utworzono stanowiska zastępcy, funkcję tę pełni w czasie nieobecności lekarza kierującego albo kierownika, upoważniony przez niego pracownik. Powierzenie wykonywania powyższych obowiązków wymaga zgody Dyrektora.

##### §12

1. Lekarze kierujący i kierownicy ponoszą odpowiedzialność za realizację zadań podległych im jednostek i komórek, a w szczególności za:
  - 1) właściwą organizację pracy w podległych im jednostkach i komórkach organizacyjnych, zapewniającą realizację powierzonych zadań,
  - 2) koordynację bieżących prac,
  - 3) nadzór i kontrolę prawidłowości i terminowości wykonywania obowiązków służbowych przez podległych im pracowników,
  - 4) nadzór nad rzetelnym prowadzeniem dokumentacji oraz sprawozdawczości z zakresu wykonanych przez daną jednostkę lub komórkę organizacyjną prac, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa oraz wewnętrznymi regulacjami Szpitala,

- 5) skutki podjętych przez siebie działań lub ich zaniechań,
  - 6) właściwą gospodarkę powierzonym mieniem i jego ochronę, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami i regulacjami wewnętrznymi Szpitala,
  - 7) przestrzeganie przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy oraz przepisów przeciwpożarowych obowiązujących dla poszczególnych stanowisk pracy,
  - 8) dyscyplinę pracy i efektywne wykorzystywanie czasu pracy przez podległych im pracowników.
2. Lekarze kierujący i kierownicy odpowiadają za wykonywanie zadań merytorycznie związanych z zakresem działalności kierowanych przez nich jednostek lub komórek organizacyjnych oraz doraźnie zleczanych przez Dyrektora lub jego Zastępcę właściwego dla przedmiotu działania danej jednostki lub komórki organizacyjnej.
  3. Lekarze kierujący i kierownicy realizują zadania wynikające z niniejszego Regulaminu oraz powierzone im imiennie przez Dyrektora lub jego Zastępcę, zgodnie z podporządkowaniem organizacyjnym.
  4. Lekarz kierujący i kierownik jest przełożonym pracowników zatrudnionych w danej jednostce organizacyjnej.

#### §13

Do obowiązków lekarzy kierujących i kierowników należy zapoznawanie się z powszechnie obowiązującymi i wewnętrznymi przepisami prawa oraz przekazywanie ich podległym pracownikom w celu umożliwienia zapoznania się z ich treścią i stosowania w realizacji bieżących zadań.

#### §14

1. Lekarze kierujący i kierownicy uczestniczą w realizacji przyjętej w Szpitalu polityki kadrowej, kierując się zasadą optymalnego dla potrzeb danej jednostki zatrudnienia oraz racjonalnego wykorzystania istniejących zasobów kadrowych.
2. Lekarze kierujący i kierownicy dbają o podnoszenie kwalifikacji zawodowych podległych im pracowników.
3. Lekarze kierujący i kierownicy realizują politykę kadrową również poprzez wnioskowanie o nagradzanie, awansowanie lub ukaranie pracownika, zgodnie z obowiązującymi regulaminami pracy i wynagradzania.

#### §15

1. Lekarze kierujący i kierownicy ustalają indywidualne zakresy obowiązków dla pracowników jednostek organizacyjnych im podległych.
2. Lekarze kierujący i kierownicy zobowiązani są do ustalenia indywidualnych zakresów obowiązków niezwłocznie po przystąpieniu pracownika do pracy lub po zmianie rodzaju pracy.
3. Zakresy obowiązków, o których mowa w ust. 1-2, są ustalane w formie pisemnej (opis stanowiska pracy) i podpisywane przez kierującego danym pionem.
4. Opisy stanowisk pracy sporządzane są w dwóch egzemplarzach: jeden dla pracownika, drugi do akt osobowych.

### **Rozdział V** **Obowiązki i uprawnienia** **pracowników Szpitala**

#### §16

1. Obowiązki służbowe pracowników Szpitala określają ich indywidualne zakresy czynności.

2. Ogólne prawa i obowiązki pracowników wynikające z przepisów prawa pracy określają regulaminy pracy i wynagradzania.

## **Rozdział VI** **Organizacja Szpitala**

### §17

1. Struktura organizacyjna Szpitala, z zastrzeżeniem ust. 2, obejmuje: piony, jednostki i komórki organizacyjne oraz samodzielne stanowiska pracy.
2. W strukturze organizacyjnej pionu Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa wyodrębnia się nadto zakłady lecznicze<sup>2</sup>, na zasadach określonych w dalszej części niniejszego Regulaminu.
3. Niemedyczne: piony, jednostki i komórki organizacyjne lub samodzielne stanowiska pracy, tworzy, likwiduje lub przekształca Dyrektor.
4. Strukturę organizacyjną Szpitala określa **Załącznik Nr 1** do Regulaminu.

### §18

Zadania Szpitala realizowane są przez piony:

- 1) Dyrektora,
- 2) Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa,
- 3) Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomiczno – Finansowych, Głównego Księgowego
- 4) Zastępcy Dyrektora ds. Eksploatacyjno – Technicznych,
- 5) Zastępcy Dyrektora ds. Administracyjnych,
- 6) Naczelnej Pielęgniarki,

### §19

1. Strukturę niemedycznych jednostek organizacyjnych tworzą: działy, sekcje lub samodzielne stanowiska pracy.
2. Wewnętrzną strukturę organizacyjną działów mogą tworzyć sekcje.

### §20

1. W strukturę organizacyjną pionu Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa wchodzi: kliniki, oddziały kliniczne, oddziały, zakłady, izba przyjęć, apteka, poradnie, pracownie i inne jednostki o charakterze medycznym.
2. W strukturę organizacyjną pionu Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa mogą również wchodzić sekcje lub samodzielne stanowiska pracy.
3. Wewnętrzną strukturę organizacyjną klinik mogą tworzyć: oddziały, pododdziały, zakłady oraz pracownie.
4. Wewnętrzną strukturę organizacyjną zakładów mogą tworzyć pracownie.
5. W przypadkach uzasadnionych specyfiką zakresu działania, wymagającą szczególnej formy organizacyjnej, nazewnictwo jednostek i komórek organizacyjnych pionu może odbiegać od wskazanego w ust 1–4.

### §21

1. Jednostki i komórki organizacyjne oraz stanowiska pracy pionu Dyrektora wykonują zadania na rzecz realizacji celów statutowych Szpitala, a w szczególności w zakresie:
  - 1) organizacji i zarządzania, obsługi prawnej i kształtowania stosunków prawnych z innymi podmiotami,

---

<sup>2</sup> Zarządzenie 12/2018, zmieniono przedsiębiorstwa na: zakłady lecznicze

- 2) współpracy z Radą Społeczną i Radą Klinikistów,
  - 3) prowadzenia polityki kadrowej i obsługi pracowników w zakresie spraw pracowniczych, w tym w zakresie naliczania wynagrodzeń i innych świadczeń związanych z pracą,
  - 4) systemu zarządzania jakością (ISO),
  - 5) kontaktów z mediami,
  - 6) obsługi administracyjnej,
  - 7) obsługi kancelaryjnej,
  - 8) administrowania bezpieczeństwem informacji,
  - 9) przestrzegania warunków bezpieczeństwa i higieny pracy,
  - 10) obronności i obrony cywilnej.
2. Zadania statutowe realizowane są bezpośrednio przez jednostki i komórki organizacyjne oraz stanowiska pracy pionów:
- 1) Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa oraz Naczelnej Pielęgniarki – w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych,
  - 2) Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomiczno – Finansowych, Głównego Księgowego – w zakresie finansów i księgowości,
  - 3) Zastępcy Dyrektora ds. Eksploatacyjno – Technicznych – w zakresie obsługi technicznej i zabezpieczenia eksploatacyjnego,
  - 4) Zastępcy Dyrektora ds. Administracyjnych w zakresie obsługi administracyjnej i gospodarczej.
3. Jednostki i komórki organizacyjne oraz stanowiska pracy pionu Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa wykonują zadania w zakresie:
- 1) leczenia stacjonarnego – zapewnienie pacjentom całodobowej opieki,
  - 2) leczniczego ogólnego i wysokospecjalistycznego,
  - 3) leczenia ambulatoryjnego – prowadzenie działalności konsultacyjnej, leczniczej i profilaktycznej,
  - 4) postępowania rehabilitacyjnego – udzielanie świadczeń w zakresie fizjoterapii oraz psychoterapii w ramach opieki stacjonarnej,
  - 5) diagnostyki – wykonywanie badań i procedur dla potrzeb rozpoznania choroby, ustalenia sposobu terapii i rehabilitacji,
  - 6) zakupu usług zdrowotnych,
  - 7) sprzedaży i rozliczania udzielanych przez Szpital usług medycznych,
  - 8) zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych,
  - 9) profilaktyki i promocji zdrowia,
  - 10) kształcenia przeddyplomowego i podyplomowego oraz innych form szkolenia i doskonalenia zawodowego personelu medycznego,
  - 11) zarządzania jakością, poprawy jakości i efektywności ekonomicznej udzielania świadczeń zdrowotnych oraz wdrażania nowych technologii medycznych,
  - 12) analizy rynku i konkurencyjności w zakresie usług medycznych,
  - 13) nadzoru nad realizacją planu finansowego i inwestycyjnego w zakresie zakupu produktów leczniczych, sprzętu i aparatury medycznej,
  - 14) koordynowania badań i prac prowadzonych z udziałem innych podmiotów,
  - 15) prowadzenia dokumentacji badań klinicznych,
  - 16) współpracy z Pomorskim Uniwersytetem Medycznym w Szczecinie oraz innymi uczelniami i jednostkami naukowo – badawczymi w zakresie badań naukowych,
  - 17) nałożonych na Szpital zadań obronnych, wynikających z przepisów ustawy o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej (t.j. Dz.U. z 2015r., poz. 827).
4. Jednostki i komórki organizacyjne oraz stanowiska pracy pionu Naczelnej Pielęgniarki wykonują zadania w szczególności w zakresie: organizacji pracy pielęgniarskiej, czynności pielęgnacyjnych i opiekuńczych, monitorowania zaopatrzenia w sprzęt, narzędzia i inne

wyroby medyczne, środki do sterylizacji i dezynfekcji oraz kontroli procesów sterylizacyjnych, prowadzenia działalności na rzecz profilaktyki i promocji zdrowia, kształcenia przeddyplomowego i podyplomowego oraz innych form szkolenia i doskonalenia zawodowego personelu pielęgniarskiego i innego podległego, sterylizacji oraz żywienia.

- a. Jednostki i komórki organizacyjne oraz stanowiska pracy pionu Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomiczno – Finansowych, Głównego Księgowego realizują zadania w zakresie obsługi finansowo-księgowej, w tym sprawozdawczości finansowej i statystycznej, prowadzenia ksiąg rachunkowych, realizacji umów i zaopatrzenia.
- b. Jednostki i komórki organizacyjne oraz stanowiska pracy pionu Zastępcy Dyrektora ds. Eksploatacyjno – Technicznych realizują zadania w zakresie w szczególności: administrowania majątkiem, w tym nieruchomościami, inwentaryzacji mienia, nadzoru technicznego, wykonywania remontów budynków i budowli, remontów i konserwacji aparatury medycznej i innych urządzeń technicznych, obsługi technicznej prac wynikających z działalności statutowej Szpitala.
- c. Jednostki i komórki organizacyjne oraz stanowiska pracy pionu Zastępcy Dyrektora ds. Administracyjnych realizują zadania w zakresie w szczególności: zabezpieczenia informatycznego, prowadzenia postępowań o udzielenie zamówienia publicznego, obsługi administracyjno – gospodarczej, transportu oraz archiwizacji dokumentów.
- d. Zakres zadań jednostek i komórek organizacyjnych oraz samodzielnych stanowisk pracy poszczególnych pionów działalności Szpitala określa **Załącznik Nr 2** do niniejszego Regulaminu.

## **Rozdział VII**

### **Akty kierownictwa wewnętrznego**

#### §22

1. Regulacje określające szczegółowe zasady działalności i/lub tryb postępowania wprowadzane są zarządzeniami Dyrektora lub poleceniami wewnętrznymi Dyrektora lub Zastępcy Dyrektora właściwego dla przedmiotu regulacji.
2. Zarządzeniami Dyrektora, po zaopiniowaniu przez Radę Społeczną, wprowadza się również zmiany do niniejszego Regulaminu.

## **CZĘŚĆ III**

### **Działalność lecznicza Szpitala**

#### **Rozdział I**

#### **Działalność lecznicza wykonywana w ramach zakładów leczniczych<sup>3</sup>**

#### §23

1. Szpital uczestniczy w systemie ochrony zdrowia wykonując zadania w ramach:
  - 1) Zakładów leczniczych<sup>4</sup> wykonujących zadania z zakresu lecznictwa stacjonarnego – poprzez zapewnienie pacjentom całodobowej opieki i leczenia,
  - 2) Zakładów leczniczych<sup>5</sup> Ambulatorium i Diagnostyka wykonujących zadania z zakresu lecznictwa ambulatoryjnego i diagnostyki – poprzez prowadzenie działalności konsultacyjnej i leczniczej, wykonywanie badań i procedur dla potrzeb rozpoznania choroby, ustalenia sposobu terapii i rehabilitacji.

<sup>3</sup> Zarządzenie 12/2018, zmieniono przedsiębiorstwa na: zakłady lecznicze

<sup>4</sup> Zarządzenie 12/2018, zmieniono przedsiębiorstwa na: zakłady lecznicze

<sup>5</sup> Zarządzenie 12/2018, zmieniono przedsiębiorstwa na: zakłady lecznicze



2. Zakłady lecznicze<sup>6</sup> wykonują również zadania z zakresu:
  - 1) profilaktyki – poprzez realizację świadczeń zdrowotnych oraz programów zapobiegania chorobom i ich wczesnego wykrywania,
  - 2) realizacji programów polityki zdrowotnej,
  - 3) prowadzenia edukacji i promocji zdrowia.
3. Przez świadczenia zdrowotne rozumie się działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych, regulujących zasady ich wykonywania.
4. Świadczeniami szpitalnymi są wykonywane całą dobę kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w innych niż stacjonarne i całodobowe warunkach.
5. Świadczeniami szpitalnymi są także świadczenia wykonywane z zamiarem udzielania ich w czasie nieprzekraczającym 24 godzin.
6. Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne obejmują świadczenia specjalistycznej opieki zdrowotnej oraz świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej, udzielane w sytuacjach niewymagających ich udzielania w trybie stacjonarnym i całodobowym. Udzielanie tych świadczeń może odbywać się w odpowiednio urządzonych i wyposażonych stałych pomieszczeniach Szpitala lub w miejscu pobytu pacjenta (dotyczy psychiatrii).
7. Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne mogą obejmować także badania diagnostyczne wykonywane w celu rozpoznania stanu zdrowia i ustalenia dalszego postępowania leczniczego.
8. <sup>7</sup>W Szpitalu świadczenia szpitalne udzielane są w zakresie następujących specjalności medycznych (wg. wykazu dziedzin medycyny określonych rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (j.t. z 2019 r., poz. 173 z późn. zm.):
  - anestezjologii i intensywnej terapii,
  - chirurgii dziecięcej,
  - chirurgii naczyniowej,
  - chirurgii ogólnej,
  - chirurgii onkologicznej,
  - chirurgii plastycznej,
  - chirurgii szczękowo – twarzowej,
  - chorób wewnętrznych,
  - dermatologii i wenerologii,
  - diabetologii,
  - endokrynologii,
  - endokrynologii ginekologicznej i rozrodczości,
  - endokrynologii i diabetologii dziecięcej,
  - gastroenterologii,
  - gastroenterologii dziecięcej,
  - genetyki klinicznej,
  - geriatry,
  - ginekologii onkologicznej,
  - hematologii,
  - hipertensjologii,
  - immunologii klinicznej,
  - intensywnej terapii,
  - kardiologii dziecięcej,
  - medycyny ratunkowej,

---

<sup>6</sup> Zarządzenie 12/2018, zmieniono przedsiębiorstwa na: zakłady lecznicze

<sup>7</sup> Zapis ust. 8 w całości zmieniono Zarządzeniem Nr 5/2020

- neonatologii,
- neurochirurgii,
- neurologii,
- onkologii i hematologii dziecięcej,
- onkologii klinicznej,
- ortopedii i traumatologii narządu ruchu,
- otorynolaryngologii,
- otorynolaryngologii dziecięcej,
- pediatrii,
- pediatrii metabolicznej,
- perinatologii,
- położnictwa i ginekologii,
- psychiatrii,
- radiofarmacji,
- radioterapii onkologicznej,
- reumatologii,
- transplantologii klinicznej,
- urologii,
- urologii dziecięcej.

9. <sup>8</sup>Lecznictwo ambulatoryjne dla dorosłych oraz młodzieży i dzieci prowadzone jest w zakresie następujących specjalności:

- anestezjologii i intensywnej terapii,
- audiologii i foniatrii,
- chirurgii dziecięcej,
- chirurgii naczyniowej,
- chirurgii ogólnej,
- chirurgii onkologicznej,
- chirurgii plastycznej,
- chirurgii szczękowo – twarzowej,
- chorób wewnętrznych,
- dermatologii i wenerologii,
- diabetologii,
- endokrynologii,
- endokrynologii ginekologicznej i rozrodczości,
- endokrynologii i diabetologii dziecięcej,
- gastroenterologii,
- gastroenterologii dziecięcej,
- genetyki klinicznej,
- geriatricznej,
- ginekologii,
- ginekologii onkologicznej,
- hematologii,
- hipertensjologii,
- immunologii klinicznej,
- intensywnej terapii,
- kardiologii dziecięcej,
- medycyny nuklearnej,
- neonatologii,
- neurochirurgii,
- neurologii,
- onkologii i hematologii dziecięcej,

---

<sup>8</sup> Zapis ust. 8 w całości zmieniono Zarządzeniem Nr 5/2020

- onkologii klinicznej,
  - ortopedii i traumatologii narządu ruchu,
  - otorynolaryngologii,
  - otorynolaryngologii dziecięcej,
  - patologii noworodków i wcześniaków,
  - pediatrii,
  - pediatrii metabolicznej,
  - perinatologii,
  - położnictwa i ginekologii,
  - psychiatrii,
  - reumatologii,
  - transplantologii klinicznej,
  - urologii,
  - urologii dziecięcej,
  - osteoporoza<sup>9</sup>,
  - stomatologia,
  - kariologia,<sup>10</sup>
10. Działalność diagnostyczna prowadzona jest w szczególności w zakresie:
- 1) diagnostyki laboratoryjnej,
  - 2) diagnostyki obrazowej,
  - 3) mikrobiologii,
  - 4) medycyny nuklearnej,
  - 5) patomorfologii,
  - 6) rentgenodiagnostyki<sup>11</sup>,
  - 7) cytogenetyka<sup>12</sup>
11. Świadczenia zdrowotne, z zastrzeżeniem świadczeń udzielanych zgodnie z obowiązującymi przepisami w miejscu pobytu pacjenta (w warunkach domowych), udzielane w ramach działalności leczniczej zakładów leczniczych<sup>13</sup> Szpitala, wykonywane są na terenie Szpitala, w ramach niżej wskazanych zakładów leczniczych i ich lokalizacji:
- 1) Zakład leczniczy Szpital SPSK Nr 1 PUM w Szczecinie, działające w lokalizacji: ul. Unii Lubelskiej 1, 70-252 Szczecin,
  - 2) Zakład leczniczy Ambulatorium i Diagnostyka SPSK Nr 1 PUM w Szczecinie, działające w lokalizacji: ul. Unii Lubelskiej 1, 70-252 Szczecin,
  - 3) Zakład leczniczy Szpital Psychiatryczny SPSK NR 1 PUM w Szczecinie, działające w lokalizacji: ul. Broniewskiego 24/26, Szczecin,
  - 4) Zakład leczniczy Ambulatorium i Diagnostyka Szpitala Psychiatrycznego SPSK Nr 1 PUM w Szczecinie, działające w lokalizacji: ul. Broniewskiego 26, Szczecin,
  - 5) Zakład leczniczy Szpital SPSK Nr 1 PUM w Policach, działające w lokalizacji: ul. Siedlecka 2a, Police,
  - 6) Zakład leczniczy Ambulatorium i Diagnostyka SPSK Nr 1 PUM w Policach, działające w lokalizacji: ul. Siedlecka 2a, Police.
12. Strukturę zakładów leczniczych<sup>14</sup> Szpitala określa **Załącznik Nr 1** do niniejszego regulaminu

<sup>9</sup> Zarządzenie Nr 27/2022, dodano: osteoporoza,

<sup>10</sup> Zarządzenie 35/2022, dodano: stomatologia i kardiologia

<sup>11</sup> Dodana „rentgenodiagnostyka”, Zarządzenie Nr 53/2021

<sup>12</sup> Zarządzenie Nr 27/2022, dodano: cytogenetyka,

<sup>13</sup> Zarządzenie 12/2018, zmieniono przedsiębiorstwa na: zakłady lecznicze, wszystkie wystąpienia w ust. 11

<sup>14</sup> Zarządzenie 12/2018, zmieniono przedsiębiorstwa na: zakłady lecznicze

1. Zadania, o których mowa w §23, realizowane są przez właściwe jednostki i komórki organizacyjne oraz stanowiska pracy pionów działalności leczniczej, przy czym:
  - 1) przez jednostkę organizacyjną należy rozumieć klinikę, oddział kliniczny, oddział zakład, samodzielny oddział lub samodzielną pracownię,
  - 2) przez komórkę organizacyjną należy rozumieć: oddział, poradnię, pracownię, izbę przyjęć, aptekę, a także dział lub sekcję.
2. Za realizację zadań, o których mowa w §23, odpowiadają odpowiednio lekarze kierujący poszczególnych jednostek i komórek organizacyjnych.
3. W przypadku poradni stanowiących komórki organizacyjne zakładu leczniczego<sup>15</sup> o profilu: Ambulatorium i Diagnostyka, bezpośrednim zwierzchnikiem służbowym w zakresie wykonywanych świadczeń ambulatoryjnych jest Kierownik Przychodni, a w pozostałym zakresie lekarz kierujący macierzystej jednostki medycznej tego pracownika.
4. Nadzór nad udzielaniem świadczeń zdrowotnych i pielęgnacją chorych, zgodnie z podziałem kompetencyjnym określonym w niniejszym Regulaminie sprawują: Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa i Naczelną Pielęgniarkę.

## **Rozdział II**

### **Warunki udzielania świadczeń zdrowotnych przez Szpital**

#### §25

1. Obowiązkiem lekarza jest udzielanie świadczeń zdrowotnych, które w szczególności polegają na badaniu pacjenta, ocenie jego stanu zdrowia, zleceniu wykonania koniecznych badań diagnostycznych, rozpoznawaniu chorób i zapobieganiu im, prowadzeniu postępowania leczniczego i rehabilitacyjnego, przepisaniu niezbędnych leków oraz poinformowaniu o sposobie ich zażywania, przeprowadzaniu konsultacji specjalistycznych, a także wydawaniu opinii i orzeczeń lekarskich, udzielaniu informacji o proponowanym sposobie leczenia i alternatywnych metodach leczenia.
2. Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w Szpitalu obowiązuje tryb określony w niniejszym Regulaminie w zakresie:
  - 1) zgody pacjenta lub opiekuna pacjenta albo odmowy udzielenia zgody na wykonanie świadczenia zdrowotnego,
  - 2) wykonywania czynności związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych,
  - 3) udzielania informacji o stanie zdrowia pacjenta,
  - 4) zachowania w tajemnicy informacji związanych ze stanem zdrowia pacjenta oraz jego danymi osobowymi,
  - 5) innych praw pacjenta.

#### §26<sup>16</sup>

1. Lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych, z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych w przepisach, po wyrażeniu zgody przez pacjenta.
2. Jeżeli pacjent jest małoletni lub niezdolny do świadomego wyrażenia zgody, wymagana jest zgoda jego przedstawiciela ustawowego, a gdy pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego lub porozumienie się z nim jest niemożliwe - zezwolenie sądu opiekuńczego.
3. Jeżeli zachodzi potrzeba przeprowadzenia badania osoby, o której mowa w ust. 2, zgodę na przeprowadzenie badania może wyrazić także opiekun faktyczny.

---

<sup>15</sup> Zarządzenie 12/2018, zmieniono przedsiębiorstwa na: zakłady lecznicze

<sup>16</sup> Zarządzenie 12/2018, ustalono nową treść §26

4. W przypadku osoby całkowicie ubezwłasnowolnionej zgodę wyraża przedstawiciel ustawowy tej osoby. Jeżeli osoba taka jest w stanie z rozeznaniem wypowiedzieć opinię w sprawie badania, konieczne jest ponadto uzyskanie zgody tej osoby.
5. Jeżeli pacjent ukończył 16 lat, wymagana jest także jego zgoda.
6. Jeżeli jednak małoletni, który ukończył 16 lat, osoba ubezwłasnowolniona albo pacjent chory psychicznie lub upośledzony umysłowo, lecz dysponujący dostatecznym rozeznaniem, sprzeciwia się czynnościom medycznym, poza zgodą jego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego albo w przypadku niewyrażenia przez nich zgody wymagane jest zezwolenie sądu opiekuńczego.
7. Jeżeli ustawa nie stanowi inaczej, zgoda osób wymienionych w ust. 1, 2 i 4 może być wyrażona ustnie albo nawet poprzez takie ich zachowanie, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się proponowanym przez lekarza czynnościom medycznym.
8. Jeżeli pacjent, o którym mowa w ust. 2, nie ma przedstawiciela ustawowego ani opiekuna faktycznego albo porozumienie się z tymi osobami jest niemożliwe, lekarz po przeprowadzeniu badania może przystąpić do udzielania dalszych świadczeń zdrowotnych dopiero po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego, chyba że co innego wynika z przepisów.
9. Do czynności, o których mowa w ust. 1, stosuje się odpowiednio przepis §26<sup>1</sup> ust 7.
10. Sądem opiekuńczym właściwym miejscowo dla udzielania zgody na wykonywanie czynności medycznych jest sąd, w którego okręgu czynności te mają być wykonane.

#### §26<sup>1</sup> 17

1. Lekarz może wykonać zabieg operacyjny albo zastosować metodę leczenia lub diagnostyki stwarzającą podwyższone ryzyko dla pacjenta, po uzyskaniu jego pisemnej zgody.
2. Przed wyrażeniem zgody przez pacjenta w sytuacji, o której mowa w ust. 1, lekarz ma obowiązek udzielenia mu informacji zgodnie z art. 31 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry.
3. Lekarz może wykonać zabieg lub zastosować metodę, o której mowa w ust. 1, wobec pacjenta małoletniego, ubezwłasnowolnionego bądź niezdolnego do świadomego wyrażenia pisemnej zgody, po uzyskaniu zgody jego przedstawiciela ustawowego, a gdy pacjent nie ma przedstawiciela lub gdy porozumienie się z nim jest niemożliwe - po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.
4. Jeżeli pacjent ukończył 16 lat, wymagana jest także jego pisemna zgoda.
5. W sytuacji, o której mowa w ust. 1, stosuje się odpowiednio przepis art. 32 ust. 6 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry.
6. Jeżeli przedstawiciel ustawowy pacjenta małoletniego, ubezwłasnowolnionego bądź niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody nie zgadza się na wykonanie przez lekarza czynności wymienionych w ust. 1, a niezbędnych dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia, lekarz może wykonać takie czynności po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego
7. Lekarz może wykonać czynności, o których mowa w ust. 1, bez zgody przedstawiciela ustawowego pacjenta bądź zgody właściwego sądu opiekuńczego, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia. W takim przypadku lekarz ma obowiązek, o ile jest to możliwe, zasięgnąć opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności. O wykonywanych czynnościach lekarz niezwłocznie zawiadamia przedstawiciela ustawowego, opiekuna faktycznego lub sąd opiekuńczy

---

<sup>17</sup> Zarządzenie 12/2018, dodano §26<sup>1</sup>

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

#### §27<sup>18</sup>

1. Jeżeli w trakcie wykonywania zabiegu operacyjnego albo stosowania metody leczniczej lub diagnostycznej wystąpią okoliczności, których nieuwzględnienie groziłoby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkim uszkodzeniem ciała lub ciężkim rozstrojem zdrowia, a nie ma możliwości niezwłocznie uzyskać zgody pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego, lekarz ma prawo, bez uzyskania tej zgody, zmienić zakres zabiegu bądź metody leczenia lub diagnostyki w sposób umożliwiający uwzględnienie tych okoliczności. W takim przypadku lekarz ma obowiązek, o ile jest to możliwe, zasięgnąć opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności.
2. O okolicznościach, o których mowa w ust. 1, lekarz dokonuje odpowiedniej adnotacji w dokumentacji medycznej oraz informuje pacjenta, przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego albo sąd opiekuńczy.

#### §28

1. Świadczenia zdrowotne udzielane są po uprzednim zakwalifikowaniu pacjenta do leczenia i wyznaczeniu terminu wizyty lub hospitalizacji.
2. Zgłoszenie może nastąpić osobiście, telefonicznie lub drogą pocztową.
3. Świadczenia zdrowotne udzielane są na podstawie skierowania, z wyłączeniem dyscyplin medycznych i grup pacjentów, dla których skierowania nie są wymagane.
4. Do świadczeń zdrowotnych udzielanych bez skierowania należą świadczenia ambulatoryjne w zakresie okulistyki, onkologii, ginekologii, psychiatrii, świadczenia dla osób zakażonych wirusem HIV i chorych na gruźlicę, niewidomych, cywilnych ofiar działań wojennych oraz świadczenia udzielane w trybie nagłym w związku z wypadkiem, urazem, zatruciem, stanem zagrożenia życia, a także badania dawców narządów.
5. Żadne okoliczności nie mogą stanowić podstawy odmowy udzielenia świadczenia zdrowotnego, jeżeli osoba zgłaszająca się do Szpitala wymaga natychmiastowej pomocy ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia.
6. Świadczenia zdrowotne udzielane są bezpłatnie, za częściową odpłatnością lub odpłatnie na zasadach określonych w przepisach ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.) oraz aktów wykonawczych do niej, a także ustawy o działalności leczniczej.
7. Świadczenie zdrowotne może być udzielone bezpłatnie lub za częściową odpłatnością wyłącznie po zweryfikowaniu i stwierdzeniu posiadania przez pacjenta lub opiekuna pacjenta aktualnego prawa do takich świadczeń w rozumieniu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, z zastrzeżeniem ust. 8.
8. Należność za świadczenia zdrowotne udzielane odpłatnie, w szczególności w przypadku nieudokumentowania prawa do świadczeń, jest naliczana zgodnie z obowiązującym w Szpitalu **Cennikiem Usług Medycznych**, stanowiącym **Załącznik Nr 3** do niniejszego Regulaminu.
9. **Cennik Usług Medycznych** jest sporządzany w Dziale Rozliczeń i Marketingu na podstawie dyspozycji uzyskanych z poszczególnych jednostek organizacyjnych Szpitala, zatwierdzonych przez Dyrektora.
10. **Cennik Usług Medycznych** podlega aktualizacji nie rzadziej niż raz w roku w trybie przyjętym dla zmian niniejszego Regulaminu, z zastrzeżeniem ust. 11.

---

<sup>18</sup> Zarządzenie 12/2018, ustalono nową treść §26

11. W poszczególnych pozycjach **Cennika Usług Medycznych** dopuszcza się zmiany bez zachowania trybu określonego w ust. 10; w takim przypadku ustalone przez Dział Sprzedaży zmiany w Cenniku Usług Medycznych wchodzi w życie po zatwierdzeniu przez Dyrektora.
12. Aktualny **Cennik Usług Medycznych** znajduje się na stronie Internetowej Szpitala, w Kasie Szpitala oraz w Izbie Przyjęć.
13. Informacje o cenach usług świadczonych odpłatnie można uzyskać telefonicznie.

#### §29

1. Warunki współdziałania z innymi podmiotami leczniczymi w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia pacjentów i ciągłości postępowania określają umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych zawarte z Narodowym Funduszem Zdrowia, Ministrem Zdrowia, a także umowy zawarte przez Szpital z innymi podmiotami leczniczymi.
2. Za prawidłowe pod względem formalno-prawnym i terminowe przygotowanie umów oraz za monitorowanie stopnia ich realizacji odpowiadają kierownicy właściwych merytorycznie działów.
3. Za realizację umów na świadczenia zdrowotne odpowiadają, stosownie do przedmiotu umowy, kierownicy jednostek i komórek organizacyjnych udzielających tych świadczeń.

### **Rozdział III**

#### **Tryb kwalifikowania i przyjmowania pacjentów**

#### §30

1. Pacjenci kwalifikowani są do leczenia w Szpitalu na podstawie skierowania, z zastosowaniem postanowień, o których mowa w §28 Regulaminu.
2. Rejestracje wykonują zadania z zakresu obsługi ruchu pacjenta, do których w szczególności należą:
  - 1) udzielanie pacjentom wszelkich informacji osobiście lub telefonicznie,
  - 2) udzielanie informacji o lokalizacji jednostek,
  - 3) obsługa pacjentów pierwszorazowych w zakresie:
    - a) rejestracji skierowań,
    - b) weryfikacji poprawności skierowania i posiadanego ubezpieczenia,
    - c) wprowadzania podstawowych danych identyfikujących pacjenta do systemu informatycznego,
    - d) wyznaczania terminów wizyt,
    - e) informowania o właściwym przygotowaniu się do wizyty,
    - f) wprowadzania do terminarzy potwierdzeń lub wszelkich zmian związanych z terminami,
  - 4) obsługa pacjentów Szpitala w zakresie:
    - a) wyznaczania terminów wizyt,
    - b) wprowadzania do terminarzy potwierdzeń lub wszelkich zmian związanych z terminami,
    - c) aktualizacji i uzupełniania brakujących danych o pacjencie w systemie informatycznym.
3. Decyzję w sprawie wyznaczenia terminu przyjęcia pacjenta na leczenie szpitalne, badań diagnostycznych i konsultacji specjalistycznych w klinikach oraz poradniach i pracowniach nienależących do Poradni Specjalistycznych lub udzielenia informacji co do dalszego postępowania (w przypadku niezakwalifikowania pacjenta) podejmuje lekarz kierujący kliniki lub wyznaczony przez niego lekarz. O decyzji, terminie i prawidłowym przygotowaniu

się pacjenta do leczenia szpitalnego informacji udziela pracownik wskazany przez lekarza kierującego.

4. O wyznaczeniu terminu przyjęcia pacjenta oraz prawidłowym przygotowaniu się do konsultacji w poradniach należących do Poradni Specjalistycznych informacji udziela rejestracja.
5. O przyjęciu pacjenta kierowanego wyłącznie w celu przeprowadzenia badań diagnostycznych decyduje lekarz kierujący/kierownik zakładu, samodzielnej pracowni lub wyznaczony przez niego pracownik.

#### §31

1. Wstępne zakwalifikowanie pacjenta i wyznaczenie terminu przyjęcia może nastąpić na podstawie listu pacjenta lub jego opiekuna, wiadomości mailowej, kontaktu telefonicznego lub osobistego, pod warunkiem dostarczenia w dniu przyjęcia właściwego skierowania, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Ewidencjonowanie i kwalifikowanie pacjenta odbywa się na zasadach określonych w §28, z zastrzeżeniem § 28 ust. 4.

#### §32

1. W Szpitalu sporządza się listy pacjentów oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego.
2. Listy pacjentów, o których mowa w ust. 1, prowadzą komórki organizacyjne udzielające świadczeń.
3. Dane o pacjentach oczekujących, zgodnie z obowiązującymi przepisami ustawowymi, są przesyłane do Zachodniopomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia do dnia 10. każdego miesiąca kalendarzowego.
4. Dyrektor powołuje **Zespół ds. Oceny Przyjęć**, w celu dokonywania oceny list pacjentów oczekujących na świadczenie danego rodzaju, powołuje Dyrektor w drodze zarządzenia.
5. Zespół, o którym mowa w ust. 4, przeprowadzi ocenę list pod względem:
  - 1) prawidłowości prowadzenia dokumentacji,
  - 2) czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia,
  - 3) zasadności i przyczyn zmian terminów udzielenia świadczeń.
6. Zespół każdorazowo sporządza raport z oceny i przedstawia go Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.

### Rozdział IV

#### Zasady przyjmowania pacjentów w przypadku pobierania opłat za świadczenia zdrowotne

#### §33

1. Za leczenie pacjentów nieubezpieczonych oraz nieuprawnionych z innego niż powszechne ubezpieczenie zdrowotne tytułu do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych Szpital pobiera należność wyliczoną według poniesionych kosztów rzeczywistych w oparciu o Cennik, o którym mowa w §28 lub według wyceny świadczeń przez NFZ.
2. Podstawę do naliczenia ostatecznej należności za leczenie szpitalne stanowią dane naniesione w **Karcie Kosztów Leczenia Osoby Nieubezpieczonej** przez lekarza prowadzącego pacjenta.
3. **Karta kosztów leczenia osoby nieubezpieczonej** jest dostarczana przez sekretarki jednostki, w której pacjent był leczony, do Działu Sprzedaży i Marketingu w dniu wypisu pacjenta ze Szpitala celem wystawienia faktury



4. W przypadku nieudokumentowania przez pacjenta prawa do świadczeń zdrowotnych jest on obciążany kosztami udzielonych jej świadczeń na zasadach określonych ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (j.t. z 2015 r., DzU poz. 581 ze zm.)<sup>19</sup>.

#### §34

1. W Szpitalu wykonywane są konsultacje ambulatoryjne i badania diagnostyczne pacjentów nieubezpieczonych oraz nieuprawnionych z innego niż powszechne ubezpieczenie zdrowotne tytułu do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.
2. Za leczenie pacjentów, o których mowa w ust. 1 Szpital pobiera należność według cennika, o którym mowa w §28.
3. Na przyjęcie pacjenta w poradni specjalistycznej bądź pracowni diagnostycznej wyraża zgodę lekarz tej poradni a w przypadku zakładu lekarz kierujący lub inny do tego upoważniony.
4. Badania laboratoryjne są wykonywane bez uzgadniania terminu w pracowniach.
5. Rejestracja (ogólna, poradni, pracowni) informuje pacjenta o konieczności uiszczenia opłaty przed zgłoszeniem się na planowaną konsultację lub badanie.
6. Opłata za wszystkie odpłatne świadczenia uiszczana jest w Kasie Szpitala.
7. Uiszczenie opłaty jest podstawą realizacji wizyty, badania diagnostycznego i laboratoryjnego.

### **Rozdział V** **Przyjmowanie pacjenta do Szpitala** **Zadania Izby Przyjęć**

#### §35

1. Do zadań Izby Przyjęć/SOR należy w szczególności:
  - 1) przeprowadzanie badań lekarskich osób zgłaszających się w celu hospitalizacji planowych,
  - 2) konsultowanie chorych zgłaszających się do Szpitala bez ustalonego terminu przyjęcia i ewentualne kwalifikowanie ich do leczenia szpitalnego,
  - 3) przyjmowanie chorych zakwalifikowanych do leczenia szpitalnego,
  - 4) udzielanie pomocy doraźnej w stanie zagrożenia życia i zdrowia,
  - 5) rejestracja pacjentów zgłaszających się do Izby Przyjęć/SOR, w tym osób z wypadków,
  - 6) zgłaszanie wypadków i zgonów w Izbie Przyjęć/SOR do prokuratury lub policji,
  - 7) zgłaszanie do stacji sanitarno-epidemiologicznej stwierdzonych w Izbie Przyjęć/SOR przypadków chorób zakaźnych,
  - 8) prowadzenie dokumentacji medycznej Izby Przyjęć/SOR, do której należy:
    - a) księga główna szpitala (w wersji elektronicznej),
    - b) księga odmów,
    - c) książka porad ambulatoryjnych,
    - d) książka raportów lekarskich i pielęgniarskich,
  - 9) prowadzenie statystyki działalności Izby Przyjęć/SOR w zakresie udzielanych świadczeń ambulatoryjnych.
2. Pracami Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, Izby przyjęć oraz Izby przyjęć Ogólnej kieruje Lekarz Kierujący Szpitalnym Oddziałem Ratunkowym<sup>20</sup>.

#### §36

<sup>19</sup> Zapis zmieniony – Zarządzenia Nr 22/2015

<sup>20</sup> Zapis zmieniony- Zarządzenie 38/2017

1. SOR z Izba Przyjęć jest czynna całą dobę.
2. Praca w SOR/Izbie Przyjęć odbywa się w systemie zmianowym, według rozkładu zajęć ustalonego przez Lekarza Kierującego i pielęgniarkę oddziałową.
3. W celu zapewnienia sprawnego działania SOR/Izby Przyjęć lekarz kierujący lub lekarz pełniący dyżur zobowiązany jest:
  - 1) sprawdzać stan wyposażenia w leki, urządzenia, aparaturę i instrumentarium,
  - 2) zapewnić współpracę z poszczególnymi klinikami i pracownikami diagnostycznymi.
4. W SOR/Izbie Przyjęć znajduje się wykaz numerów alarmowych oraz telefonów i adresów szpitali dyżurnych, komisariatu policji, prokuratury rejonowej.
5. W SOR/Izbie Przyjęć dostępny jest również spis telefonów i adresów pracowników sprawujących funkcje kierownicze w Szpitalu.

#### §37

1. Świadczenia zdrowotne w Izbie Przyjęć udzielane są po uzyskaniu zgody na ich wykonanie, na zasadach określonych w §26 niniejszego Regulaminu.
2. Udzielenie świadczenia zdrowotnego pacjentowi bez uzyskania zgody odbywa się na zasadach określonych w §27 niniejszego Regulaminu.

#### §38

1. Pacjenci w stanie zagrożenia życia kierowani są bezpośrednio do gabinetu pomocy doraźnej, gdzie we współpracy z personelem Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, zostają poddani odpowiednim zabiegom.
2. W przypadku podejrzenia lub stwierdzenia choroby zakaźnej pacjent zatrzymywany jest w izolatce, a lekarz decyduje o dalszym postępowaniu, tj.: leczeniu w domu lub przewiezieniu do szpitala zakaźnego<sup>21</sup>.

#### §39

1. Przyjęcie pacjenta do szpitala odbywa się za pośrednictwem Izby Przyjęć.
2. Pacjent zgłaszający się do Izby Przyjęć w wyznaczonym terminie hospitalizacji powinien być niezwłocznie zbadany przez lekarza dyżurnego Izby Przyjęć i skierowany do właściwej medycznej jednostki organizacyjnej.

#### §40

1. Pacjent zgłaszający się bez skierowania lub ustalonego terminu wizyty w poradni czy przyjęcia do szpitala, bądź przywieziony przez zespół ratownictwa medycznego jest badany przez lekarza dyżurnego SOR/Izby Przyjęć, który podejmuje decyzję co do dalszego postępowania, zgodnie z ust. 2-6.
2. Jeżeli z badania wstępnego wynika konieczność hospitalizacji, rodzaj schorzenia mieści się w profilu leczniczym Szpitala a właściwa medyczna jednostka organizacyjna dysponuje wolnym miejscem – pacjent powinien być przyjęty. W zakresie dokumentacji medycznej obowiązuje tryb postępowania określony w §107 niniejszego Regulaminu.
3. Jeżeli lekarz dyżurny SOR/Izby Przyjęć stwierdza potrzebę niezwłocznego umieszczenia pacjenta w szpitalu, a brak miejsc, zakres udzielanych świadczeń lub względy epidemiczne nie pozwalają na przyjęcie pacjenta, lekarz po udzieleniu niezbędnej pomocy i uprzednim porozumieniu się z innym szpitalem, zapewnia przewiezienie pacjenta do tego szpitala. Do dokumentacji medycznej lekarz dokonuje wpisu dotyczącego rozpoznania, stanu zdrowia, podjętych czynności. Stosowna informacja w tym zakresie przekazywana jest szpitalowi, do którego kierowany jest pacjent.

---

<sup>21</sup> Zarządzenie 12/2018, ustalono nową treść §38 ust. 2

4. Jeżeli u pacjenta stwierdza się zaburzenia psychiczne, po uprzednim skonsultowaniu się z lekarzem psychiatrą, lekarz dyżurny porozumiewa się Kliniką o profilu psychiatrycznym, celem przebadania bądź umieszczenia w niej pacjenta. W zakresie dokumentacji medycznej stosuje się tryb postępowania określony w ust. 2.
5. W przypadku stwierdzenia konieczności przeprowadzenia konsultacji specjalistycznej lub badań diagnostycznych, w zależności od stanu klinicznego pacjenta, lekarz dyżurny wzywa konsultanta w trybie natychmiastowym bądź ustala termin wizyty w poradni lub pracowni. Informację o terminie wizyty lub badania otrzymuje pacjent/opiekun pacjenta, a w dokumentacji medycznej dokonuje się stosownego wpisu dotyczącego udzielonego świadczenia zdrowotnego i ustalonego terminu.
6. Jeżeli pacjent nie wymaga leczenia w Szpitalu, pacjent/ opiekun pacjenta otrzymuje kartę informacyjną z zaleceniami co do dalszego postępowania, a w dokumentacji medycznej Szpitala dokonuje się stosownego wpisu o udzielonym świadczeniu.

#### §41

1. O fakcie przywiezienia przez zespół ratownictwa medycznego pacjenta, który uległ wypadkowi, Izba Przyjęć/SOR zawiadamia właściwy komisariat policji.
2. Dane personalne i inne informacje o pacjencie przywiezionym w następstwie wypadku wpisuje się do księgi ambulatoryjnej.
3. Lekarz dyżurny Izby Przyjęć/SOR wpisuje także dane personalne osób towarzyszących pacjentowi, informacje dotyczące okoliczności wypadku i miejsca znalezienia pacjenta, jego stanu zdrowia, czasu i okoliczności transportu – na podstawie posiadanych i okazanych przez te osoby dokumentów i ustnych relacji.

#### §42

Jeżeli lekarz Izby Przyjęć/SOR badając pacjenta stwierdzi lub poweźmie uzasadnione podejrzenie, że uszkodzenie ciała lub zaburzenie czynności ustroju powstało w związku z usiłowaniem zabójstwa lub samobójstwa, zatruciem albo innym działaniem osób trzecich, jest zobowiązany niezwłocznie o tym przypadku powiadomić właściwy komisariat policji i/lub prokuratora.

#### §43

W przypadku przywiezienia pacjenta małoletniego bez wiedzy jego opiekunów, Izba Przyjęć niezwłocznie podejmuje próbę powiadomienia ich o tym fakcie. W przypadku braku kontaktu z opiekunami, Izba Przyjęć informuje o tym fakcie medyczną jednostkę organizacyjną przyjmującą pacjenta.

#### §44

1. Sekretarka medyczna Izby Przyjęć, przed przyjęciem pacjenta, weryfikuje kompletność dokumentacji niezbędnej do przyjęcia, wypełnia obowiązujące formularze związane z przyjęciem do Szpitala oraz dokonuje wpisu do systemu informatycznego.
2. Historia choroby zakładana jest przez SOR/Izbę Przyjęć, zgodnie §107 Regulaminu.

#### §45

1. Tożsamość pacjenta poniżej 18. roku życia lekarz dyżurny Izby Przyjęć/SOR stwierdza na podstawie oświadczenia jego opiekunów. Do dokumentacji medycznej pacjenta wpisuje się dane personalne jego opiekunów oraz rodzaj, numer i serię dokumentu, na podstawie którego dane te zostały ustalone, z zastrzeżeniem ust. 2. W przypadku braku dokumentu potwierdzającego tożsamość opiekuna, do dokumentacji wpisuje się odpowiednią adnotację. Jeżeli matka nosi inne nazwisko, podpisuje odpowiednie oświadczenie.

2. Zgłasza się Policji, odnotowując ten fakt w dokumentacji medycznej:
  - a) przyjęcie pacjenta małoletniego, z którego przedstawicielem ustawowym albo opiekunem faktycznym nie można się skontaktować - nie później niż w okresie 4 godzin od przyjęcia,
  - b) przyjęcie albo zgon pacjenta, którego tożsamości nie można ustalić albo potwierdzić na podstawie dokumentów stwierdzających tożsamość - nie później niż w okresie 8 godzin odpowiednio od przyjęcia albo zgonu.<sup>22</sup>
3. Każdy pacjent zostaje zaopatrzony w znaki tożsamości, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie regulacjami.
4. Znak tożsamości, o którym mowa w ust. 3, stanowi nie budzące wątpliwości oznakowanie w postaci bransoletki wykonanej z tworzywa sztucznego, na której dokonuje się czytelnego i trwałego wpisu zawierającego nr księgi głównej oraz nazwę medycznej jednostki organizacyjnej, na którą pacjent jest przyjęty, w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta przez osoby nieuprawnione. W przypadku dziecka urodzonego podaje się imię i nazwisko matki, Pesel, datę i godzinę urodzenia oraz płeć dziecka. Dane te odczytuje się i przedstawia matce do sprawdzenia przed założeniem opaski dziecku<sup>23</sup>.
5. Znaki tożsamości zakładane są wokół nadgarstków rąk lub kostek nóg pacjenta, w sposób nieuciążliwy dla pacjenta i zapewniający mu swobodę ruchów, a także zapewniający utrzymanie założonych znaków przez okres udzielania świadczeń.

#### §46

1. Przed umieszczeniem w medycznej jednostce organizacyjnej, po dokonaniu oceny stanu higieny i w zależności od potrzeb, pacjent poddawany jest zabiegom higieniczno-sanitarnym oraz wyposażany w bieliznę własną lub szpitalną. Czynności te wykonywane są przez pielęgniarkę SOR/Izby Przyjęć, w przypadku pacjenta ciężko chorego pod nadzorem lekarza dyżurnego.
2. Rzeczy osobiste pacjenta mogą być przechowywane w depozycie szpitalnym lub wydane opiekunowi. W przypadku przyjęcia pacjenta w godzinach popołudniowych i nocnych rzeczy osobiste mogą być przyjęte do depozytu podręcznego Izby Przyjęć, a następnie przekazane przez pielęgniarkę Izby Przyjęć do depozytu szpitalnego.
3. Będące w posiadaniu pacjenta przedmioty wartościowe mogą być składane do depozytu szpitalnego.
4. Odbiór przedmiotów wartościowych jest możliwy przez uprawnione do tego zgodnie z przepisami osoby.

#### §47

Z Izby Przyjęć pacjent jest przewożony do właściwej jednostki medycznej przez personel Izby Przyjęć.

#### §47<sup>1</sup> <sup>24</sup>

1. Czas maksymalny na podjęcie przez Lekarza dyżurnego Szpitalnego Oddziału Ratunkowego decyzji o skierowaniu na leczenie do właściwej medycznej komórki organizacyjnej Szpitala albo o odmowie przyjęcia osoby niebędącej w stanie nagłego zagrożenia życia ustala się na 24 godziny licząc od chwili rejestracji danej osoby.
2. Czas maksymalny na podjęcie przez lekarza dyżurnego Szpitalnego Oddziału Ratunkowego Szpitala decyzji o skierowaniu na leczenie do właściwej medycznej komórki organizacyjnej Szpitala albo o odmowie przyjęcia osoby ze stanowiska intensywnej terapii, ustala się na 72 godziny licząc od chwili rejestracji danej osoby.

<sup>22</sup> Zarządzenie 12/2018, ustalono nową treść §45 ust. 2

<sup>23</sup> Zarządzenie 12/2018, ustalono nową treść §45 ust. 4

<sup>24</sup> dodany Zarządzeniem Nr 5/2020

3. Czas maksymalny na podjęcie przez lekarza dyżurnego medycznej komórki organizacyjnej Szpitala decyzji o przyjęciu pacjenta skierowanego do tej komórki, ustala się na 12 godzin od przekazania informacji o skierowaniu pacjenta, o której mowa w ust. 1.
4. Decyzję o odmowie przyjęcia wydaje się wobec osoby, której przydzielono kategorię pilności oznaczoną kolorem zielonym lub niebieskim, która nie znajduje się w stanie nagłego zagrożenia życia, a kwalifikuje się do leczenia w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Decyzję o odmowie wydaje się na piśmie, przy czym zawiera się w niej m.in. zalecenie leczenia w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.
5. Informacje, o których mowa w ust. 1-4, są podane do publicznej wiadomości przez zamieszczenie na stronie internetowej Szpitala i poprzez wywieszenie na tablicy ogłoszeń w obszarze segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć.

## **Rozdział VI**

### **Obowiązki lekarza dyżurnego Izby Przyjęć – Kierownika zespołu dyżurującego**

#### **§48**

1. Kierownikiem zespołu dyżurnego Izby Przyjęć może być lekarz, wyznaczony przez lekarza kierującego Izby Przyjęć i zaakceptowany przez Zastępcę Dyrektora ds. Lecznictwa.
2. Pierwszy lekarz dyżurny SOR/Izby Przyjęć, w godzinach popołudniowych i nocnych, oraz w dni wolne od pracy i w święta jest kierownikiem zespołu dyżurującego Szpitala. Pierwszy lekarz dyżurny pełni funkcję Lekarza Dyżurnego Szpitala.
3. Do lekarza dyżurnego – kierownika zespołu dyżurującego SOR/Izby Przyjęć należy zapewnienie sprawnego funkcjonowania w czasie dyżuru szpitala, a w tym w szczególności:
  - 1) podejmowanie ostatecznej decyzji o pilnym przyjęciu pacjenta do szpitala,
  - 2) podejmowanie działań w celu zapewnienia ciągłości udzielania świadczeń zdrowotnych,
  - 3) zawiadamianie dyżurnego prokuratora/policji w przypadku podejrzenia u pacjenta choroby, uszkodzenia ciała bądź zaburzenia czynności ustroju wynikających z działania osób trzecich,
  - 4) nadzorowanie poszczególnych komórek organizacyjnych działalności medycznej,
  - 5) podejmowanie działań interwencyjnych w przypadkach tego wymagających, w tym m.in. w przypadku zaistnienia zdarzeń o charakterze masowym.
  - 6) Postępowanie w razie wystąpienia awarii technicznych oraz wewnętrznych i zewnętrznych zagrożeń.<sup>25</sup>
4. W zakładzie leczniczym<sup>26</sup> Szpital SPSK Nr 1 PUM w Policach, Lekarza Dyżurnego wyznacza Dyrektor Szpitala w drodze zarządzenia<sup>27 28</sup>.

## **Rozdział VII**

### **Zakres zadań medycznych jednostek organizacyjnych**

#### **§49**

1. Jednostkami organizacyjnymi udzielającymi świadczeń zdrowotnych w Szpitalu są: kliniki, oddziały kliniczne, oddziały, pododdziały, zakłady, poradnie i pracownie.
2. Jednostką medyczną kieruje lekarz kierujący, podległy bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.

<sup>25</sup> Zarządzenie 12/2018 – dodano pkt 6 w §48 ust. 3

<sup>26</sup> Zarządzenie 12/2018, zmieniono przedsiębiorstwa na: zakłady lecznicze

<sup>27</sup> Zarządzenie 12/2018, nowa treść §48 ust. 4

<sup>28</sup> Zmiana, Zarządzenie Nr 1/2019, poprzednio: W zakładzie leczniczym Szpital SPSK Nr 1 PUM w Policach, funkcję Lekarza Dyżurnego pełni lekarz dyżurny Kliniki Diabetologii i Chorób Wewnętrznych

3. W jednostce medycznej może być wprowadzony Regulamin jednostki. Wprowadzenie takiego Regulaminu wymaga akceptacji lekarza kierującego oraz zatwierdzenia przez Zastępcę Dyrektora ds. Lecznictwa.
4. Do podstawowych zadań personelu jednostki medycznej należy w szczególności:
  - 1) zapewnienie pacjentom całodobowej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej,
  - 2) udzielanie świadczeń jednodniowych,
  - 3) udzielanie konsultacji specjalistycznych,
  - 4) rozpoznawanie, leczenie i orzekanie o stanie zdrowia,
  - 5) zapewnianie pacjentom postępowania leczniczego w reprezentowanej specjalności,
  - 6) udzielanie świadczeń w zakresie fizjoterapii oraz psychoterapii,
  - 7) udzielanie kwalifikowanej pomocy w nagłych wypadkach i zachorowaniach,
  - 8) zgłaszanie chorób zakaźnych oraz rejestracja zakażeń szpitalnych,
  - 9) realizacja programów zdrowotnych zleconych Szpitalowi,
  - 10) działalność oświatowo-zdrowotna i promocja zdrowia,
  - 11) monitorowanie i ciągła poprawa jakości świadczonych usług medycznych oraz wdrażanie nowych technologii medycznych,
  - 12) monitorowanie działań niepożądanych produktów leczniczych i wyrobów medycznych,
  - 13) poprawa jakości i ekonomicznej efektywności udzielania świadczeń zdrowotnych,
  - 14) prowadzenie wymaganej dokumentacji, w szczególności indywidualnej i zbiorczej dokumentacji medycznej pacjentów,
  - 15) wyznaczanie terminów udzielania świadczeń,
  - 16) prowadzenie list pacjentów oczekujących na udzielenie świadczenia,
  - 17) zgłaszanie do Izby Przyjęć wolnych miejsc w jednostce,
  - 18) współuczestnictwo w badaniach naukowych i pracach badawczo-rozwojowych prowadzonych w Szpitalu,
  - 19) dbałość o podnoszenie kwalifikacji zawodowych.

## **Rozdział VIII**

### **Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie lecznictwa stacjonarnego**

#### §50

1. Zadania lecznictwa stacjonarnego realizowane są przez poszczególne medyczne jednostki organizacyjne szpitala.
2. Liczba łóżek w poszczególnych medycznych jednostkach organizacyjnych uzależniona jest od zakresu udzielanych stacjonarnych świadczeń zdrowotnych, liczby zakontraktowanych i wykonywanych hospitalizacji oraz od możliwości lokalowych.
3. Liczbę łóżek ustala Dyrektor na wniosek Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.
4. Liczba łóżek będących w dyspozycji poszczególnych medycznych jednostek organizacyjnych podlega wpisowi do rejestru podmiotów leczniczych.
5. Zmiana liczby łóżek następuje na umotywowany wniosek Kierującego medyczną jednostką organizacyjną albo z inicjatywy Dyrektora lub Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.

#### §51

1. Komórką organizacyjną udzielającą świadczeń zdrowotnych w zakresie lecznictwa stacjonarnego są: kliniki, oddziały kliniczne, oddziały, pododdziały.
2. Personel medyczny zatrudniony w jednostkach wymienionych w ust. 1 podlega lekarzowi kierującemu, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Pracą pielęgniarek zatrudnionych w danej jednostce, w zakresie ustalonym przez Naczelną Pielęgniarkę i Zastępcę Dyrektora ds. Lecznictwa, kieruje Pielęgniarka Oddziałowa.

4. Pielęgniarka Oddziałowa podlega Naczelnej Pielęgniarce i współpracuje z Lekarzem Kierującym<sup>29 30</sup>.

#### §52

1. Przyjęcie pacjenta do jednostki leczenia stacjonarnego odbywa się na podstawie:
  - 1) skierowania lekarza specjalisty lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej,
  - 2) skierowania lekarza poradni specjalistycznej lub oddziału szpitalnego SPSK-1,
  - 3) decyzji lekarza Izby Przyjęć/SOR.
2. Przyjęcie odbywa się w trybie:
  - 1) planowym,
  - 2) nieplanowym – nagłym, w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia.

#### §53

Pacjentowi przyjętemu do leczenia stacjonarnego Szpital zapewnia:

- 1) świadczenia zdrowotne,
- 2) środki farmaceutyczne i materiały medyczne,
- 3) pomieszczenie i wyżywienie odpowiednie do wieku i stanu zdrowia.

#### §54

Pacjent przyjęty do medycznej jednostki organizacyjnej jest badany przez lekarza, który ustala rozpoznanie wstępne oraz kierunek diagnostyki i leczenia. W przypadku trudności z ustaleniem rozpoznania lekarz prowadzący jest zobowiązany powiadomić o tym lekarza kierującego.

#### §55

1. Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych obowiązuje uzyskanie zgody na wykonywane świadczenia na zasadach określonych w obowiązujących przepisach a w szczególności ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentystry.
2. Udzielenie świadczenia zdrowotnego pacjentowi bez uzyskania na nie zgody odbywa się na zasadach określonych w §27 niniejszego Regulaminu.
3. Wykonanie zabiegu operacyjnego albo zastosowanie metody leczenia lub diagnostyki stwarzającej dla pacjenta podwyższone ryzyko może nastąpić po uzyskaniu pisemnej zgody jego lub jego opiekuna.
4. Zasady wykonywania u pacjentów badań, zabiegów operacyjnych, stosowania metod leczniczych lub diagnostycznych stwarzających podwyższone ryzyko określają przepisy ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry.
5. Jeżeli pacjent ma opiekuna, lekarz prowadzący jest zobowiązany powiadomić go, o pogorszeniu stanu zdrowia pacjenta powodującego zagrożenie życia oraz o jego śmierci.

#### §56

1. Obowiązkiem lekarza jest udzielanie świadczeń zdrowotnych, które polegają w szczególności na badaniu pacjenta po jego przyjęciu do jednostki medycznej, ocenie jego stanu zdrowia, zleceniu koniecznych (niezbędnych) badań diagnostycznych, rozpoznawaniu chorób i zapobieganiu im, prowadzeniu postępowania leczniczego i rehabilitacyjnego, w razie konieczności przeprowadzaniu konsultacji specjalistycznych, a także wydawaniu opinii i orzeczeń.
2. Czynności, o których mowa w ust. 1, których celem jest zapobieganie, rozpoznawanie i leczenie chorób, powinny zostać wykonane z należytą starannością, dostępnymi lekarzowi

<sup>29</sup> Zmiana Zarządzenie Nr 1/2019. Poprzednio: Pielęgniarka Oddziałowa podlega Lekarzowi Kierującemu oraz Naczelnej Pielęgniarce

<sup>30</sup> Zmiana, zarządzenie 25/2019, wcześniej: Pielęgniarka Oddziałowa podlega Naczelnej Pielęgniarce i współpracuje z Lekarzem Kierującym

metodami i środkami, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej oraz zasadami etyki zawodowej.

3. Lekarz, jeżeli istnieją ku temu istotne powody, a jednocześnie nie zachodzi przypadek, o którym mowa w ust. 4, z zastrzeżeniem ust. 5-7, może:
  - 1) nie podjąć leczenia pacjenta,
  - 2) odstąpić od leczenia pacjenta,
  - 3) powstrzymać się od wykonania świadczeń zdrowotnych niezgodnych z jego sumieniem, jednak pod warunkiem poinformowania o tym pacjenta i wskazania innego lekarza mogącego udzielić danego świadczenia.
4. Lekarz nie może odmówić udzielenia świadczenia w przypadku, gdy zwłoka w jego udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki.
5. Lekarz może nie podjąć leczenia pacjenta lub odstąpić od jego leczenia wyłącznie po uprzednim uzyskaniu zgody lekarza kierującego jednostką medyczną.
6. W przypadku powstrzymania się od wykonania świadczenia zdrowotnego niezgodnego z jego sumieniem lekarz ma obowiązek pisemnego powiadomienia przełożonego o zaistniałej sytuacji.
7. W sytuacjach określonych w ust. 3 lekarz ma obowiązek:
  - 1) dostatecznie wcześniej uprzedzić o tym opiekuna pacjenta i wskazać realne możliwości uzyskania określonego świadczenia u innego lekarza lub w innym podmiocie leczniczym,
  - 2) uzasadnić i odnotować zaistniały fakt w dokumentacji medycznej pacjenta.
8. Pielęgniarka i położna mogą odmówić wykonania zlecenia lekarskiego oraz wykonania innego świadczenia zdrowotnego niezgodnego z ich sumieniem lub z zakresem posiadanych kwalifikacji, podając niezwłocznie przyczynę odmowy na piśmie przełożonemu lub osobie zlecającej, chyba że zachodzą okoliczności, o których mowa w ust. 4.<sup>31</sup>

#### §57

1. Pielęgniarka może powstrzymać się od wykonania świadczenia zdrowotnego niezgodnego z jej sumieniem po uprzednim pisemnym powiadomieniu lekarza kierującego i pielęgniarki oddziałowej, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Pielęgniarka ma obowiązek udzielić pomocy, zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami zawodowymi, w przypadku niebezpieczeństwa utraty życia lub poważnego uszczerbku na zdrowiu pacjenta.

#### §58

1. W opiece nad pacjentem obowiązuje ustalony porządek czynności wykonywanych w zakresie obsługi i pielęgnowania pacjentów w ciągu doby, określony przez lekarza kierującego daną medyczną jednostką organizacyjną.
2. Pacjent może korzystać z dodatkowej opieki pielęgniacyjnej sprawowanej przez opiekuna lub inną wskazaną przez niego osobę.

#### §59

1. Przy ordynowaniu środków farmaceutycznych stosuje się leki objęte Receptariuszem Szpitalnym.
2. Za przedstawianie i opiniowanie propozycji regulujących politykę lekową oraz sporządzenie i aktualizowanie Receptariusza odpowiada powołany przez dyrektora **Komitet Terapeutyczny**.

---

<sup>31</sup> Zarządzenie 12/2018, dodano ust. 8 w §56.



3. Środki farmaceutyczne stosowane u pacjenta pochodzą z Apteki Szpitala.
4. Zadania Apteki określa **Załącznik Nr 2** do niniejszego Regulaminu

#### §60

1. Nadzór nad żywieniem zbiorowym pacjentów sprawuje Sekcja Żywienia.
2. Do Sekcji Żywienia należy kontrola przygotowanych posiłków pod kątem ich zgodności z zaleconymi dietami, stosowanie zasad racjonalnej, nowoczesnej dietetyki i higieny żywienia.
3. Sekcja Żywienia sprawuje nadzór nad prawidłowością przygotowania i porcjowania posiłków dla pacjentów oraz ich transport na poszczególne jednostki medyczne.
4. Sekcja Podlega Naczelnej Pielęgniarce.

#### §61

1. W jednostkach medycznych prowadzona jest zbiorcza i indywidualna dokumentacja medyczna dotycząca udzielanych świadczeń zdrowotnych.
2. Zasady prowadzenia dokumentacji medycznej określają dalsze przepisy prawa oraz dalsze przepisy niniejszego Regulaminu.

#### §62<sup>32</sup>

1. Lekarz ma obowiązek udzielać pacjentowi lub jego ustawowemu przedstawicielowi przystępnej informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu.
2. Lekarz może udzielić informacji, o której mowa w ust. 1, innym osobom za zgodą pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego.
3. Na żądanie pacjenta lekarz nie ma obowiązku udzielać pacjentowi informacji, o której mowa w ust. 1.
4. W sytuacjach wyjątkowych, jeżeli rokowanie jest niepomyślne dla pacjenta, lekarz może ograniczyć informację o stanie zdrowia i o rokowaniu, jeżeli według oceny lekarza przemawia za tym dobro pacjenta. W takich przypadkach lekarz informuje przedstawiciela ustawowego pacjenta lub osobę upoważnioną przez pacjenta. Na żądanie pacjenta lekarz ma jednak obowiązek udzielić mu żądanej informacji.
5. Obowiązek lekarza, określony w ust. 1, dotyczy także pacjentów, którzy ukończyli 16 lat.
6. Jeżeli pacjent nie ukończył 16 lat lub jest nieprzytomny bądź niezdolny do zrozumienia znaczenia informacji, lekarz udziela informacji osobie bliskiej w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 2 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
7. Pacjentowi, który nie ukończył 16 lat, lekarz udziela informacji w zakresie i formie potrzebnej do prawidłowego przebiegu procesu diagnostycznego lub terapeutycznego i wysłuchuje jego zdania.
8. Ilekroć w przepisach ustawy jest mowa o opiece faktycznym, należy przez to rozumieć opiekuna faktycznego w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

#### §63<sup>33</sup>

1. Lekarz ma obowiązek zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu, z wyłączeniem sytuacji, gdy:
  - 1) tak stanowią ustawy,

---

<sup>32</sup> Zarządzenie 12/2018, ustalono nową treść §62

<sup>33</sup> Zarządzenie 12/2018, ustalono nową treść §63

- 2) badanie lekarskie zostało przeprowadzone na żądanie uprawnionych, na podstawie odrębnych ustaw, organów i instytucji; wówczas lekarz jest obowiązany poinformować o stanie zdrowia pacjenta wyłącznie te organy i instytucje,
  - 3) zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób,
  - 4) pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraża zgodę na ujawnienie tajemnicy, po uprzednim poinformowaniu o niekorzystnych dla pacjenta skutkach jej ujawnienia,
  - 5) zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie lekarzowi sądowemu,
  - 6) zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych innemu lekarzowi lub uprawnionym osobom uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń
2. W sytuacjach, o których mowa w ust. 1, ujawnienie tajemnicy może nastąpić wyłącznie w niezbędnym zakresie. W sytuacji, o której mowa w ust. 1 pkt 4, zakres ujawnienia tajemnicy może określić pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy.
  3. Lekarz, z zastrzeżeniem sytuacji, o których mowa w ust. 1 pkt 1-5, jest związany tajemnicą również po śmierci pacjenta, chyba że zgodę na ujawnienie tajemnicy wyrazi osoba bliska w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 2 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Osoba bliska wyrażająca zgodę na ujawnienie tajemnicy może określić zakres jej ujawnienia, o którym mowa w ust. 2.
  4. Zwolnienia z tajemnicy lekarskiej, o którym mowa w ust. 3, nie stosuje się, jeśli ujawnieniu tajemnicy sprzeciwi się inna osoba bliska w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 2 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
  5. Lekarz nie może podać do publicznej wiadomości danych umożliwiających identyfikację pacjenta bez jego zgody.
  6. Przepisu ust. 1 nie stosuje się także do postępowania przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, o której mowa w art. 67e ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

#### §64

1. Przetwarzanie danych osobowych uzyskanych w związku z udzielanymi świadczeniami zdrowotnymi odbywa się zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa, w szczególności ustawą o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926, ze zm.), innymi przepisami w tym zakresie obowiązującymi podmioty lecznicze, a także wewnętrznymi regulacjami Szpitala.
2. Personel medyczny uczestniczący w procesie leczenia ani żaden inny pracownik mający dostęp do informacji o pacjencie nie może bez zgody pacjenta podać do publicznej wiadomości danych umożliwiających jego identyfikację.

#### §65

Wypisanie pacjenta z jednostki medycznej, jeżeli przepisy odrębne nie stanowią inaczej, następuje:

- 1) gdy stan zdrowia pacjenta nie wymaga dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne,
- 2) z uwagi na stan zdrowia pacjenta lub zagrożenie zdrowia innych chorych przebywających w szpitalu zachodzi konieczność przeniesienia do innego podmiotu leczniczego,
- 3) na żądanie pacjenta lub opiekuna pacjenta małoletniego, z zastrzeżeniem pkt 1 i 2,

- 4) gdy chory w sposób rażąco narusza Regulaminy obowiązujące w Szpitalu, a nie zachodzi obawa, że zaprzestanie udzielania świadczeń medycznych może spowodować bezpośrednie zagrożenie jego zdrowia i życia albo życia lub zdrowia innych osób.

#### §66

1. Jeżeli przedstawiciel ustawowy żąda wypisania pacjenta, którego stan zdrowia wymaga dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych, lekarz może odmówić wypisania pacjenta do czasu wydania orzeczenia przez sąd opiekuńczy. W takim przypadku Szpital zawiadamia niezwłocznie miejscowy sąd opiekuńczy o odmowie wypisania i jej przyczynach<sup>34</sup>.
2. W przypadku wypisu pacjenta na żądanie własne/opiekuna, lekarz kierujący/lekarz prowadzący zobowiązany jest poinformować o możliwych następstwach zaprzestania dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych oraz pobrać pisemne oświadczenie pacjenta w przedmiotowej sprawie.
3. W przypadku odmowy złożenia oświadczenia, o którym mowa w ust. 2, lekarz sporządza adnotację w dokumentacji medycznej.

#### §67

1. Pacjent, którego stan zdrowia nie wymaga dalszego udzielania stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych, lub osoba, na której w stosunku do pacjenta ciąży ustawowy obowiązek alimentacyjny, ponoszą koszty pobytu pacjenta, począwszy od dnia określonego przez Dyrektora, niezależnie od uprawnień do bezpłatnych świadczeń.
2. Jeżeli opiekun nie odbiera pacjenta ze szpitala w wyznaczonym terminie, Lekarz kierujący jednostki medycznej pobytu pacjenta niezwłocznie zawiadamia właściwy ze względu na miejsce zamieszkania pacjenta urząd gminy i organizuje na koszt gminy przewiezienie pacjenta do domu.
3. Gmina właściwa ze względu na miejsce zamieszkania, a w przypadku niemożności ustalenia miejsca zamieszkania – właściwa ze względu na ostatnie miejsce pobytu pacjenta, pokrywa koszty transportu sanitarnego pacjenta małoletniego lub osoby niezdolnej do samodzielnej egzystencji do miejsca pobytu, jeżeli przedstawiciel ustawowy pacjenta albo osoba, na której w stosunku do pacjenta ciąży ustawowy obowiązek alimentacyjny, nie odbiera pacjenta w wyznaczonym terminie.
4. Gmina pokrywa koszty transportu sanitarnego na podstawie faktury wystawionej przez Szpital.

### **Rozdział IX Zabiegi operacyjne**

#### §68

1. Zabiegi operacyjne odbywają się według ustalonego planu, który zgłaszany jest do godz. 13.00 dnia poprzedniego.
2. Plany zabiegów operacyjnych są przekazywane drogą elektroniczną i zawierają:
  - 1) godzinę rozpoczęcia danego zabiegu operacyjnego,
  - 2) numer sali, w której będzie się odbywał zabieg,
  - 3) imię i nazwisko pacjenta,
  - 4) wiek i wagę pacjenta,
  - 5) nazwę jednostki medycznej prowadzącej pacjenta,
  - 6) rodzaj i nazwę zabiegu operacyjnego,
  - 7) skład zespołu operacyjnego.

---

<sup>34</sup> Zarządzenie 12/2018, zmieniono treść §66 ust. 1

3. Wszelkie zmiany w planie operacyjnym mogą nastąpić wyłącznie za zgodą kierownika Bloku Operacyjnego i lekarza kierującego jednostki medycznej prowadzącej pacjenta, w porozumieniu z lekarzem anestezjologiem.
4. Koordynatora okołoperacyjnej karty kontrolnej ustali Dyrektor Szpitala w drodze Zarządzenia.

#### §69

1. Bloki Operacyjne są jednostkami samodzielnymi.
2. Do Bloków Operacyjnych należą sale wybudzeń.
3. Blok Operacyjny powinien być utrzymany w stanie stałego pogotowia operacyjnego.
4. Praca i dyżury na Bloku Operacyjnym powinny być tak zorganizowane, aby zabieg operacyjny mógł być wykonany o każdej porze.
5. Pracami Centralnego Bloku Operacyjnego oraz Bloku Operacyjnego kieruje Lekarz Kierujący Centralnego Bloku Operacyjnego, który podlega Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa<sup>35</sup>.
6. Do obowiązków lekarza kierującego Bloku Operacyjnego należy w szczególności:
  - 1) nadzór nad pracą personelu Bloku Operacyjnego,
  - 2) ustalanie planu zabiegów operacyjnych,
  - 3) zapewnianie możliwości wykonywania zabiegów w trybie pozaplanowym (nagłym),
  - 4) kontrola sprawności aparatury oraz sterylności materiałów i sprzętu operacyjnego,
  - 5) dbanie o należyte zaopatrzenie w sprzęt i materiały operacyjne oraz o konserwację aparatury,
  - 6) kontrola dokumentacji i sprawozdawczości operacyjnej.

#### §70

1. Podczas operacji personel znajdujący się w sali operacyjnej, w sprawach dotyczących przeprowadzania zabiegu, podporządkowany jest lekarzowi operującemu, a w sprawach ogólnego postępowania i zapewnienia bezpieczeństwa życia i zdrowia operowanego – anestezjologowi.
2. Wstęp do sali operacyjnej w czasie operacji, poza zespołem operującym, ma personel medyczny, który uzyskał zezwolenie lekarzy odpowiedzialnych za przebieg operacji.

#### §71

1. Wykonywane zabiegi są dokumentowane w księdze zabiegów operacyjnych.
2. Sporządzenie opisów operacyjnych powinno nastąpić niezwłocznie nie później jednak niż w ciągu do 24 godzin po zakończeniu operacji.
3. Za sporządzenie opisu operacji odpowiada lekarz operujący.

#### §72

1. Pomieszczenia Bloku Operacyjnego powinny być utrzymane w stanie wzorowej czystości i porządku, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie wymogami.
2. Po zakończonej operacji bielizna chirurgiczna jest przesłana do pralni, a narzędzia i sprzęt – do sterylizacji.

#### §73

1. Aparaturę i zestawy operacyjne przechowuje się w odpowiednich pomieszczeniach, starannie konserwowane i chronione przed zniszczeniem.

---

<sup>35</sup> Zapis zmieniony- Zarządzenie 38/2017

2. Zawartość zestawów operacyjnych z narzędziami, bielizną chirurgiczną i materiałami opatrunkowymi przygotowanymi do operacji, powinna być dokładnie przeliczana i ewidencjonowana.
3. Zestawów operacyjnych nie wolno wyciągać i używać poza Blokiem Operacyjnym.
4. Personel Bloku Operacyjnego jest zobowiązany do noszenia ubrania i obuwia przeznaczonego wyłącznie do pracy na Bloku Operacyjnym.

## **Rozdział XI**

### **Prawa pacjenta**

#### §74

1. Pacjentowi przysługują prawa określone w Konstytucji RP, ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ustawie o działalności leczniczej, ustawie o ochronie danych osobowych, a także w innych przepisach określających prawa i obowiązki pacjenta.
2. Pacjent w szczególności ma prawo do:
  - 1) świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom wiedzy medycznej, a w sytuacji ograniczonych możliwości – do świadczeń udzielanych zgodnie z przyjętymi standardami,
  - 2) korzystania z rzetelnej, opartej na kryteriach medycznych, procedury ustalającej kolejność dostępu do świadczeń,
  - 3) uzyskania pomocy lekarskiej w każdym przypadku nie cierpiącym zwłoki,
  - 4) udzielania mu świadczeń zdrowotnych przez osoby uprawnione do ich udzielania, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością, a także w pomieszczeniach i przy zastosowaniu urządzeń odpowiadających określonym wymaganiom fachowym i sanitarnym,
  - 5) uzyskania przystępnej informacji o swoim stanie zdrowia, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, rozpoznaniu, wynikach leczenia oraz rokowaniu,
  - 6) uzyskania przystępnej informacji o procesie pielęgnacji oraz zabiegach pielęgniarstwie,
  - 7) wyrażenia odmowy do uzyskania przystępnych informacji o swoim stanie zdrowia, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania lub zaniechania, rozpoznaniu, wynikach leczenia oraz rokowaniu, procesie pielęgnacji oraz zabiegach pielęgniarstwie,
  - 8) wyrażenia swojej opinii w zakresie uzyskanych informacji o swoim stanie zdrowia, możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, rozpoznaniu, wynikach leczenia oraz rokowaniu,
  - 9) wskazania osób, którym lekarz może udzielić informacji o jego stanie zdrowia,
  - 10) wyrażenia zgody albo odmowy na wykonanie u niego zabiegu operacyjnego lub zastosowanie wobec niego metody leczenia bądź diagnostyki stwarzającej podwyższone ryzyko i do właściwej informacji w celu podjęcia przez niego decyzji w tym zakresie,

- 11) wnioskowania do lekarza o zasięgnięcie przez niego opinii właściwego lekarza specjalisty lub o zorganizowanie konsylium lekarskiego,
  - 12) intymności i poszanowania godności w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych,
  - 13) intymności i poszanowania godności w stanie terminalnym,
  - 14) udostępnienia mu dokumentacji medycznej lub wskazania innej osoby, której dokumentacja ta może być udostępniona,
  - 15) zachowania w tajemnicy informacji związanych z jego chorobą i leczeniem a uzyskanych przez personel w związku z wykonywaniem zawodu, z wyłączeniem sytuacji, gdy inaczej stanowią przepisy odrębnych ustaw lub gdy zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób,
  - 16) udzielania świadczeń zdrowotnych w obecności osoby bliskiej, z wyłączeniem przypadków, w których obecność osoby bliskiej spowoduje prawdopodobieństwo wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub zagraża bezpieczeństwu zdrowotnemu pacjenta,
  - 17) zapewnienia ochrony danych osobowych, w tym zawartych w dokumentacji medycznej, oraz ochrony wizerunku,
  - 18) wyrażenia i cofnięcia w każdym czasie sprzeciwu na pobranie po jego śmierci komórek, tkanek i narządów, dobrowolnego wyrażenia przed lekarzem zgody na pobranie od niego za życia komórek, tkanek lub narządów w celu ich przeszczepiania określoneму biorcy, jeżeli ma pełną zdolność do czynności prawnych, ochrony danych osobowych dotyczących dawcy/biorcy przeszczepu i objęcia ich tajemnicą,
  - 19) umieszczenia na liście osób oczekujących na przeszczepienie komórek, tkanek i narządów, jeżeli ma być biorcą, oraz do wyboru go jako biorcy w oparciu o kryteria medyczne,
  - 20) życzliwego i troskliwego traktowania go przez personel,
  - 21) dostępu do informacji o prawach pacjenta,
  - 22) wniesienia sprzeciwu wobec opinii lekarza, w sytuacji gdy opina ta ma wpływ na prawa lub obowiązki pacjenta wynikające z przepisów,
  - 23) składania uwag, wniosków lub skarg w sprawach związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.
2. Pacjent przyjęty do leczenia szpitalnego ma również prawo do zapewnienia mu:
- 1) środków farmaceutycznych i materiałów medycznych, odpowiednich do potrzeb
  - 2) pomieszczenia i żywienia odpowiedniego do stanu zdrowia,
  - 3) dodatkowej opieki pielęgnacyjnej sprawowanej przez osobę bliską lub inną osobę wskazaną przez pacjenta lub opiekuna pacjenta,
  - 4) kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z osobami z zewnątrz lub do odmowy takiego kontaktu,
  - 5) przechowywania wartościowych rzeczy w depozycie,
  - 6) wskazania osoby lub instytucji, którą szpital obowiązany jest powiadomić o pogorszeniu się stanu zdrowia pacjenta powodującego zagrożenie życia albo w razie jego śmierci,
  - 7) wypisania ze szpitala na własne żądanie i uzyskania od lekarza prowadzącego informacji o możliwych następstwach zaprzestania leczenia w szpitalu,
  - 8) uczestniczenia w nabożeństwach i opieki duszpasterskiej.
3. Prawa, o których mowa w ust. 1 i 2, przysługują pacjentom stosownie do uprawnień wynikających z ich wieku i zdolności do podejmowania czynności prawnych.

1. Fotografowanie, filmowanie, nagrywanie audio lub video pacjentów jest dopuszczalne wyłącznie po uzyskaniu pisemnej zgody pacjenta albo przedstawiciela ustawowego, jak również zgody Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa, Lekarza kierującego lub lekarza prowadzącego pacjenta.
2. Wykorzystanie fotografii lub filmów, na których został utrwalony wizerunek pacjenta w sposób umożliwiający jego identyfikację, wymaga zgody pacjenta albo przedstawiciela ustawowego pacjenta, jak również zgody Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa lub upoważnionego przez niego pracownika.
3. Fotografowanie, filmowanie, nagrywanie audio lub video pracownika Szpitala lub osoby zatrudnionej w Szpitalu na innej podstawie, w szczególności przez pacjenta lub osobę go odwiedzającą, jest dopuszczalne wyłącznie po uzyskaniu zgody osoby, której wizerunek ma być w ten sposób utrwalony.

## **Rozdział XII**

### **Zasady pobytu w jednostce medycznej**

#### **Obowiązki pacjenta**

#### §76

1. Pacjent oraz osoba sprawująca nad nim opiekę, zwana dalej „opiekunem”, mają obowiązek stosowania się do zaleceń personelu medycznego, a w szczególności do wskazań lekarzy i pielęgniarek oraz innych pracowników medycznych biorących udział w procesie leczenia.
2. W porze obchodów lekarskich, wykonywania zabiegów i opatrunków czy podawania posiłków pacjent zobowiązany jest przebywać w sali lub innych, przeznaczonych dla niego, pomieszczeniach.
3. Pacjent oraz opiekun pacjenta mogą przebywać wyłącznie w przydzielonej sali oraz pomieszczeniach przeznaczonych dla ogółu pacjentów.
4. Pacjent zobowiązany jest do utrzymywania czystości i porządku w swoim otoczeniu oraz w innych udostępnionych pomieszczeniach jednostki.
5. Pacjent nie może przyjmować leków ani poddawać się zabiegom innym niż zlecone bądź zaakceptowane przez zespół leczący lub lekarza dyżurnego.
6. Pacjentowi nie wolno spożywać artykułów spożywczych bez wiedzy i zgody lekarza prowadzącego i pielęgniarki dyżurnej.
7. Pacjent w czasie trwania ciszy nocnej, w godz. od 22.00 do 6.00, powinien przebywać w łóżku.
8. Pacjentowi nie wolno zakłócać spokoju innym pacjentom oraz pracy personelowi.
9. Ponadto pacjent zobowiązany jest do:
  - 1) przestrzegania przyjętego w jednostce godzinowego rozkładu dnia,
  - 2) zabezpieczenia swoich rzeczy osobistych, w tym rzeczy wartościowych, garderoby, pieniędzy i dokumentów, których nie przekazał do depozytu osobistych rzeczy pacjenta, a za które tym samym Szpital nie ponosi odpowiedzialności,
  - 3) poszanowania mienia Szpitala,
  - 4) stosowania się do obowiązującego na terenie Szpitala zakazu palenia tytoniu, spożywania alkoholu, używania środków odurzających.

#### §77

1. Pacjenta oraz odpowiednio opiekuna pacjenta obowiązuje przestrzeganie przepisów zawartych w niniejszym Regulaminie.
2. Pacjent powinien mieć własne przybory konieczne do utrzymania higieny osobistej.

3. Pacjenci, którym wiek i stan zdrowia na to pozwalają, samodzielnie wykonują czynności związane z dbałością o higienę osobistą.
4. W przypadku pacjentów, którzy z uwagi na wiek lub stan zdrowia nie są samodzielni, czynności higieniczne wykonywane są przez wyznaczony personel Szpitala lub – po uzgodnieniu z lekarzem/pielęgniarką – przez opiekunów pacjenta.
5. Korzystanie z urządzeń elektrycznych, w tym kuchenek, grzałek, żelazek i innych urządzeń mogących spowodować stan zagrożenia, odbywa się w miejscach do tego wyznaczonych, za zgodą pielęgniarki oddziałowej.
6. Pacjent nie ma prawa:
  - 1) zmieniać łóżka bez zgody pielęgniarki oddziałowej lub dyżurnej,
  - 2) zajmować łóżek innych pacjentów,
  - 3) dokumentować w postaci cyfrowej zapisów aparatury medycznej,
  - 4) fotografować, filmować, nagrywać audio lub video innych pacjentów oraz członków personelu szpitala bez ich zgody,
  - 5) używać telefonów komórkowych czy innego sprzętu elektronicznego zakłócających pracę aparatury medycznej w miejscach oznaczonych lub wskazanych przez personel medyczny.

#### §78

1. Pacjent może korzystać z opieki pielęgniacyjnej sprawowanej przez osobę bliską oraz ma prawo do kontaktu osobistego, telefonicznego i korespondencyjnego z osobami z zewnątrz.
2. Uprawnienia te może ograniczyć lekarz kierujący ze względów epidemiologicznych, z uwagi na konieczność poszanowania prawa innych pacjentów lub innych, ważnych dla funkcjonowania Szpitala powodów.

#### §79

1. Odzież, w której pacjent został przyjęty do szpitala, powinna zostać zabrana przez jego opiekunów lub złożona w depozycie odzieży.
2. Przedmioty wartościowe pacjent może przechowywać w depozycie.

#### §80<sup>36</sup>

1. Pacjent nie ma prawa wychodzić poza teren jednostki, w której jest hospitalizowany, z zastrzeżeniem ust. 2 i 4 oraz §81.
2. Opuszczanie jednostki leczącej jest możliwe w przypadku badań, konsultacji lub zabiegów poza tą jednostką.
3. W czasie pozostawania przez pacjenta poza jednostką, w sytuacji opisanej w ust. 2, pacjentom towarzyszy pielęgniarka lub inny pracownik medyczny jednostki.
4. Krótkotrwałe opuszczenie jednostki przez pacjenta w czasie odwiedzin odbywa się na zasadach określonych w §81.

#### §81

1. Dopuszcza się krótkotrwałe opuszczenie przez pacjenta jednostki, w celu wyjścia na teren innych obiektów Szpitala, np. na spacer.
2. Krótkotrwałe opuszczenie jednostki przez pacjenta zgłaszane jest pielęgniarce oddziałowej lub dyżurnej, która odnotowuje to w księdze wyjść z podaniem danych osoby, a w przypadku małoletniego również z podaniem danych osoby pod opieką której będzie przebywał pacjent małoletni. Opiekun taki potwierdza wpis w księdze własnoręcznym podpisem.

---

<sup>36</sup> Zarządzenie Nr 5/2020, skreślono ust. 5 w §80, w treści: Na terenie Szpitala w określonych obszarach prowadzony jest monitoring wizyjny



3. Krótkotrwałe opuszczenie jednostki przez pacjenta małoletniego możliwe jest jedynie pod opieką opiekuna lub innej pisemnie upoważnionej przez niego osoby i za zgodą lekarza.

#### §82

1. Pacjentowi lub opiekunowi pacjenta nie wolno żądać od pracowników Szpitala usług niezwiązanych z hospitalizacją.
2. Pacjent/opiekun potwierdza podpisem w dokumentacji pacjenta – historii choroby, że został zapoznany z obowiązkami i prawami pacjenta oraz jeżeli taki jest – z regulaminem jednostki oraz, że zobowiązuje się do ich przestrzegania.

#### 82<sup>1 37</sup>

1. Dyrektor Szpitala w drodze Zarządzenia określi w Regulaminie monitoringu Szpitala sposób obserwacji pomieszczeń:
  - a) ogólnodostępnych, jeżeli jest to niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów lub pracowników pomieszczeń,
  - b) w których są udzielane świadczenia zdrowotne oraz pobytu pacjentów, w szczególności pokoi łóżkowych, pomieszczeń higieniczno-sanitarnych, przebieralni, szatni, jeżeli wynika to z przepisów odrębnych,  
– za pomocą urządzeń umożliwiających rejestrację obrazu (**monitoring**).
2. Nagrania obrazu uzyskane w wyniku monitoringu, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, zawierające dane osobowe, Szpital przetwarza wyłącznie do celów, dla których zostały zebrane i przechowuje przez okres do 3 miesięcy od dnia nagrania. Szczegółowo, termin przechowania zostanie określony w Regulaminie, o którym mowa w ust. 1.
3. Po upływie okresu, o którym mowa w ust. 2, uzyskane w wyniku monitoringu nagrania obrazu zawierające dane osobowe podlegają zniszczeniu, o ile przepisy odrębne nie stanowią inaczej

## **Rozdział XII** **Zasady odwiedzania pacjentów**

#### §83

1. Odwiedzanie pacjentów w Szpitalu dozwolone jest codziennie w godzinach 7.00-20.00. Matka karmiąca może odwiedzić dziecko w celu jego nakarmienia w każdym czasie.
2. Przebywanie opiekuna pacjenta przy pacjencie w innych godzinach, w tym nocnych, jest dopuszczalne na zasadach określonych w regulaminie danej jednostki, o którym mowa w § 49 ust. 3 niniejszego Regulaminu – jeżeli taki jest – albo pod warunkiem uzyskania zgody lekarza kierującego. Lekarz kierujący wydaje lub odmawia zgody uwzględniając względy epidemiologiczne i możliwości danej medycznej jednostki organizacyjnej Szpitala.
3. Opiekun pacjenta, który uzyskał zgodę na pobyt w nocy, nie może swoją obecnością stwarzać zagrożeń w opiece nad pacjentem, w szczególności nie może rozkładać materacy, łóżek polowych lub foteli na trasie dostępu do łóżka chorego, wyłączać alarmów aparatury medycznej, wyłączać oświetlenia nocnego na sali, blokować drzwi do sali pacjenta lub zakłócać ciszę nocnej.
4. Jeżeli pozwoli na to lekarz prowadzący, w pierwszej dobie po zabiegu operacyjnym przy pacjencie może przebywać tylko jedna osoba.<sup>38</sup>
5. Na oddziałach intensywnej terapii przy pacjencie może przebywać tylko jedna osoba, przy czym jej pobyt u pacjenta wymaga uzyskania zgody lekarza.

---

<sup>37</sup> dodany Zarządzeniem 5/2020

<sup>38</sup> Zarządzenie 12/2018 – zmiana §83 ust. 4

6. Odwiedzający w wieku poniżej 14. roku życia wstęp na teren jednostki medycznej może uzyskać wyłącznie za zgodą lekarza kierującego lub lekarza prowadzącego pacjenta, a po godz. 16.00 – lekarza dyżurnego.
7. Prawo do odwiedzin może być czasowo wstrzymane przez lekarza kierującego z przyczyn epidemiologicznych lub innych istotnych przyczyn organizacyjnych dotyczących Szpitala.

#### §84

1. Opiekunowie pacjentów mogą odwiedzać pacjentów w salach szpitalnych, a gdy stan zdrowia na to pozwala wychodzić z nimi na teren jednostki medycznej.
2. Opiekunowie pacjentów nie mogą pozostawiać swojego dziecka pod opieką innych rodziców lub innych pacjentów.

#### §85

1. Osoba odwiedzająca pacjenta zobowiązana jest do:
  - 1) przestrzegania niniejszego Regulaminu w zakresie, w jakim nakłada on na osoby odwiedzające stosowanie się do ustalonego w Szpitalu porządku,
  - 2) podporządkowywania się poleceniom i wskazówkom personelu medycznego,
  - 3) przestrzegania zasad korzystania z urządzeń i sprzętu powierzonego przez pracowników Szpitala,
  - 4) korzystania z pomieszczeń i urządzeń sanitarnych wyznaczonych do użytku odwiedzających,
  - 5) utrzymywania właściwego stanu sanitarnego, czystości i porządku w swoim otoczeniu na sali pacjentów oraz w innych udostępnionych pomieszczeniach,
  - 6) udostępnienia powierzchni do sprzątnięcia przez personel Szpitala,
  - 7) szanowania mienia szpitalnego,
  - 8) oszczędzania energii, przestrzegania segregacji odpadów,
  - 9) zabezpieczenia osobistych rzeczy pacjenta i swoich, za które Szpital nie ponosi odpowiedzialności.
2. Osobom odwiedzającym zabrania się:
  - 1) podawania pacjentowi leków, stosowania środków i metod pielęgnacyjnych innych niż zlecone przez lekarza,
  - 2) karmienia innych pacjentów,
  - 3) dokonywania zmian ustalonej diety, dostarczania pacjentom artykułów spożywczych bez uprzedniego porozumienia się z lekarzem prowadzącym lub pielęgniarką dyżurną,
  - 4) zanieczyszczania lub zaśmiecania pomieszczeń i terenu szpitalnego,
  - 5) siadania lub przebywania na lub w łóżku pacjenta,
  - 6) korzystania z kuchenek elektrycznych, grzałek, żelazek i innych urządzeń mogących spowodować stan zagrożenia w miejscach innych niż wyznaczone,
  - 7) przynoszenia i pozostawiania pacjentowi przedmiotów niebezpiecznych (noże, nożyczki itp.), przedmiotów elektrycznych (grzałki, czajniki itp.), zabawek posiadających szczególnie uciążliwe urządzenia dźwiękowe czy mogących stwarzać zagrożenie bezpieczeństwa dla dzieci,
  - 8) palenia tytoniu, spożywania alkoholu, używania środków odurzających,
  - 9) składania wizyt w stanie nietrzeźwym i zakłócania spokoju na terenie szpitala,
  - 10) spożywania napojów, posiłków (zwłaszcza gorących) poza wyznaczonymi miejscami,
  - 11) wchodzenia do pomieszczeń służbowych i korzystania z łazienek dla pacjentów.
3. Za szkody powstałe w mieniu szpitala z winy osoby odwiedzającej pacjenta odpowiedzialność materialną ponosi osoba wyrządzająca daną szkodę.

4. Szpital nie ponosi odpowiedzialności za rzeczy pozostawione pacjentowi do jego dyspozycji oraz za rzeczy osób odwiedzających.

#### §86

1. W trakcie odwiedzin opiekun pacjenta może wykonywać proste czynności pielęgnacyjne przy pacjencie, uprzednio uzgodnione z lekarzem lub pielęgniarką.
2. Pacjentów nie mogą odwiedzać i pielęgnować osoby z infekcją, niezrównoważone psychicznie, nietrzeźwe, nieprzestrzegające zasad higieny.
3. Osoby odwiedzające nie mogą używać telefonów komórkowych czy innego sprzętu elektronicznego zakłócającego pracę aparatury medycznej w miejscach, gdzie jest to oznaczone czy wskazane przez personel medyczny.
4. Sprawowanie opieki pielęgnacyjnej nad pacjentem przez osobę odwiedzającą nie może naruszać praw pozostałych pacjentów do właściwego leczenia i spokoju.

#### §87

Osoby upoważnione przez pacjenta/opiekunowie pacjenta mogą zgłaszać się po informacje o stanie zdrowia pacjenta wyłącznie do lekarza kierującego lub lekarza prowadzącego, a w godzinach popołudniowych – do lekarza dyżurnego.

#### §88

1. Osobom odwiedzającym pacjentów nieprzestrzegającym niniejszego Regulaminu, a w szczególności postanowień niniejszego rozdziału, personel medyczny ma prawo polecić opuszczenie szpitala.
2. W przypadku naruszania postanowień Regulaminu, personel ma prawo wezwać ochronę szpitala lub funkcjonariuszy policji.

#### §89

Zasady odwiedzin, o których mowa w niniejszym rozdziale, są wywieszane na tablicach ogłoszeń w medycznych jednostkach organizacyjnych.

### **Rozdział XIII**

#### **Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie lecznictwa ambulatoryjnego**

#### §90

1. Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne udzielane są w poradniach i pracowniach.
2. Poradnia jest jednostką organizacyjną zakładów leczniczych<sup>39</sup> o profilu: Działalność Ambulatoryjna i Diagnostyczna.
3. Do zadań poradni lub pracowni należy prowadzenie działalności konsultacyjnej, leczniczej lub rehabilitacyjnej w specjalnościach wchodzących w zakres działania danej poradni.
4. Do zadań poradni lub pracowni w szczególności należy:
  - 1) zapewnianie pacjentom opieki ambulatoryjnej i wysokospecjalistycznej w reprezentowanej specjalności,
  - 2) rozpoznawanie chorób, leczenie i orzekanie o stanie zdrowia,
  - 3) udzielanie konsultacji specjalistycznych,
  - 4) realizacja programów zdrowotnych, zleconych Szpitalowi,
  - 5) promocja zdrowia,

---

<sup>39</sup> Zarządzenie 12/2018, zmieniono przedsiębiorstwa na: zakłady lecznicze

- 6) monitorowanie i ciągła poprawa jakości świadczonych usług medycznych oraz wdrażanie nowych technologii medycznych,
  - 7) poprawa jakości i efektywności ekonomicznej udzielania świadczeń zdrowotnych,
  - 8) prowadzenie wymaganej dokumentacji, w szczególności indywidualnej i zbiorczej dokumentacji medycznej,
  - 9) wyznaczanie terminów udzielania świadczeń,
  - 10) prowadzenie list pacjentów oczekujących na udzielenie świadczenia,
  - 11) dbałość o podnoszenie kwalifikacji przez personel medyczny.
5. Personel poradni podlega zwierzchnictwu organizacyjnemu kierownika Poradni Przyklinicznych, z zastrzeżeniem ust. 6.<sup>40</sup>
6. Zwierzchnikiem służbowym pielęgniarek zatrudnionych w poradni lub pracowni jest Naczelną Pielęgniarka.

#### §91

1. Przyjęcie pacjenta w poradni (lub pracowni) odbywa się na podstawie:
  - 1) decyzji o zakwalifikowaniu pacjenta do leczenia ambulatoryjnego,
  - 2) skierowania pacjenta przez lekarza poradni specjalistycznej Szpitala,
  - 3) decyzji lekarza Izby Przyjęć,
  - 4) skierowania wystawionego przez inne uprawnione podmioty.
2. Wizyty w poradni są planowane.
3. Informacje o godzinach pracy poradni są wywieszane na tabliczkach informacyjnych danej poradni oraz ogłaszane są na stronie internetowej Szpitala.<sup>41</sup>

### **Rozdział XIV**

#### **Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie diagnostyki**

#### §92<sup>42</sup>

1. Świadczenia zdrowotne w zakresie badań diagnostycznych i badań analitycznych w Szpitalu udzielane są w laboratoriach, zakładach i pracowniach.
2. Laboratorium, zakład lub pracownia stanowią wyodrębnione organizacyjnie części zakładów leczniczych<sup>43</sup> o profilu Działalność Ambulatoryjna i Diagnostyczna. Pracownia może być jednostką organizacyjną laboratorium lub zakładu.
3. Do zadań laboratorium/zakładu/pracowni należy wykonywanie, zgodnie z zakresem jej działania, badań i procedur potrzebnych do rozpoznania choroby, ustalenia sposobu terapii lub rehabilitacji.
4. Do zadań laboratorium/zakładu/pracowni należy w szczególności:
  - 1) zapewnienie wykonania badań laboratoryjno-diagnostycznych,
  - 2) udział w realizacji programów zdrowotnych, zleconych Szpitalowi,
  - 3) udział w promocji zdrowia,
  - 4) monitorowanie i ciągła poprawa jakości świadczonych usług medycznych oraz wdrażanie nowych technologii medycznych,
  - 5) poprawa jakości i efektywności ekonomicznej udzielania świadczeń zdrowotnych,
  - 6) prowadzenie wymaganej dokumentacji, w szczególności indywidualnej i zbiorczej dokumentacji medycznej,
  - 7) wyznaczanie terminów udzielania świadczeń,
  - 8) prowadzenie list pacjentów oczekujących na świadczenie,

<sup>40</sup> Zarządzenie 12/2018, zmieniono §90 ust. 5

<sup>41</sup> Zarządzenie 12/2018, zmieniono §91 ust. 3

<sup>42</sup> Zapis §92 zmieniony Zarządzeniem Nr 8/2017

<sup>43</sup> Zarządzenie 12/2018, zmieniono przedsiębiorstwa na: zakłady lecznicze

- 9) dbałość o podnoszenie kwalifikacji personelu medycznego.
- 10) współuczestnictwo w badaniach naukowych i pracach badawczo-rozwojowych,
5. Personel pracowni stanowiącej komórkę organizacyjną kliniki, laboratorium lub zakładu podlega zwierzchnictwu służbowemu lekarza kierującego tej kliniki, laboratorium lub zakładu, z zastrzeżeniem ust. 6.
6. Pracą pielęgniarek zatrudnionych w laboratorium/zakładzie/pracowni kieruje pielęgniarka oddziałowa w zakresie ustalonym przez Naczelną Pielęgniarkę

### §93

1. Przyjęcie pacjenta w laboratorium/zakładzie/pracowni odbywa się na podstawie:
  - 1) zakwalifikowania pacjenta na podstawie skierowania lekarza specjalisty lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej,
  - 2) skierowania lekarza poradni specjalistycznej lub jednostki szpitala prowadzącej leczenie pacjenta,
  - 3) decyzji lekarza Izby Przyjęć<sup>44</sup>.
2. Terminy badań są planowane, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Badania w trybie pilnym wykonywane są na zlecenie lekarza szpitala prowadzącego leczenie pacjenta.
4. Wykonywanie badań odbywa się w godzinach 7.30–15.05, z zastrzeżeniem ust. 5 i 6.
5. Praca w laboratoriach/zakładach/pracowniach diagnostyki laboratoryjnej prowadzona jest całodobowo. Na wniosek lekarza kierującego daną jednostką, Dyrektor może wyrazić zgodę na pracę w innym systemie, w szczególności w określonych godzinach<sup>45</sup>.
6. W pozostałych zakładach, w godzinach popołudniowych i w dni wolne od pracy, pełnione są dyżury. Pełnienie dyżurów ma na celu w szczególności zapewnienie wykonywania badań pacjentom szpitala.
7. Informacje o godzinach pracy laboratorium/zakładu/pracowni są wywieszane na tablicy informacyjnej laboratorium, zakładu lub danej pracowni oraz ogłaszane są na stronie internetowej Szpitala<sup>46 47</sup>.

## Rozdział XV

### Zasady postępowania w przypadku zgonu pacjenta i wydawanie zwłok

### §94

1. W przypadku zgonu pacjenta w jednostce medycznej lub w Izbie Przyjęć, obowiązuje ustalony tryb postępowania, o którym mowa w niniejszym rozdziale.
2. Lekarz prowadzący pacjenta lub – w czasie dyżuru – lekarz dyżurny:
  - 1) stwierdza zgon i ustala jego przyczynę,
  - 2) niezwłocznie wpisuje do historii choroby datę i godzinę zgonu,
  - 3) niezwłocznie wypisuje 2 egzemplarze (części) karty zgonu – dla celów statystycznych i dla celów pochowania zwłok.
3. Lekarz prowadzący lub – w czasie dyżuru – lekarz dyżurny, niezwłocznie zawiadamia o zgonie osobę lub instytucję, o których mowa w art. 28 ust. 1 pkt. 1 ustawy o działalności leczniczej. W przypadku gdy zmarły był osobą samotną, zawiadamia się pielęgniarkę przyszpitalną, która przejmuje obowiązek dopełnienia formalności związanych z pochówkiem
4. Pielęgniarka dyżurna:
  - 1) odnotowuje datę i godzinę zgonu w karcie gorączkowej,

<sup>44</sup> §92 ust. 1 zmieniony Zarządzeniem Nr 8/2017

<sup>45</sup> §93 ust. 5 zmieniony Zarządzeniem Nr 8/2017

<sup>46</sup> §93 ust. 7 zmieniony Zarządzeniem Nr 8/2017

<sup>47</sup> Zarządzenie 12/2018 – zmieniono §93 ust. 7

- 2) układa prawidłowo zwłoki, zgodnie z ustalonym trybem postępowania,
  - 3) zakłada na przegub dłoni i stopy osoby zmarłej znak identyfikacyjny wykonany z tworzywa sztucznego, płótna lub tasiemki,
  - 4) wpisuje na taśmę samoprzylepną dane dotyczące pacjenta, po czym przykleja ją na klatkę piersiową pacjenta oraz na zewnętrzną stronę worka na zwłoki,
  - 5) wypełnia kartę skierowania zwłok do chłodni.
5. Pielęgniarka oddziałowa lub dyżurna:
- 1) odnotowuje zgon w Rejestrze zgonów danej jednostki medycznej,
  - 2) sporządza protokolarnie spis pieniędzy, przedmiotów wartościowych i rzeczy zmarłego,
  - 3) przedmioty wartościowe i pieniądze przekazuje do depozytu, a rzeczy do magazynu.
6. Przedmioty pozostałe po zmarłym nieobjęte depozytem i z wyjątkiem potrzebnych do ubrania zwłok, wydaje się za pokwitowaniem opiekunom pacjenta, z zastrzeżeniem ust. 7.
7. Rzeczy pozostałe po zmarłym, którego zwłoki oddano do dyspozycji prokuratora, nie mogą być wydane przed dokonaniem sekcji zwłok bądź przed otrzymaniem zawiadomienia o zwolnieniu od sekcji.

#### §95

1. Zgon i jego przyczynę stwierdza się w karcie zgonu, której treść i sposób wypełniania określają obowiązujące przepisy prawa.
2. Wystawienie karty zgonu jest obowiązkiem lekarza.
3. Niemożność ustalenia przyczyny zgonu lub okoliczność, że do ustalenia przyczyny zgonu konieczne jest przeprowadzenie dodatkowych badań, nie może stanowić podstawy odmowy wystawienia lub opóźnienia wystawienia karty zgonu.
4. Jeżeli lekarz stwierdzający zgon poweźmie pewność lub uzasadnione podejrzenie, że przyczyną zgonu była choroba zakaźna, podlegająca obowiązkowi zgłoszenia, powinien bezzwłocznie zawiadomić o tym właściwego inspektora sanitarnego.
5. W przypadku uzasadnionego podejrzenia, że przyczyną zgonu było przestępstwo, lekarz stwierdzający zgon powinien zawiadomić o tym bezzwłocznie prokuratora lub policję.
6. Karta skierowania zwłok do chłodni, o której mowa w § 94 ust. 4 pkt 5, zawiera: imię i nazwisko, PESEL osoby zmarłej, a w przypadku braku numeru PESEL – serię i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość, datę i godzinę zgonu, godzinę przyjęcia zwłok osoby zmarłej do chłodni, imię, nazwisko i podpis pielęgniarki wypełniającej kartę.
7. Znak identyfikacyjny, o którym mowa w § 94 ust. 4 pkt. 3, zawiera dane dotyczące zmarłego pacjenta: jego nazwisko i imię, datę urodzenia, numer PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL – serię i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość, numer identyfikacyjny nadany w Szpitalu, datę i godzinę zgonu, nazwę medycznej jednostki organizacyjnej, na której zmarł pacjent.
8. Jeżeli nie jest możliwe ustalenie tożsamości osoby zmarłej, w karcie skierowania do chłodni oraz na znaku identyfikacyjnym dokonuje się oznaczenia "NN" z podaniem przyczyny i okoliczności uniemożliwiających ustalenie tożsamości.

#### §96

1. Za ochronę zwłok na terenie Szpitala (przed zamianą, uszkodzeniem, itp.) do momentu ich wydania osobom uprawnionym do pochówku odpowiada lekarz kierujący jednostką, w której zmarł pacjent lub Izby Przyjęć oraz Zakładu Patomorfologii, zgodnie z przyjętym podziałem kompetencji i odpowiedzialności.
2. Przewiezienie zwłok z jednostki do chłodni Szpitala następuje nie wcześniej niż po dwóch godzinach od chwili stwierdzenia zgonu.
3. Do czasu przewiezienia do chłodni zwłoki są przechowywane w specjalnie przeznaczonym do tego celu pomieszczeniu, a w razie jego braku – w innym chłodnym miejscu. W celu

uniknięcia powstawania plam opadowych na twarzy należy zwłoki ułożyć na plecach. Głowa musi być zabezpieczona przed odchyleniem na boki.

4. Zwłoki są przechowywane przy zachowaniu godności należytej zmarłemu.
5. Zwłoki z jednostki do chłodni transportuje podmiot, któremu te czynności powierzono umownie.
6. W przypadku zgonu pacjenta podczas wykonywania badań w pracowni diagnostycznej, odpowiedzialność za prawidłowe postępowanie z ciałem pacjenta spoczywa na jednostce, w której pacjent był hospitalizowany.
7. W przypadku, gdy zgon nastąpi na bloku operacyjnym, odpowiedzialność za prawidłowe postępowanie z ciałem pacjenta, spoczywa na jednostce, z której pacjent został skierowany.
8. W przypadkach zgonu pacjentów skierowanych z Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, odpowiedzialność spoczywa na pracownikach Szpitalnego Oddziału ratunkowego.
9. Pracownik jednostki, w której nastąpił zgon, w skierowaniu zwłok do chłodni wpisuje następujące informacje: imię i nazwisko osoby zmarłej a w przypadku martwego urodzenia – dane matki, jednostkę medyczną, w której nastąpił zgon, godzinę przywozu zwłok do chłodni, imię i nazwisko pracownika przedstawiającego zwłoki do transportu, numer telefonu służbowego oraz dane osoby wykonującej transport zwłok i odnotowuje zgon w Rejestrze zgonów.
10. Zwłoki przechowuje się w chłodni nie dłużej niż 72 godziny.
11. Zwłoki mogą być przechowywane w chłodni dłużej niż 72 godziny, jeżeli:
  - 1) nie mogą zostać wcześniej odebrane przez osoby uprawnione do pochowania osoby zmarłej,
  - 2) w związku ze zgonem zostało wszczęte śledztwo, a prokurator nie zezwolił na pochowanie zwłok,
  - 3) przemawiają za tym inne ważne przyczyny, za zgodą albo na wniosek osoby uprawnionej do pochowania zwłok.
12. Za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny licząc od godziny, w której nastąpiła śmierć pacjenta, nalicza się opłatę w wysokości określonej Cennikiem Usług Medycznych, z zastrzeżeniem ust. 13 i 14.<sup>48</sup>
13. W przypadku, o którym mowa w art. 10 ust. 3 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych, dopuszcza się pobieranie od gminy opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta za okres przypadający po upływie 3 dni od dnia powiadomienia gminy o konieczności pochowania zwłok pacjenta w związku z niepochowaniem ich przez inne uprawnione osoby lub instytucje.<sup>49</sup>
14. Na uzasadniony wniosek podmiotu, który zobowiązał się do wykonania pochówku lub podmiotu odbierającego zwłoki pacjenta, Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa może podjąć decyzję o odstąpieniu od naliczenia opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta przez czas dłuższy niż wskazany w ust. 12.<sup>50</sup>

## §97

1. Zwłoki pacjentów zmarłych w szpitalu mogą być poddane badaniom pośmiertnym (sekcji) w Zakładzie Patomorfologii.
2. O dokonaniu bądź zaniechaniu sekcji należy sporządzić adnotację w dokumentacji medycznej.
3. Decyzja o dokonaniu sekcji należy do lekarza kierującego jednostką, w której nastąpił zgon.

<sup>48</sup> Zmieniono Zarządzenie Nr 9/2021, wcześniej: *Za przechowywanie zwłok do 120 godzin Szpital nie pobiera opłat. Za dalsze przechowanie zwłok pobiera się opłatę zgodną z cennikiem*

<sup>49</sup> Dodany, Zarządzenie Nr 9/2021

<sup>50</sup> Dodany, Zarządzenie Nr 9/2021

4. Decyzję o zaniechaniu badania pośmiertnego podejmuje lekarz kierujący jednostką, w której nastąpił zgon. Do dokumentacji medycznej załącza się oświadczenie woli osoby zmarłej (jeżeli osoba ta wyraziła sprzeciw za życia) lub sprzeciw opiekuna ustawowego zmarłego pacjenta.
5. Zaniechanie wykonania sekcji wyłączają przypadki:
  - 1) określone w kodeksie postępowania karnego,
  - 2) gdy przyczyny zgonu nie można ustalić w sposób jednoznaczny,
  - 3) określone w przepisach o chorobach zakaźnych i zakażeniach.
6. Wykonanie badania pośmiertnego nie może nastąpić wcześniej niż po upływie 12 godzin od stwierdzenia zgonu, z zastrzeżeniem ust. 7-8.
7. Wykonanie badania pośmiertnego przed upływem 12 godzin możliwe jest w sytuacji zaistnienia szczególnych okoliczności, np. epidemiologicznych, naukowych, zwłaszcza w przypadkach śmierci pnia mózgu (śmierci mózgowej).
8. Wykonanie badania pośmiertnego przed upływem 12 godzin możliwe jest w sytuacji zaistnienia potrzeby pobrania ze zwłok komórek, tkanek lub narządów, przy zachowaniu zasad i trybu przewidzianych w przepisach o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów oraz w §98 niniejszego Regulaminu.
9. W przypadku konieczności przeprowadzenia badania przed upływem 12 godzin niezbędne jest jednomyślne stwierdzenie zgonu przez komisję, o której mowa w § 98 ust. 13.
10. O zakresie badania pośmiertnego decyduje i ponosi odpowiedzialność za sporządzenie epikryzy pośmiertnej lekarz patomorfolog przeprowadzający badanie.

#### §98

1. Komórki, tkanki i narządy mogą być pobierane ze zwłok ludzkich w celach diagnostycznych, leczniczych, naukowych i dydaktycznych.
2. Komórki, tkanki lub narządy ze zwłok ludzkich mogą być pobierane również w czasie sekcji zwłok.
3. Pobrania komórek, tkanek lub narządów ze zwłok ludzkich w celu ich przeszczepienia można dokonać, jeżeli osoba zmarła nie wyraziła za życia sprzeciwu.
4. Przed pobraniem komórek, tkanek i narządów od osoby zmarłej lekarz zasięga informacji, czy nie został zgłoszony sprzeciw.
5. W przypadku małoletniego lub innej osoby, która nie ma pełnej zdolności do czynności prawnych, sprzeciw może wyrazić za ich życia przedstawiciel ustawowy.
6. W przypadku małoletniego powyżej lat szesnastu sprzeciw może wyrazić również ten małoletni.
7. Przepisów ust. 3-6 nie stosuje się w przypadku pobierania komórek, tkanek i narządów w celu rozpoznania przyczyny zgonu i oceny w czasie sekcji zwłok postępowania leczniczego.
8. Sprzeciw wyraża się w formie:
  - 1) wpisu w centralnym rejestrze sprzeciwów na pobranie komórek, tkanek i narządów ze zwłok ludzkich,
  - 2) oświadczenia pisemnego zaopatrzonego we własnoręczny podpis,
  - 3) oświadczenia ustnego złożonego w obecności co najmniej dwóch świadków, pisemnie przez nich potwierdzonego,
9. Przepis ust. 7 stosuje się również do sprzeciwu wyrażanego przez przedstawiciela ustawowego.
10. Sprzeciw może być cofnięty w każdym czasie w formach, o których mowa w ust. 8.
11. Jeżeli zachodzi uzasadnione podejrzenie, że zgon nastąpił w wyniku czynu zabronionego stanowiącego przestępstwo, pobrania komórek, tkanek i narządów można dokonać po uzyskaniu od właściwego prokuratora informacji, że nie wyraża sprzeciwu wobec zamiaru



pobrania komórek, tkanek i narządów, a gdy postępowanie jest prowadzone przeciwko nieletniemu – stanowiska sądu rodzinnego.

12. Pobranie komórek, tkanek lub narządów do przeszczepienia jest dopuszczalne po stwierdzeniu trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu (śmierci mózgu).
13. Trwałe nieodwracalne ustanie czynności mózgu stwierdza jednomyślnie, na podstawie kryteriów, określonych w obwieszczeniu Ministra Zdrowia z dnia 17 lipca 2007 roku w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu (M.P. Nr 46, poz. 547), komisja złożona z trzech lekarzy, posiadających specjalizację, w tym co najmniej jednego specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii oraz jednego specjalisty w dziedzinie neurologii lub neurochirurgii.
14. Komisję, o której mowa w ust. 13, powołuje i wyznacza jej przewodniczącego działający w Szpitalu koordynator ds. transplantologii.
15. Lekarze wchodzący w skład komisji nie mogą brać udziału w postępowaniu obejmującym pobieranie i przeszczepianie komórek, tkanek lub narządów od osoby zmarłej, u której dana komisja stwierdziła trwałe nieodwracalne ustanie czynności mózgu.

#### §99

1. Ewidencję zgonów prowadzi Zakład Patomorfologii.
2. Upoważniony przez lekarza kierującego pracownik medycznej jednostki, w której nastąpił zgon pacjenta, przekazuje do Zakładu Patomorfologii dokumentację wraz z kartą sekcyjną.
3. W przypadku konieczności przekazania materiału biologicznego w celu przeprowadzenia dodatkowych badań diagnostycznych poza Szpital, termin przekazania dokumentacji może ulec wydłużeniu o czas konieczny do wykonania badania.
4. Kartę zgonu wydaje się uprawnionym do tego zgodnie z przepisami osobom.

#### §100

1. Zakład Patomorfologii jest obowiązany zwłoki osoby zmarłej umyć, ubrać i wydać osobie uprawnionej do ich pochowania w stanie zapewniającym zachowanie godności należnej osobie zmarłej, z zastrzeżeniem ust. 2
2. W razie zgonu na chorobę zakaźną mają zastosowanie przepisy w sprawie postępowania ze zwłokami i szczątkami ludzkimi.
3. Czynności, o których mowa w ust. 1, nie stanowią przygotowania zwłok osoby zmarłej do pochowania. Za ich wykonanie Szpital nie pobiera opłat.

#### §101

1. Zwłoki wydaje pracownik (preparator) Zakładu Patomorfologii.
2. Wszelkich informacji w sprawie odbioru zwłok udziela wyłącznie pracownik (preparator) Zakładu Patomorfologii.
3. Podstawą wydania zwłok jest przedstawienie aktu zgonu przez osobę uprawnioną do pochówku lub podmiot upoważniony do odbioru i przewozu zwłok, z zastrzeżeniem ust. 10.
4. Wydanie zwłok odbywa się za pokwitowaniem ich odbioru w księgach Zakładu Patomorfologii, a pracownik wydający zwłoki odnotowuje dane osobowe i numer dowodu tożsamości osoby odbierającej zwłoki oraz tytuł uprawnienia do odbioru.
5. Odbioru zwłok mogą dokonać osoby uprawnione do pochówku lub podmiot upoważniony i wskazany przez opiekunów pacjenta do odbioru i transportu zwłok.
6. Przygotowaniem zwłok do przewozu zajmują się i przewozu dokonują wyspecjalizowane podmioty zewnętrzne, specjalnie do tego celu przeznaczonymi środkami transportu.
7. Szczególnego trybu postępowania wymaga wydawanie zwłok w przypadkach:
  - 1) pacjenta zmarłego na chorobę zakaźną,
  - 2) uzasadnionego podejrzenia, iż przyczyną zgonu było przestępstwo.

8. Wykaz chorób zakaźnych, w przypadku których obowiązuje szczególny tryb postępowania za zwłokami i ich pochówkiem, określa w drodze rozporządzenia minister właściwy do spraw zdrowia.
9. Stwierdzenie zgonu, przyczyną którego była choroba zakaźna, objęta wykazem, o którym mowa w ust. 9, powoduje konieczność wydania i pochówku zwłok w ciągu 24 godzin od chwili zgonu.
10. W przypadku, gdy zachodzi uzasadnione podejrzenie, iż przyczyną zgonu było przestępstwo, wydanie zwłok w celu ich pochówku następuje po uzyskaniu zezwolenia prokuratora.
11. W przypadku stwierdzenia zamiaru przewożenia zwłok środkiem innym niż wskazanym w ust. 6, zakazuje się wydawania zwłok.

## **Rozdział XVI**

### **Komitety, komisje i zespoły**

#### §102

1. W Szpitalu działają komitety, komisje i zespoły wspomagające działalność w zakresie organizacji, wykonywania, nadzorowania, analizowania lub oceniania udzielanych świadczeń zdrowotnych.
2. Szczegółowe zasady funkcjonowania oraz zakres zadań i skład osobowy komitetów, komisji i zespołów regulują zarządzenia Dyrektora.

## **Rozdział XVII**

### **Skargi i wnioski**

#### §103

1. Skargi i wnioski zgłaszane ustnie przez pacjentów lub opiekunów rozpatruje kierujący daną jednostką organizacyjną Szpitala, do którego zadań w tym zakresie należy:
  - 1) przyjmowanie skarg i wniosków,
  - 2) rozpoznawanie przedmiotu i zasadności skarg i wniosków,
  - 3) przygotowanie informacji o sposobie załatwienia ustnych skarg i wniosków,
  - 4) przedstawianie dyrektorowi wniosków organizacyjnych lub kadrowych, wynikających z zgłoszonych i rozpoznanych spraw.<sup>51</sup>
2. Skargi pacjentów wpływające w formie pisemnej, przy pomocy Działu Organizacyjno – Prawnego, rozpatruje Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa, do którego zadań w tym zakresie należy:
  - 1) przyjmowanie oraz ewidencjonowanie skarg wniesionych w formie pisemnej,
  - 2) rozpoznawanie przedmiotu i zasadności skargi pisemnej,
  - 3) udzielanie odpowiedzi na skargi,
  - 4) przedstawianie Dyrektorowi wniosków organizacyjnych lub kadrowych, wynikających z rozpoznanych skarg pisemnych,
  - 5) sporządzanie okresowych sprawozdań dotyczących rozpatrywanych skarg,
  - 6) sporządzanie wymaganych raportów dotyczących wszystkich skarg i wniosków wpływających do Szpitala.

---

<sup>51</sup> Zarządzenie 12/2018 – zmieniono §103 ust. 1

3. Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa rozpatruje odwołania od rozstrzygnięcia skarg i wniosków, o których mowa w ust. 1.<sup>52</sup>
4. Szczegółowo organizację przyjmowania i rozpatrywania skarg i wniosków ustali Dyrektor Szpitala w drodze Zarządzenia.

#### §104

Zgodnie z ustawą o działalności leczniczej dokonywanie okresowych analiz skarg i wniosków wnoszonych przez pacjentów, z wyłączeniem spraw podlegających nadzorowi medycznemu, jest zadaniem Rady Społecznej.

### **Rozdział XVIII** **Nadzór nad procesem udzielania świadczeń zdrowotnych**

#### §105

Nadzór nad realizacją świadczeń zdrowotnych sprawuje Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa.

#### §106

Nadzór nad realizacją zadań w zakresie pielęgnacji pacjenta sprawuje pion Naczelnej Pielęgniarki.

### **Rozdział XVIII** **Dokumentacja i statystyka medyczna**

#### §107

1. Szpital prowadzi dokumentację medyczną osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych Szpitala zgodnie z ustawą o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta i aktem wykonawczym do tej ustawy, określającym rodzaje i zakres dokumentacji medycznej oraz sposób jej przetwarzania.
2. Przez dokumentację medyczną należy rozumieć zbiory dokumentów medycznych zawierające dane i informacje medyczne dotyczące stanu zdrowia pacjentów oraz udzielanych przez Szpital świadczeń zdrowotnych.
3. Dokumentacja indywidualna prowadzona jest dla poszczególnych pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych na obowiązujących formularzach lub drukach, a w szczególnie uzasadnionych przypadkach w innej pisemnej formie.
4. Dokumentacja zbiorcza jest prowadzona w formie ksiąg, rejestrów, formularzy lub kartotek.
5. Zbiory informacji objętych dokumentacją mogą być sporządzane i utrwalane także na komputerowych nośnikach informacji pod warunkiem zachowania selektywności dostępu do zbioru informacji, zabezpieczenia informacji przed zniszczeniem i dostępem osób nieupoważnionych, a także pod warunkiem sporządzania zbiorów w zakresie pozwalającym na prowadzenie dokumentacji, o której mowa w ust. 2, w postaci formularzy lub druków oraz sporządzania i przechowywania wydruków podpisanych przez osoby uprawnione do udzielania świadczeń zdrowotnych.
6. Szpital zapewnia ochronę danych dotyczących stanu zdrowia i sposobu leczenia pacjenta oraz ochronę danych osobowych, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa.
7. Szczegółowe zasady prowadzenia dokumentacji medycznej może określać zarządzenie Dyrektora.

---

<sup>52</sup> Zarządzenie 12/2018 – zmieniono §103 ust. 3

#### §108

1. Historia zdrowia i choroby pacjenta leczonego ambulatoryjnie gromadzona jest w podziale na poszczególne poradnie.
2. Historia choroby pacjenta leczonego szpitalnie układana jest chronologicznie, poszczególnymi hospitalizacjami.
3. W przypadku gdy pacjent jest leczony w zarówno ambulatoryjnie, jak i szpitalnie, obie części historii prowadzone są odrębnie.

#### §109

1. Dokumentacja medyczna prowadzona jest zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami.
2. Za prawidłowe prowadzenie dokumentacji medycznej oraz gromadzenie jej w historii choroby odpowiada lekarz prowadzący leczenie pacjenta.
3. Nadzór merytoryczny nad dokumentacją medyczną spoczywa na lekarzu kierującym jednostki właściwej dla prowadzonego procesu leczniczego.

#### §110

Zgodnie z ustawą o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta do dokumentacji medycznej należy włączyć:

- 1) oświadczenie pacjenta o upoważnieniu do uzyskiwania informacji o jego stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej oraz danych umożliwiających kontakt z tą osobą, albo oświadczenie o braku takiego upoważnienia,
- 2) oświadczenie pacjenta o upoważnieniu do uzyskiwania dokumentacji, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej, albo oświadczenie o braku takiego upoważnienia;
- 3) oświadczenie pacjenta o wyrażeniu zgody albo zezwolenie sądu opiekuńczego na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego, na zasadach określonych przepisami ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

#### §111

4. W dniu przyjęcia pacjenta do Szpitala sprawdzana jest tożsamość pacjenta/opiekunów pacjenta oraz podstawa prawna udzielenia świadczeń zdrowotnych.
5. Przynależność do oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia oraz dane osobowe muszą być potwierdzane przy każdym przyjęciu a w razie potrzeby aktualizowane przez osobę dokonującą rejestracji danych.

#### §112

1. Dokumentacja medyczna przechowywana jest przez okres określony w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
2. Dokumentacja medyczna przechowywana jest w jednostce leczącej pacjenta.
3. Po zakończeniu hospitalizacji kompletna dokumentacja medyczna powinna zostać przekazana do Składnicy Akt<sup>53</sup>.
4. Dokumentacja medyczna przekazana do Składnicy Akt<sup>54</sup> może być następnie z niego wypożyczona na wniosek lekarza kierującego.

<sup>53</sup> Zarządzenie 45/2022, zmiana nazwy z Archiwum na Składnica Akt

<sup>54</sup> Zarządzenie 45/2022, zmiana nazwy z Archiwum na Składnica Akt

5. Lekarze Szpitala, w sytuacjach uzasadnionych potrzebami leczniczymi i dla celów badawczo naukowych, za zgodą lekarza kierującego swojej jednostki, mają prawo wglądu do dokumentacji medycznej przechowywanej w Składnicy Akt<sup>55</sup>.
6. Po upływie okresów przechowania dokumentacja medyczna podlega zniszczeniu w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta, którego dotyczyła.
7. Do postępowania z dokumentacją będącą materiałem archiwalnym w rozumieniu przepisów prawa powszechnie obowiązującego, a w szczególności ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (Dz. U. z 2011 r. Nr 123, poz. 698, z późn. zm.), stosuje się te przepisy.

#### §113<sup>56</sup>

1. Szpital udostępnia dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta.
2. Po śmierci pacjenta dokumentacja medyczna jest udostępniana osobie upoważnionej przez pacjenta za życia lub osobie, która w chwili zgonu pacjenta była jego przedstawicielem ustawowym. Dokumentacja medyczna jest udostępniana także osobie bliskiej, chyba że udostępnieniu sprzeciwi się inna osoba bliska lub sprzeciwił się temu pacjent za życia, z zastrzeżeniem ust. 3 i 4.
3. W przypadku sporu między osobami bliskimi o udostępnienie dokumentacji medycznej, zgodę na udostępnienie wyraża sąd, o którym mowa w [art. 628](#) ustawy z dnia 17 listopada 1964 r. - Kodeks postępowania cywilnego, w postępowaniu nieprocesowym na wniosek osoby bliskiej lub osoby wykonującej zawód medyczny. Osoba wykonująca zawód medyczny może wystąpić z wnioskiem do sądu także w przypadku uzasadnionych wątpliwości czy osoba występująca o udostępnienie dokumentacji lub sprzeciwiająca się jej udostępnieniu jest osobą bliską.
4. W przypadku gdy pacjent za życia sprzeciwił się udostępnieniu dokumentacji medycznej, o którym mowa w ust. 2, sąd, o którym mowa w [art. 628](#) ustawy z dnia 17 listopada 1964 r. - Kodeks postępowania cywilnego, w postępowaniu nieprocesowym na wniosek osoby bliskiej, może wyrazić zgodę na udostępnienie dokumentacji medycznej i określić zakres jej udostępnienia, jeżeli jest to niezbędne:
  - 1) w celu dochodzenia odszkodowania lub zadośćuczynienia, z tytułu śmierci pacjenta;
  - 2) dla ochrony życia lub zdrowia osoby bliskiej.
5. W przypadku wystąpienia do sądu z wnioskiem, o którym mowa w ust. 3 albo 4, sąd bada:
  - 1) interes uczestników postępowania;
  - 2) rzeczywistą więź osoby bliskiej ze zmarłym pacjentem;
  - 3) wolę zmarłego pacjenta;
  - 4) okoliczności wyrażenia sprzeciwu.
6. Szpital udostępnia dokumentację medyczną również:
  - 1) podmiotom udzielającym świadczeń zdrowotnych, jeżeli dokumentacja ta jest niezbędna do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych;
  - 2) organom władzy publicznej, w tym Rzecznikowi Praw Pacjenta, Narodowemu Funduszowi Zdrowia, organom samorządu zawodów medycznych oraz konsultantom krajowym i wojewódzkim, w zakresie niezbędnym do wykonywania przez te podmioty ich zadań, w szczególności nadzoru i kontroli;
  - 3) podmiotom, o których mowa w [art. 119 ust. 1 i 2](#) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia kontroli na zlecenie ministra właściwego do spraw zdrowia;
  - 4) upoważnionym przez podmiot, o którym mowa w [art. 121](#) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, osobom wykonującym zawód medyczny, w zakresie

<sup>55</sup> Zarządzenie 45/2022, zmiana nazwy z Archiwum na Składnica Akt

<sup>56</sup> Zmiana, Zarządzenie 25/2019

- niezbędnym do sprawowania nadzoru nad podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą;
- 5) Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, w zakresie niezbędnym do wykonywania przez nią zadań określonych w [art. 31n](#) ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2018 r. [poz. 1510](#) i [1515](#));
  - 6) Agencji Badań Medycznych w zakresie określonym ustawą z dnia 21 lutego 2019 r. o Agencji Badań Medycznych (Dz.U. [poz. 447](#));
  - 7) ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, sądom, w tym sądom dyscyplinarnym, prokuraturom, lekarzom sądowym i rzecznikom odpowiedzialności zawodowej, w związku z prowadzonym postępowaniem;
  - 8) uprawnionym na mocy odrębnych ustaw organom i instytucjom, jeżeli badanie zostało przeprowadzone na ich wniosek;
  - 9) organom rentowym oraz zespołom do spraw orzekania o niepełnosprawności, w związku z prowadzonym przez nie postępowaniem;
  - 10) podmiotom prowadzącym rejestry usług medycznych, w zakresie niezbędnym do prowadzenia rejestrów;
  - 11) zakładom ubezpieczeń, za zgodą pacjenta;
  - 12) komisjom lekarskim podległym ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych, wojskowym komisjom lekarskim oraz komisjom lekarskim Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego lub Agencji Wywiadu, podległym Szefom właściwych Agencji;
  - 13) osobom wykonującym zawód medyczny, w związku z prowadzeniem procedury oceniającej podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o akredytacji w ochronie zdrowia albo procedury uzyskiwania innych certyfikatów jakości, w zakresie niezbędnym do ich przeprowadzenia;
  - 14) wojewódzkiej komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, o której mowa w [art. 67e ust. 1](#), ustawy o Prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta [uppirpp], w zakresie prowadzonego postępowania;
  - 15) spadkobiercom w zakresie prowadzonego postępowania przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, o której mowa w [art. 67e ust. 1](#) uppirpp;
  - 16) osobom wykonującym czynności kontrolne na podstawie [art. 39 ust. 1](#) ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, w zakresie niezbędnym do ich przeprowadzenia;
  - 17) członkom zespołów kontroli zakażeń szpitalnych, o których mowa w [art. 14](#) ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. z 2016 r. [poz. 1866](#), [2003](#) i 2173), w zakresie niezbędnym do wykonywania ich zadań.
7. Dokumentacja medyczna podmiotów leczniczych, o których mowa w [art. 89 ust. 1 i 3](#) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, instytutów badawczych, o których mowa w [art. 3](#) ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych (Dz.U. z 2016 r. [poz. 371](#), [1079](#), 1311 i 2260 oraz z 2017 r. [poz. 202](#)), i innych podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych uczestniczących w przygotowaniu osób do wykonywania zawodu medycznego i kształceniu osób wykonujących zawód medyczny jest udostępniana tym osobom wyłącznie w zakresie niezbędnym do realizacji celów dydaktycznych.
  8. Osoby, o których mowa w ust. 7, są obowiązane do zachowania w tajemnicy informacji zawartych w dokumentacji medycznej, także po śmierci pacjenta.
  9. Dokumentacja medyczna może być udostępniona także szkole wyższej lub instytutowi badawczemu do wykorzystania w celach naukowych, bez ujawniania nazwiska i innych danych umożliwiających identyfikację osoby, której dokumentacja dotyczy.
  10. Elektroniczna dokumentacja medyczna, o której mowa w [art. 2 pkt 6](#) ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, jest udostępniana na zasadach

określonych w przepisach tej ustawy, ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy z dnia 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne

#### §114<sup>57</sup>

1. Dokumentacja medyczna jest udostępniana:
  - 1) do wglądu, w tym także do baz danych w zakresie ochrony zdrowia, w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych, z wyłączeniem medycznych czynności ratunkowych albo w siedzibie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem pacjentowi lub innym uprawnionym organom lub podmiotom możliwości sporządzenia notatek lub zdjęć;
  - 2) przez sporządzenie jej wyciągu, odpisu, kopii lub wydruku;
  - 3) przez wydanie oryginału za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, na żądanie organów władzy publicznej albo sądów powszechnych, a także w przypadku, gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta;
  - 4) na informatycznym nośniku danych.
2. Zdjęcia rentgenowskie wykonane na kliszy, przechowywane przez Szpital, są udostępniane za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu.
3. Wysokość opłat za udostępnienie dokumentacji ustala Dyrektor w drodze zarządzenia.
4. Opłaty określone w ust. 3 podlegają w aktualizacji co kwartał, proporcjonalnie do zmian wysokości wskaźnika, o którym mowa w art. 28 ust. 4 pkt 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w trybie określonym w ust. 3.
5. Aktualne wysokości opłat, o których mowa w ust. 3, znajdują się do wglądu w Kasie Szpitala i w Izbie Przyjęć.
6. Koszty realizacji udostępnienia dokumentacji medycznej poprzez wysyłkę nalicza się według obowiązującej dla danej usługi taryfy pocztowej.
7. Udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu na miejscu następuje nieodpłatnie.

#### §115

1. Udostępnianie dokumentacji medycznej na zewnątrz podmiotom uprawnionym na podstawie odrębnych przepisów, następuje na podstawie decyzji Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa lub innej upoważnionej przez niego osoby.
2. Jeżeli dokumentacja jest niezbędna do zapewnienia dalszego leczenia a zwłoka w jej wydaniu mogłaby narazić pacjenta na szkodę, decyzję o udostępnieniu dokumentacji na zewnątrz może podjąć lekarz kierujący, lekarz prowadzący lub inny lekarz sprawujący opiekę nad pacjentem.
3. Dokumentację medyczną udostępnia się na zewnątrz w formie wyciągów, odpisów lub kopii, chyba że uprawniony podmiot żąda udostępnienia oryginałów tej dokumentacji. W razie wydania oryginałów należy pozostawić pełny odpis lub kopię wydanej dokumentacji, chyba że zwłoka w jej wydaniu mogłaby narazić pacjenta na szkodę.
4. Udostępnianie oryginału dokumentacji medycznej na zewnątrz następuje za pokwitowaniem odbioru, a także z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu.

#### §116<sup>58</sup>

Szpital, w ramach Działu Organizacyjno – Prawnego, prowadzi wykaz zawierający następujące informacje dotyczące udostępnianej dokumentacji medycznej:

- 1) imię (imiona) i nazwisko pacjenta, którego dotyczy dokumentacja medyczna;
- 2) sposób udostępnienia dokumentacji medycznej;

<sup>57</sup> Zmiana ust. 1-2, Zarządzenie 25/2019

<sup>58</sup> Zmiana, Zarządzenie 25/2019

- 3) zakres udostępnionej dokumentacji medycznej;
- 4) imię (imiona) i nazwisko osoby innej niż pacjent, której została udostępniona dokumentacja medyczna, a w przypadkach, o których mowa w [art. 26 ust. 3 i 4](#) uppirpp, także nazwę uprawnionego organu lub podmiotu;
- 5) imię (imiona) i nazwisko oraz podpis osoby, która udostępniła dokumentację medyczną;
- 6) datę udostępnienia dokumentacji medycznej.

## **Rozdział XX**

### **Druki i formularze**

#### §117

1. W Szpitalu, w toku prowadzenia spraw związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, stosuje się druki i formularze przewidziane przepisami prawa i przewidziane obowiązującymi w Szpitalu procesami i procedurami.
2. Druki i formularze aktualizowane są przez komórki merytoryczną, właściwe dla przedmiotu danego rodzaju spraw.

Szczecin, dnia 27.02.2013

.....



**Załącznik Nr 1**  
**do Regulaminu Organizacyjnego Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego**  
**Nr 1 im. prof. Tadeusza Sokołowskiego Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w**  
**Szczecinie**

**STRUKTURA ORGANIZACYJNA**

PION DYREKTORA:

- Zastępcy Dyrektora, Naczelną Pielęgniarką
- Pełnomocnik Dyrektora ds. Systemu Zarządzania Jakością<sup>59 60</sup>
- Audyt Wewnętrzny,
- Dział Kadrowo – Płacowy,
- Dział Organizacyjno – Prawny
- Rzecznik Szpitala
- Pełnomocnik ds. Ochrony Informacji Niejawnych
- Kancelaria Ogólna,
- Ochrona Przeciwpożarowa,
- Inspektor ds. Obronnych.
- BHP,
- Kapelan,
- Biuro Dyrektora<sup>61</sup>
- Inspektor Ochrony Danych,
- Inspektor Ochrony Radiologicznej<sup>62</sup>
- Dział Zamówień Publicznych<sup>63</sup>
- Dział ds. Systemu Zarządzania Jakością, Akredytacji, Kontroli oraz Promocji Szpitala<sup>64</sup>
- Pełnomocnik Dyrektora ds. Funduszy Zewnętrznych<sup>65</sup>
- Zespół Radców Prawnych<sup>66</sup>

PION FINANSOWO – KSIĘGOWY (Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomiczno - Finansowych)<sup>67</sup>:

---

<sup>59</sup> Zarządzenie Nr 1/2019, zmiana nazwy z :Pełnomocnik ds. Polityki Lekowej

<sup>60</sup> Zarządzenie Nr 7/2022, wykreślono Dział ds. Programów Lekowych i Innych Świadczeń Pozaryczaitowych

<sup>61</sup> Dodano – Zarządzenie Nr 7/2018

<sup>62</sup> Zarządzenie Nr 1/2019, dodano Dział Programów, IOD, IOR, usunięto Pełnomocnika ds. Polityki Lekowej

<sup>63</sup> Dział Zamówień publicznych przeniesiony z Pionu Administracyjnego do Pionu Dyrektora – Zarządzenie Nr 9/2021

<sup>64</sup> Dodano, Zarządzenie Nr 13/2021

<sup>65</sup> Dodano, Zarządzenie Nr 17/2021

<sup>66</sup> Zarządzenie Nr 22/2022, dodano: Zespół Radców Prawnych

- Główny Księgowy,
- Dział Finansowo – Księgowy,
  - Statystyka Bloku Operacyjnego,
- Dział Rozliczeń<sup>68</sup>,
- Dział Analiz Ekonomicznych,
  - Sekcja Statystyki,
- Dział Świadczeń Medycznych,
  - Sekcja Kontraktowania i Sprzedaży,
  - Sekcja Koderów Medycznych,
  - Sekcja Koordynatorów Karty Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego,
- Dział Zaopatrzenia

#### PION TECHNICZNY (Zastępcy Dyrektora ds. Eksploatacyjno – Technicznych):

- Dział Głównego Energetyka<sup>69</sup>,
- Dział Techniczny,
- Dział Aparatury Medycznej<sup>70</sup>
- Sekcja Inspektorów Nadzoru<sup>71</sup>

#### PION ADMINISTRACYJNY (Zastępcy Dyrektora ds. Administracyjnych):

- Dział Administracyjno – Gospodarczy,
- Dział Informatyki,

#### PION NACZELNEJ PIELEŃNIARKI (Naczelnia Pielęgniarka):

- Personel pielęgniarski, położne, salowe, ratownicy medyczni, sanitariusze, opiekunowie medyczni;<sup>72</sup>
- Sekcja Żywienia,

#### PION LECZNICTWA (Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa):

- zakłady lecznicze<sup>73</sup>, zgodnie z dalszym opisem,
- <sup>74</sup>- Dział Epidemiologii<sup>75 76</sup>,
- Koordynator Szpitala ds. Transplantologii<sup>77</sup>
- Centralna Sterylizatornia<sup>78</sup>
- Koordynator ds. rehabilitacji medycznej i fizjoterapii leczniczej<sup>79</sup>
- Centrum Leczenia Biologicznego<sup>80</sup>

### **Zakłady Lecznicze<sup>81</sup>:**

<sup>67</sup>Struktura pionu określona Zarządzeniem 45/2021

<sup>68</sup> Zarządzenie 45/2022, zmiana nazwy z Dział Rozliczeń i Marketingu na Dział Rozliczeń

<sup>69</sup> Zarządzenie Nr 25/2019 – Zmiana nazwy z: Dział Głównego Energetyka i Aparatury Medycznej na Dział Głównego Energetyka

<sup>70</sup> Dodany, Zarządzenie 25/2019

<sup>71</sup> Dodane, Zarządzenie 45/2021

<sup>72</sup> Zarządzenie 45/2021, wykreślono jednostkę „Sterylizacja”

<sup>73</sup> Zarządzenie 12/2018, zmieniono przedsiębiorstwa na: zakłady lecznicze

<sup>74</sup> Zarządzenie Nr 7/2022, usunięto „Seksja statystyki”

<sup>75</sup> Zarządzenie 7/2018 – zmiana nazw z Pielęgniarka Epidemiologiczna na: Sekcja ds. Epidemiologii

<sup>76</sup> Zarządzenie Nr 22/2022, zmiana z Sekcja Epidemiologii na Dział Epidemiologii

<sup>77</sup> Dodano, Zarządzenie 25/2019

<sup>78</sup> Zarządzenie Nr 54/2021, dodano „Centralna Sterylizatornia”

<sup>79</sup> Zarządzenie Nr 22/2022, dodano Koordynator ds. rehabilitacji medycznej i fizjoterapii leczniczej

<sup>80</sup> Zarządzenie 27/2022, dodano: Centrum Leczenia Biologicznego

<sup>81</sup> Zarządzenie 12/2018, zmieniono przedsiębiorstwa na: zakłady lecznicze

Zakład leczniczy<sup>82</sup>: **SZPITAL SPSK Nr 1 PUM w SZCZECINIE**:

- 1) Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii
- 2) Klinika Chirurgii Ogólnej i Chirurgii Ręki
- 3) Oddział Kliniczny Chirurgii Dziecięcej, Onkologicznej, Urologii i Chirurgii Ręki<sup>83 84</sup>,
- 4) Klinika Pediatrii, Hemato - Onkologii i Gastroenterologii Dziecięcej<sup>85</sup>
- 5) Klinika Pediatrii, Endokrynologii, Diabetologii, Chorób Metabolicznych i Kardiologii Wieków Rozwojowego
- 6) Klinika Gastroenterologii,
- 7) Klinika Hematologii z Oddziałem Transplantacji Szpiku<sup>86</sup>
- 8) Klinika Neurologii z Pododdziałem Udarowym, a w ramach tej:
  - a) Pododdział Udarowy Kliniki Neurologii
- 9) Klinika Neurochirurgii i Neurochirurgii Dziecięcej
- 10) Klinika Otolaryngologii Dorosłych i Dzieci i Onkologii Laryngologicznej<sup>87</sup>
- 11) Klinika Chorób Wewnętrznych, Reumatologii, Diabetologii, Geriatrii i Immunologii Klinicznej<sup>88 89 90</sup>
- 12) Klinika Ortopedii, Traumatologii i Onkologii Narządu Ruchu,
- 13) Klinika Ortopedii Dziecięcej i Onkologii Narządu Ruchu<sup>91</sup>,
- 14) Klinika Endokrynologii, Chorób Metabolicznych i Chorób Wewnętrznych
- 15) **wykreślono** <sup>92</sup>
- 16) Klinika Chirurgii Ogólnej, Małoinwazyjnej i Gastroenterologicznej<sup>93</sup>,
- 17) Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii dla Dzieci,
- 18) Centrum Leczenia Urazów Wielonarządowych<sup>94</sup>
- 19) Szpitalny Oddział Ratunkowy
- 20) Centralny Blok Operacyjny
- 21) Bank Krwi
- 22) Izby Przyjęć
- 23) Apteka
- 24) Klinika Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej z Pododdziałem Chirurgii Naczyniowej, a w ramach tej:<sup>95</sup>
  - a) Pododdział Chirurgii Naczyniowej<sup>96</sup>
- 25) Oddział Kliniczny Onkologii, Chemioterapii i Immunoterapii Nowotworów<sup>97</sup>
- 26) Oddział Kliniczny Chirurgii Szczękowo – Twarzowej <sup>98</sup>
- 27) Klinika Pediatrii, Onkologii i Immunologii Dziecięcej<sup>99 100</sup>

<sup>82</sup> Zarządzenie 12/2018, zmieniono przedsiębiorstwa na: zakłady lecznicze

<sup>83</sup> Zarządzenie Nr 1/2019, zmiana nazwy z Kliniki Chirurgii Dziecięcej i Onkologicznej

<sup>84</sup> Zarządzenie Nr 35/2022, zmiana z Kliniki na Oddział Kliniczny

<sup>85</sup> Zarządzenie Nr 19/2017 – zmieniono nazwę z Kliniki Pediatrii, Hematologii i Onkologii dziecięcej na: Klinika Pediatrii, Hemato – Onkologii i Gastroenterologii Dziecięcej,

<sup>86</sup> Zarządzenie Nr 8/2017 – zmieniono nazwę z Kliniki Hematologii na: Klinika Hematologii z Oddziałem Transplantacji Szpiku

<sup>87</sup> Zarządzenie Nr 8/2017 – zmieniono nazwę Kliniki Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej na: Klinika Otolaryngologii Dorosłych i Dzieci i Onkologii Laryngologicznej

<sup>88</sup> Zarządzenie Nr 15/2016 Dyrektora SPSK Nr 1 – zmieniono nazwę z: Kliniki Reumatologii i Chorób Wewnętrznych, na: Klinika Reumatologii, Chorób Wewnętrznych i Geriatrii

<sup>89</sup> Zarządzenie Nr 25/2019 Dyrektora SPSK Nr 1 – zmieniono nazwę z: Kliniki Reumatologii, Chorób Wewnętrznych i Geriatrii na: Klinika Reumatologii, Chorób Wewnętrznych, Geriatrii i Immunologii Klinicznej

<sup>90</sup> Zarządzenie Nr 39/2020 Dyrektora SPSK Nr 1 – zmieniono nazwę z: Ortopedii i Traumatologii Dziecięcej na: Klinika Ortopedii Dziecięcej i Onkologii Narządu Ruchu

<sup>91</sup> Zarządzenie Nr 39/2020 Dyrektora SPSK Nr 1 – zmieniono nazwę z: Kliniki Reumatologii, Chorób Wewnętrznych i Geriatrii i Immunologii Klinicznej na: Klinika Chorób Wewnętrznych, Reumatologii, Diabetologii, Geriatrii i Immunologii Klinicznej

<sup>92</sup> Zarządzenie 5/2020, wykreślono: Klinika Hipertensjologii i Chorób Wewnętrznych

<sup>93</sup> Zmiana nazwy z Kliniki Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej na: Klinika Chirurgii Ogólnej, Małoinwazyjnej i Gastroenterologicznej – Zarządzenie 38/2017

<sup>94</sup> Zarządzenie Nr 8/2013 Dyrektora SPSK Nr 1 – zmieniono nazwę z: „Centrum Leczenia Urazów Wielonarządowych z Pododdziałem Anestezjologii i Intensywnej Terapii Dziecięcej” na: „Centrum Leczenia Urazów Wielonarządowych”

<sup>95</sup> Dodano – Zarządzenie Nr 22/2015

<sup>96</sup> Zarządzenie Nr 1/2019, dodano w ramach Kliniki Pododdział Chirurgii Naczyniowej

<sup>97</sup> Dodano – Zarządzenie Nr 15/2016

<sup>98</sup> Zarządzenie Nr 53/2021- zmiana z Kliniki na Oddział Kliniczny

<sup>99</sup> Dodano – Zarządzenia Nr 19/2017

<sup>100</sup> Zarządzenie 5/2020, zmiana nazwy z Kliniki Pediatrii i Onkologii Dziecięcej

- 28) Klinka Ginekologii, Endokrynologii i Onkologii Ginekologicznej<sup>101</sup>  
29) Bank Komórek Krwiotwórczych<sup>102</sup>

Zakład leczniczy<sup>103</sup>: **AMBULATORIUM i DIAGNOSTYKA SPSK Nr 1 PUM w SZCZECINIE:**

- 1) Centrum Diagnostyki Schorzeń Przewodu Pokarmowego Kliniki Gastroenterologii,
- 2) Zakład Medycyny Nuklearnej,
- 3) Zakład Patomorfologii;
- 4) Zakład Diagnostyki Obrazowej i Radiologii Interwencyjnej, w ramach którego działa:
  - a) Pracownia Radiologii,
  - b) Pracownia Radiologii Naczyniowej,
  - c) Pracownia Rezonansu Magnetycznego Zakładu Diagnostyki Obrazowej i Radiologii Interwencyjnej,
  - d) Pracownia Tomografii Komputerowej Zakładu Diagnostyki Obrazowej i Radiologii Interwencyjnej
  - e) Pracownia USG Zakładu Diagnostyki Obrazowej i Radiologii Interwencyjnej
  - f) Pracownia mammograficzna<sup>104</sup>
- 5) Przykliniczna Specjalistyczna Przychodnia dla Dorosłych, a w niej:
  - a) Poradnia Chirurgii Ogólnej,
  - b) Poradnia Chirurgii Ręki,
  - c) Poradnia Chorób Wątroby i Trzustki,
  - d) Poradnia Neurochirurgiczna,
  - e) Poradnia Hematologiczna,
  - f) Poradnia Reumatologiczna,
  - g) Poradnia Gastroenterologiczna,
  - h) Poradnia Hepatologiczna,
  - i) Poradnia Otolaryngologiczna,
  - j) Poradnia Foniatryczna,
  - k) Poradnia Patologii Ciąży i Porodu,
  - l) w ramach Poradni Neurologicznej:<sup>105</sup>
    - Poradnia Stwardnienia Rozsianego,
    - Poradnia Chorób Nerwowo – Mięśniowych,
    - Poradnia Padaczkowa
  - m) Poradnia Schorzeń Pozapiramidowych i Zaburzeń Pamięci,
  - n) Poradnia Chorób Naczyniowych Mózgu,
  - o) Poradnia Audiologiczna,
  - p) Poradnia Ginekologiczna,
  - q) Poradnia Medycyny Nuklearnej,
  - r) Poradnia Ortopedyczno – Urazowa,
  - s) Poradnia Logopedyczna,
  - t) Poradnia Endokrynologiczna,
  - u) Poradnia, Ginekologii, Endokrynologii Ginekologicznej i Leczenia Niepłodności<sup>106</sup>
  - v) Poradnia Leczenia Otyłości,
  - w) Poradnia Metaboliczna,
  - x) Poradnia Nadciśnienia Tętniczego

<sup>101</sup> Dodano – Zarządzenia Nr 19/2017

<sup>102</sup> Zarządzenie 12/2018, dodano: Bank Komórek Krwiotwórczych, wyłączono BKK ze struktury Kliniki Hematologii

<sup>103</sup> Zarządzenie 12/2018, zmieniono przedsiębiorstwa na: zakłady lecznicze

<sup>104</sup> Zarządzenie 12/2-18 – dodano: Pracownia mammograficzna

<sup>105</sup> Zarządzenie 8/2017 wykreślono: Poradnię Neurologii Ogólnej i Poradnię Chorób Zwyródnieniowych Układu Nerwowego

<sup>106</sup> Zmiana nazwy, Zarządzenie 6/2018 (była: Poradnia Endokrynologii Ginekologicznej)

- y) Poradnia Leczenia Bólu,
  - z) Poradnia Chirurgii Onkologicznej<sup>107</sup>,
  - za) Poradnia Onkologiczna<sup>108</sup>,
  - zb) Onkologiczna Poradnia Genetyczna<sup>109</sup>
  - zc) Poradnia Żywieniowa<sup>110</sup>
  - zd) Poradnia Transplantologiczna<sup>111</sup>
  - ze) Poradnia Geriatryczna<sup>112</sup>
  - zf) Poradnia Anestezjologiczna<sup>113</sup>
  - zg) Poradnia Endokrynologii Ginekologicznej<sup>114</sup>
  - zh) Poradnia Immunologiczna<sup>115</sup>
  - zi) Poradnia Rehabilitacyjna,<sup>116</sup>
  - zj) Poradnia Psychologiczna,<sup>117</sup>
  - zk) Nieonkologiczna Poradnia Genetyczna,<sup>118</sup>
  - zl) Poradnia Leczenia Osteoporozy<sup>119</sup>,
  - zm) Poradnia Stomatologiczna <sup>120</sup>,
- 6) Przykliniczna Specjalistyczna Przychodnia dla Dzieci i Młodzieży, a w niej:
- b) Poradnia Chirurgiczna,
  - c) Poradnia Onkologiczna,
  - d) Poradnia Neurochirurgiczna,
  - e) Poradnia Neurologiczna,
  - f) Poradnia Kardiologiczna,
  - g) Poradnia Urologiczna,
  - h) Poradnia Nefrologiczna,
  - i) *wykreślony*<sup>121</sup>,
  - j) Poradnia Andrologiczna,
  - k) Poradnia Endokrynologii i Zaburzeń Odżywiania u Dzieci<sup>122</sup>,
  - l) Poradnia Diabetologiczna,
  - m) Poradnia Chorób Metabolicznych,
  - n) Poradnia Gastroenterologiczna,
  - o) Poradnia Onkologii i Hematologii,
  - p) Poradnia Schorzeń Tarczycy,
  - q) Poradnia Wad Rozwojowych Twarzy,
  - r) Poradnia Patologii Noworodków i Wcześnieaków,
  - s) Poradnia dla Dzieci Otyłych,
  - t) Poradnia Ortopedii Dziecięcej,
  - u) Poradnia Preluksacyjna,
  - v) Poradnia Wad Postawy
- x) Poradnia Ginekologii Dziecięcej i Dziewczęcej,
  - y) Poradnia Pediatryczna, <sup>123</sup>
- 7) Laboratorium Mikrobiologiczne,

<sup>107</sup> Dodano – Zarządzenie Nr 22/2015

<sup>108</sup> Dodano – Zarządzenie Nr 22/2015

<sup>109</sup> Dodano Zarządzenie Nr 8/2017

<sup>110</sup> Dodano – Zarządzenie 38/2017

<sup>111</sup> Dodano – Zarządzenie 38/2017

<sup>112</sup> Zarządzenie 12/2018 – dodano: Poradnia Geriatryczna

<sup>113</sup> Zarządzenie 12/2018 – dodano: Poradnia Anestezjologiczna

<sup>114</sup> Dodano – Zarządzenie Nr 1/2019

<sup>115</sup> Dodano, Zarządzenie 25/2019

<sup>116</sup> Dodano, Zarządzenie 5/2020

<sup>117</sup> Dodano, Zarządzenie 5/2020

<sup>118</sup> Dodano, Zarządzenie 5/2020

<sup>119</sup> Zarządzenie Nr 27/2022, dodano: Poradnia Leczenia Osteoporozy

<sup>120</sup> Zarządzenie 35/2022, dodano Poradnia Stomatologiczna,

<sup>121</sup> Zapis „Poradnia Zaburzeń Rozwoju” wykreślony, Zarządzenie 25/2019

<sup>122</sup> Zarządzenie 12/2018, zmiana nazwy z Poradnia Endokrynologiczna na Poradnia Endokrynologii i Zaburzeń Odżywiania u Dzieci

<sup>123</sup> Dodano, Zarządzenie 5/2020

- 8) Punkt Ambulatoryjnej Chemioterapii dla Dorosłych i Dzieci
- 9) Zakład Diagnostyki Molekularnej Nowotworów<sup>124</sup>
- 10) Medyczne Laboratorium Diagnostyczne<sup>125</sup>
- 11) Samodzielna Pracownia Densytometrii<sup>126</sup>
- 12) Pracownia Cytogenetyki<sup>127</sup>,
- 13) Lekarz Zakładowy<sup>128</sup>

Zakład leczniczy<sup>129</sup>: **SZPITAL PSYCHIATRYCZNY SPSK Nr 1 PUM w SZCZECINIE:**

- 1) Klinika Psychiatrii z Oddziałem Dziennym Psychiatrycznym,
- 2) Psychiatryczna Izba Przyjęć.

Zakład leczniczy<sup>130</sup>: **AMBULATORIUM i DIAGNOSTYKA SZPITALA PSYCHIATRYCZNEGO SPSK Nr 1 PUM w SZCZECINIE:**

- 1) Oddział Dzienny Psychiatryczny Kliniki Psychiatrii,
- 2) Oddział Dzienny Leczenia Zaburzeń Nerwicowych Kliniki Psychiatrii,
- 3) Oddział Dzienny Psychiatryczny – Rehabilitacyjny Kliniki Psychiatrii,
- 4) Zespół Leczenia Środowiskowego Kliniki Psychiatrii,
- 5) Poradnia Psychiatryczna,
- 6) Centrum Zdrowia Psychicznego<sup>131</sup>,

Zakład leczniczy<sup>132</sup>: **SZPITAL SPSK Nr 1 PUM w POLICACH:**

- 1) Klinika Chorób Wewnętrznych, Reumatologii, Diabetologii, Geriatrii i Immunologii Klinicznej<sup>133</sup>,
- 2) *wykreślony*,
- 3) Klinika Neonatologii,
- 4) *wykreślony*<sup>134</sup>,
- 5) *wykreślony*,
- 6) Klinika Chirurgii Plastycznej, Endokrynologicznej i Ogólnej,
- 7) Oddział Kliniczny Anestezjologii i Intensywnej Terapii Dorosłych i Dzieci,
- 8) Blok Operacyjny,
- 9) Izba Przyjęć Ogólna
- 10) Klinika Chorób Skórnych i Wenerycznych
- 11) Klinika Perinatologii, Położnictwa i Ginekologii
- 12) Apteka<sup>135</sup>

Zakład leczniczy<sup>136</sup>: **AMBULATORIUM i DIAGNOSTYKA SPSK Nr 1 PUM w POLICACH:**

1. Zakład Diagnostyki Radiologicznej, w ramach którego działa: Pracownia Tomografii Komputerowej<sup>137</sup>
2. Poradnia Chirurgiczna
3. Poradnia Chorób Tarczycy
4. Poradnia Psychiatryczna

<sup>124</sup> Dodano – Zarządzenie Nr 15/2016

<sup>125</sup> Dodane – Zarządzenie 8/2017

<sup>126</sup> Dodane, Zarządzenie Nr 53/2021

<sup>127</sup> Zarządzenie Nr 27/2022, dodano: Pracownia Cytogenetyki

<sup>128</sup> Zarządzenie Nr 35/2022, dodano Lekarz Zakładowy

<sup>129</sup> Zarządzenie 12/2018, zmieniono przedsiębiorstwa na: zakłady lecznicze

<sup>130</sup> Zarządzenie 12/2018, zmieniono przedsiębiorstwa na: zakłady lecznicze

<sup>131</sup> Zarządzenia Nr 35/2022 dodano Centrum Zdrowia Psychicznego

<sup>132</sup> Zarządzenie 12/2018, zmieniono przedsiębiorstwa na: zakłady lecznicze

<sup>133</sup> Zarządzenie Nr 39/2020 Dyrektora SPSK Nr 1 – zmieniono nazwę z: Klinika Diabetologii i Chorób Wewnętrznych na Klinikę Chorób Wewnętrznych, Reumatologii, Diabetologii, Geriatrii i Immunologii Klinicznej

<sup>134</sup> Zarządzenie 19/2017, wykreślono: Klinikę Ginekologii i Uroginekologii – przeniesiono do zakładu na Unii Lubelskiej pod nazwą: Klinika Ginekologii, Endokrynologii i Onkologii Ginekologicznej

<sup>135</sup> Zarządzenie 39/2020, dodano jednostkę: Apteka

<sup>136</sup> Zarządzenie 12/2018, zmieniono przedsiębiorstwa na: zakłady lecznicze

<sup>137</sup> W zakresie powołania Pracowni Tomografii Komputerowej – uchwała 13/2017 Rady Społecznej

5. Poradnia Patologii Ciąży i Diagnostyki Prenatalnej<sup>138</sup>
6. Poradnia Diabetologiczna dla Kobiet Ciężarnych
7. Poradnia Diabetologiczna
8. Poradnia Okulistyczna z Pracownią Laserową,
9. Poradnia Chorób Skórnych i Wenerycznych.
10. Poradnia Ginekologii i Leczenia Niepłodności<sup>139</sup>
11. Poradnia Zaburzeń Rozwoju<sup>140</sup>
12. Poradnia Gastroenterologiczna <sup>141</sup>
13. Pracownia Endoskopowa <sup>142</sup>
14. Poradnia Kardiologiczna <sup>143</sup>

---

<sup>138</sup> Zarządzenie Nr 1/2019, zmiana nazwy z Poradnia Ginekologiczno – Położnicza

<sup>139</sup> Dodano – Zarządzenie Nr 1/2019

<sup>140</sup> Dodane, Zarządzenie 25/2019

<sup>141</sup> Dodane, Zarządzenie 9/2020

<sup>142</sup> Zarządzenie 39/2020, dodano jednostkę: Pracownia Endoskopowa

<sup>143</sup> Zarządzenie Nr 35/2022, dodano Poradnia Kardiologiczna

**Załącznik Nr 2**  
**do Regulaminu Organizacyjnego Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego**  
**Nr 1 im. prof. Tadeusza Sokołowskiego Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w**  
**Szczecinie**

**ZAKRES ZADAŃ**  
**JEDNOSTEK I KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH**  
**oraz SAMODZIELNYCH STANOWISK PRACY**

**PION DYREKTORA:**

Pełnomocnik Dyrektora ds. Systemu Zarządzania Jakością:

Kierownik Działu ds. Systemu Zarządzania Jakością, Akredytacji, Kontroli oraz Promocji Szpitala pełni funkcję Pełnomocnika ds. Zarządzania Jakością.<sup>144</sup>

Audyt Wewnętrzny:

1. niezależna i obiektywna ocena kontroli zarządczej w zakresie zapewnienia:
  - a) zgodności działania z przepisami prawa oraz procedurami wewnętrznymi,
  - b) skuteczności i efektywności działania,
  - c) wiarygodności sprawozdań,
  - d) ochrony zasobów,
  - e) przestrzegania i promowania zasad etycznego postępowania,
  - f) efektywności i skuteczności przepływu informacji,
  - g) zarządzania ryzykiem,
2. systematyczna ocena adekwatności, skuteczności i efektywności kontroli zarządczej celem wspierania Dyrektora w realizacji celów i zadań,
3. identyfikacja i analiza ryzyka związanego z działalnością Szpitala,
4. prowadzenie czynności doradczych, w tym składanie wniosków mających na celu usprawnienie funkcjonowania jednostki,
5. sporządzanie planów, dokumentowanie przebiegu i wyników audytów, sprawozdań rocznych i informacji do Ministra Finansów w zakresie prowadzonego audytu.

Dział Kadrowo - Płacowy:

W zakresie dotyczącym spraw pracowniczych:

1. opiniowanie pod względem formalno-prawnym (osobiście lub w porozumieniu z podmiotem pełniącym obsługę prawną) problemów związanych z zatrudnieniem pracowników, niezależnie od podstawy świadczenia pracy lub usług zdrowotnych,
2. opracowywanie corocznych planów zatrudnienia w podziale na jednostki organizacyjne i grupy zawodowe, zapewnienie realizacji tego planu przy współpracy z kierownikami komórek organizacyjnych,
3. sporządzanie sprawozdań dotyczących zatrudnienia dla potrzeb Szpitala i jednostek zewnętrznych,
4. rozwiązywanie bieżących problemów pracowniczych w praktyce, zgodnie z przepisami prawa pracy,
5. opracowanie wewnętrznych dokumentów kadrowych
6. organizowanie i przeprowadzanie konkursów na udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz innych wymaganych konkursów na stanowiska w Szpitalu,

---

<sup>144</sup> Zarządzenie 13/2021, zmiana opisu zadań



7. prowadzenie korespondencji z jednostkami kierującymi w zakresie staży podyplomowych lekarzy i staży specjalizacyjnych w ramach rezydentur,
8. obsługa programu komputerowego kadrowo – płacowego, wprowadzanie do niego danych i ich aktualizacja,
9. sprawowanie nadzoru nad:
  - stosowaniem przepisów prawa pracy i ubezpieczeń społecznych,
  - przestrzeganiem Regulaminu Wynagradzania,
  - opracowaniem materiałów statystycznych i innych informacji dotyczących spraw pracowniczych,
  - wydatkowaniem środków zakładowego funduszu świadczeń socjalnych,
  - właściwym zabezpieczeniem dokumentów kadrowych.
10. współpraca z innymi komórkami organizacyjnymi w zakresie:
  - poprawy warunków bhp,
  - regulaminów: pracy, wynagradzania, premiowania, świadczeń socjalnych i innych wewnętrznych aktów regulujących sprawy pracownicze,
  - stosowania programu informatycznego i wdrażania nowych rozwiązań informatycznych.
11. W dziale działa Inspektor ds. Pracowniczych, podlegający Kierownikowi Działu i zajmujący się prowadzeniem spraw osobowych oraz zatrudnienia. W szczególności do zadań Inspektora ds. pracowniczych należy:
  - przygotowywanie materiałów związanych z zawieraniem i rozwiązywaniem umów o pracę, uposażeniami, zmianą stanowisk pracy, przedłużaniem umów o pracę,
  - przygotowywanie lub merytoryczna kontrola dokumentów stanowiących podstawę wypłat należności z tytułu umowy o pracę lub innej podstawy świadczenia usług???,
  - obsługa programu komputerowego kadrowo-płacowego w zakresie kadr, bieżące wprowadzanie danych kadrowych do systemu,
  - nadzór nad rozliczaniem i ewidencją czasu pracy,
  - prowadzenie ewidencji pracowników, akt osobowych, urlopów oraz spraw związanych z czasową niezdolnością do pracy,
  - bieżąca, kompleksowa obsługa pracowników i interesantów,
  - prowadzenie staży i specjalizacji pracowników,
  - współudział w opracowywaniu planu zatrudnienia oraz kontrola jego realizacji,
  - bieżące ustalanie indywidualnych uprawnień do dodatku stażowego, nagród jubileuszowych, odpraw emerytalno-rentowych oraz innych świadczeń pracowniczych wynikających ze stosunku pracy
  - zgłaszania pracowników i uprawnionych członków ich rodzin do ubezpieczenia społecznego w ZUS i wyrejestrowanie ich, zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz bieżące zgłoszenia wszelkich zmian i korekt związanych z ubezpieczeniem,
  - prowadzenie ewidencji pracowników zatrudnionych w szczególnych warunkach lub w szczególnym charakterze oraz zgłaszanie ich do ZUS, zgodnie z obowiązującymi przepisami,
  - wprowadzanie informacji dotyczących pracowników zatrudnionych na stanowiskach medycznych do systemu zarządzania obiegiem informacji Narodowego Funduszu Zdrowia,
  - opracowywanie informacji statystycznych w zakresie wielkości i struktury zatrudnienia oraz globalnego funduszu płac,
  - dokonywanie podziału funduszu premiowego wg ustalonych kryteriów,
  - kontrola przestrzegania porządku i dyscypliny pracy,
  - prowadzenie podręcznego archiwum dokumentacji osobowej,
  - wystawianie archiwalnych świadectw pracy pracowników zwolnionych,

- wystawianie wniosków o przedłużanie zasiłków chorobowych.
12. W dziale działa Inspektor ds. Socjalnych, podlegający Kierownikowi Działu. W szczególności do zadań Inspektora ds. Socjalnych należy:
- gospodarowanie zakładowym funduszem świadczeń socjalnych zgodnie z zakładowym regulaminem przyznawania świadczeń z tego funduszu,
  - organizowanie pomocy socjalnej dla pracowników i ich rodzin (wczasy pod „gruszą”, dofinansowania do kolonii, obozów, sanatoriów),
  - prowadzenie spraw emerytalno-rentowych pracowników, a w szczególności udzielanie pracownikom pomocy w przygotowywaniu wniosków do ZUS,
  - bieżące załatwianie formalności związanych z przyjmowaniem pracowników zatrudnionych na zasadzie umowy zlecenia, o dzieło i innego rodzaju umów cywilno-prawnych”,
  - bieżące wprowadzanie danych w zakresie umów cywilno-prawnych do programu kadrowego,
  - zgłaszanie pracowników do ubezpieczeń społecznych oraz dokonywanie wszelkich zmian związanych z ubezpieczeniem w programie „Płatnika”,
  - współpraca przy aktualizacji Zakładowego Regulaminu Świadczeń Socjalnych,
13. W dziale działa Inspektor ds. Szkoleń, podlegający Kierownikowi Działu. W szczególności do zadań Inspektora ds. Szkoleń należy:
- rozpowszechnianie instrukcji dotyczących „adaptacji pracowników” oraz formularzy dotyczących szkoleń i przeszkalanie osób odpowiedzialnych za wypełnianie tych dokumentacji,
  - zbieranie, segregowanie i archiwizowanie podań o urlopy szkoleniowe, ankiet oceniających jakość odbytych szkoleń oraz formularzy „zapotrzebowania na szkolenia” i „plan szkoleń”,
  - redagowanie umów dotyczących szkoleń i ich rejestracja,
  - wprowadzanie do systemu komputerowego kwalifikacji pracowników oraz innych informacji dotyczących szkoleń,
  - prowadzenie statystyki odbytych szkoleń i uczestnictwa w szkoleniach,
  - koordynowanie szkoleń organizowanych dla pracowników Szpitala i pracowników innych podmiotów.

W zakresie dotyczącym płac:

- 1) prowadzenie całoksztaltu prac i czynności związanych z terminowym naliczaniem, potrącaniem i ewidencjonowaniem wynagrodzeń, z tytułu umów o pracę, zleceń, umów o dzieło i innego rodzaju umów cywilno-prawnych, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami,
- 2) Prowadzenie miesięcznych zestawień rachunków za usługi medyczne.
- 3) obsługa programu komputerowego „kadrowo-płacowego” w zakresie płac, bieżące wprowadzenie danych płacowych do systemu,
- 4) sporządzanie list płac, stanowiących podstawę wypłaty pracownikom wynagrodzenia za pracę i zasiłków z ubezpieczenia społecznego,
- 5) wyliczanie wysokości wynagrodzeń, nagród jubileuszowych, odpraw emerytalnych, rentowych, ekwiwalentu za niewykorzystany urlop wypoczynkowy oraz innych świadczeń pracowniczych wynikających ze stosunku pracy,
- 6) obliczanie zmiennych składników wynagrodzenia - należności za dyżury, dopłaty za pracę w porze nocnej, w niedzielę, święta, dopłaty za urlop wypoczynkowy, staż specjalistyczny,
- 7) prowadzenie dokumentacji związanej z wypłatą należności za pracę na podstawie umowy zlecenia lub umowy o dzieło,

- 8) przygotowanie do wypłaty innych dokumentów stanowiących podstawę wypłaty należności za pracę na rzecz Szpitala,
- 9) prowadzenie indywidualnych kartotek wynagrodzeń i rejestracja w nich wszystkich składników wynagrodzeń, składek i potrąceń,
- 10) prowadzenie rejestrów potrąceń dokonywanych z wynagrodzenia za pracę i uzgadnianie ich ze zbiorówkami list płacy,
- 11) sporządzanie zbiorowych zestawień list płatniczych,
- 12) ustalanie prawa i wyliczanie podstawy wymiaru zasiłków chorobowych, opiekuńczych, macierzyńskich, świadczeń rehabilitacyjnych,
- 13) prowadzenie dokumentacji i rejestrów zasiłków rodzinnych, pielęgnacyjnych, wychowawczych - ustalenie prawa do tych świadczeń,
- 14) prowadzenie kart zasiłkowych i ewidencja zasiłków chorobowych, opiekuńczych, macierzyńskich, wychowawczych,
- 15) sporządzanie zestawień wypłaconych zasiłków, w rozbiciu na ich rodzaje, w celu rozliczenia świadczeń ZUS oraz sporządzanie deklaracji,
- 16) ustalanie podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne oraz obliczanie wysokości tych składek,
- 17) przygotowywanie wydruków RMUA o przekazanych składkach i wypłaconych świadczeniach dla pracowników,
- 18) ustalanie podstawy wymiaru świadczeń emerytalno - rentowych na druku Rp-7,
- 19) ustalanie wymiaru zaliczki na podatek dochodowy i prowadzenie dokumentacji z tym związanej:
  - kompletowanie oświadczeń pracowników,
  - sporządzanie rocznych rozliczeń i informacji o uzyskanych dochodach,
- 20) generowanie przelewów należności na konta indywidualne pracowników oraz na odpowiednie rachunki różnych instytucji z tytułu należności związanych z funduszem wynagrodzeń,
- 21) prowadzenie korespondencji w zakresie zagadnień płacowych i ubezpieczeniowych,
- 22) udzielanie informacji i wyjaśnień w zakresie obliczanych należności oraz wystawianie na ich żądanie stosownych zaświadczeń o wynagrodzeniu.

Dział Kadrowo – Płacowy przyjmuje i przeprowadza kontrolę formalno-rachunkową rachunków/faktur pracowników udzielających świadczeń zdrowotnych na podstawie umów cywilnoprawnych, zgodności z umową i terminem płatności

#### Dział Organizacyjno – Prawny:

1. Opracowywanie i korygowanie wszelkich umów zawieranych przez Szpital, a w szczególności:
  - umów z kontrahentami,
  - umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych,
2. Przygotowywanie zmian i aktualizacji dokumentów rejestrowych Szpitala, a w szczególności:
  - wpisu do rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji i publicznych zakładów opieki zdrowotnej (KRS),
  - wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
  - wpisu do innych, wymaganych przepisami prawa organów ewidencyjnych,
3. Przygotowywanie (we współpracy z innymi komórkami organizacyjnymi) zmian i aktualizacji dokumentów i regulaminów wewnętrznych Szpitala, w szczególności:
  - statutu,
  - regulaminu organizacyjnego,
  - regulamin pracy,

- regulaminu wynagradzania
  - regulaminu ZFŚS,
4. Przygotowywanie projektów wniosków i uchwał przedkładanych pod obrady Rady Społecznej,
  5. Przygotowanie wniosków do organu założycielskiego o podjęcie uchwał dotyczących Statutu Szpitala oraz innych wymaganych uchwał.
  6. Przygotowywanie (na podstawie otrzymanych materiałów źródłowych) projektów zarządzeń i decyzji Dyrektora.
  7. Przygotowywanie na polecenie Dyrektora pism i odpowiedzi w bieżących sprawach.
  8. Wydawanie opinii prawnych w sprawach wynikających z bieżącej działalności Szpitala.
  9. Poszukiwanie zamieszczonych w Internecie informacji i publikacji związanych z zakresem działalności prowadzonej przez Szpital.
  10. Informowanie jednostek organizacyjnych Szpitala o zmianach w prawie związanych z zakresem działalności danej jednostki,
  11. Współpraca z innymi komórkami organizacyjnymi oraz korespondencja z kontrahentami w zakresie wykonywania bieżących czynności,
  12. *usunięty*<sup>145</sup>,
  13. Wspomaga Inspektora Ochrony Danych w realizowanych działaniach.<sup>146</sup>

#### Rzecznik Szpitala:

- 1) reprezentowanie szpitala wobec mediów,
  - 2) koordynowanie działań wydawniczych
- (szczegółowo zadania opisane są w ramach opisu dotyczącego Działu ds. Systemu Zarządzania Jakością, Akredytacji, Kontroli oraz Promocji Szpitala).

#### Pełnomocnik ds. Ochrony Informacji Niejawnych:

- 1) określanie stanowisk lub rodzajów prac zleconych, z którymi może łączyć się dostęp do informacji niejawnych (odrębnie dla każdej klauzuli tajności) oraz przygotowywanie w tej sprawie projektów stosownych zarządzeń wewnętrznych,
- 2) przeprowadzanie, na pisemne polecenie Dyrektora, zwykłych postępowań sprawdzających dla stanowisk, z którymi może łączyć się dostęp do informacji niejawnych,
- 3) wydawanie poświadczeń bezpieczeństwa (gdy zwykłe postępowanie sprawdzające zakończone jest wynikiem pozytywnym) i przekazywanie ich osobie sprawdzanej oraz zawiadomienie o tym Działu Kadrowo - Płacowego (przedłożenie kserokopii) i właściwego Dyrektora Pionu,
- 4) opracowywanie planu ochrony Szpitala i nadzorowanie jego realizacji,
- 5) opracowanie instrukcji obiegu dokumentów niejawnych oraz nadzór nad prawidłowym obiegiem tych dokumentów,
- 6) opracowywanie planu postępowania z materiałami zawierającymi informacje niejawne stanowiące tajemnicę państwową w razie wprowadzenia stanu nadzwyczajnego,
- 7) podejmowanie działań zmierzających do wyjaśnienia okoliczności naruszenia przepisów o ochronie informacji niejawnych, zawiadamianie o tym Dyrektora Szpitala, a w przypadku naruszenia przepisów o ochronie informacji niejawnych, oznaczonych klauzulą „poufne” lub wyższą, również właściwej służby ochrony państwa,
- 8) opracowywanie szczegółowych wymagań w zakresie ochrony informacji niejawnych oznaczonych klauzulą „zastrzeżone” w komórkach organizacyjnych Szpitala oraz nadzór nad ich przestrzeganiem,
- 9) ustalanie zasad organizacji i funkcjonowania kancelarii tajnej,

<sup>145</sup> Zarządzenie Nr 22/2022, usunięto w pkt 12 zapis: Koordynowanie prac podmiotów pełniących obsługę prawną

<sup>146</sup> Dodany, Zarządzenie 25/2019

- 10) sprawowanie bezpośredniego nadzoru nad organizacją i funkcjonowaniem kancelarii tajnej, zgodnie z ustawą i rozporządzeniami wykonawczymi,
- 11) prowadzenie wykazu stanowisk i prac zleconych oraz osób dopuszczonych do pracy lub służby na stanowiskach, z którymi wiąże się dostęp do informacji niejawnych,
- 12) współdziałanie z właściwymi jednostkami i komórkami organizacyjnymi służb ochrony państwa oraz informowanie Dyrektora o przebiegu tej współpracy,
- 13) kontrola bieżąca zgodności funkcjonowania sieci i systemu informatycznego ze szczególnymi wymaganiami bezpieczeństwa, o których mowa w przepisach o ochronie informacji niejawnych,
- 14) współdziałanie ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi szpitala w zakresie organizacji zabezpieczenia informacji niejawnych, a w szczególności z:
  - Kierownikiem Działu Technicznego w zakresie nadzoru nad ochroną obiektów Szpitala,
  - Działem Informatyki w zakresie ochrony sieci i systemów teleinformatycznych,
- 15) prowadzenie rzetelnej dokumentacji oraz przechowywanie jej zgodnie zobowiązującymi przepisami,
- 16) przedstawianie Dyrektorowi rocznych sprawozdań wraz z wnioskami i propozycjami zmian w zakresie ochrony informacji niejawnych,
- 17) opracowywanie rocznych planów szkolenia osób dopuszczonych do informacji niejawnych,
- 18) prowadzenie szkoleń pracowników w zakresie ochrony informacji niejawnych:
  - przed dopuszczeniem do pracy na stanowisku lub zleceniem pracy, z którymi może łączyć się dostęp do informacji niejawnych,
  - bieżące systematyczne szkolenie pracowników, których praca łączy się z dostępem do informacji niejawnych, w szczególności w razie wprowadzenia zmian w przepisach prawnych oraz zarządzeniach wewnętrznych, w zakresie klasyfikowania informacji niejawnych oraz stosowania właściwych klauzul tajności, a także procedur ich zmiany i znoszenia,
  - według rocznego planu szkoleń.

#### Biuro Dyrektora:<sup>147</sup>

prowadzenie biura Dyrektora i Zastępców Dyrektora, a w tym między innymi:

- sprawowanie obsługi sekretarskiej i biurowej Dyrektora Szpitala oraz Zastępców Dyrektora,
- planowanie czasu pracy oraz prowadzenie kalendarza spotkań i zajęć Dyrektora oraz Zastępców Dyrektora,
- obsługa interesantów i gości;
- prowadzenie rejestru przymusu bezpośredniego oraz
- inna działalność związana z funkcjonowaniem Biura Dyrektora

Jednostkami bezpośrednio podległymi pod Biuro Dyrektora są: Sekretariat działający w zakładzie w Policach oraz Kancelaria Ogólna

#### Kancelaria Ogólna:

1. przyjmowanie korespondencji wpływającej do Szpitala,
2. przyjmowanie ofert składanych w związku z prowadzonymi postępowaniami o udzielenie zamówienia publicznego i w związku z innymi postępowaniami prowadzonymi przez Szpital,
3. dystrybucja korespondencji zewnętrznej i wewnętrznej do właściwych jednostek,
4. wysyłanie korespondencji na zewnątrz,
5. prowadzenie zeszytów i ksiąg korespondencyjnych,

---

<sup>147</sup> Zarządzenie Nr 7/2018, dodano Biuro Dyrektora z opisem zadań

6. obsługa kancelaryjna Dyrekcji Szpitala,

BHP:

1. Doradztwo kontrola i działania wykonawcze w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy.
2. organizowanie przedsięwzięć mających na celu zapobieganie zagrożeniom życia i zdrowia pracowników oraz poprawę warunków bezpieczeństwa i higieny pracy we wszystkich komórkach organizacyjnych, jak również wydawanie zaleceń i kontrolowanie ich wykonywania w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy.
3. Realizacja zadań wynikających z rozporządzenia Rady Ministrów z 2.09.1997 r. w sprawie służby bezpieczeństwa i higieny pracy (Dz.U. Nr 109 poz. 704) a w szczególności:
  - a. przeprowadzanie kontroli warunków pracy oraz przestrzegania przepisów i zasad bezpieczeństwa i higieny pracy,
  - b. bieżące informowanie Dyrektora o stwierdzonych zagrożeniach zawodowych, wraz z wnioskami zmierzającymi do usuwania tych zagrożeń,
  - c. sporządzanie i przedstawianie Dyrektorowi, co najmniej raz w roku, okresowych analiz stanu bezpieczeństwa i higieny pracy zawierających propozycje przedsięwzięć technicznych i organizacyjnych mających na celu zapobieganie zagrożeniom życia i zdrowia pracowników oraz poprawę warunków pracy,
  - d. udział w opracowaniu planów modernizacji i rozwoju Szpitala oraz przedstawienie propozycji dotyczących uwzględnienia w tych planach rozwiązań techniczno-organizacyjnych zapewniających poprawę stanu bezpieczeństwa i higieny pracy,
  - e. udział w ocenie założeń i dokumentacji dotyczących modernizacji zakładu pracy albo jego części, a także nowych inwestycji, oraz zgłaszanie wniosków dotyczących uwzględnienia wymagań bezpieczeństwa i higieny pracy w tych założeniach i dokumentacji,
  - f. udział w przekazywaniu do użytkowania nowo budowanych lub przebudowywanych obiektów budowlanych albo ich części, w których przewiduje się pomieszczenia pracy, urzędzeń produkcyjnych oraz innych urzędzeń mających wpływ na warunki pracy i bezpieczeństwo pracowników,
  - g. zgłaszanie wniosków dotyczących wymagań bezpieczeństwa i higieny pracy w stosowanych oraz nowo wprowadzanych procesach produkcyjnych,
  - h. przedstawianie Dyrektorowi wniosków dotyczących zachowania wymagań ergonomii na stanowiskach pracy, i udział w opracowywaniu zarządzeń wewnętrznych, regulaminów i instrukcji ogólnych dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy oraz w ustalaniu zadań osób kierujących pracownikami w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy,
  - i. opiniowanie szczegółowych instrukcji dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy na poszczególnych stanowiskach pracy,
  - j. udział w ustalaniu okoliczności i przyczyn wypadków przy pracy oraz w opracowywaniu wniosków wynikających z badania przyczyn i okoliczności tych wypadków oraz zachorowań na choroby zawodowe, a także kontrola realizacji tych wniosków,
  - k. prowadzenie rejestrów, kompletowanie i przechowywanie dokumentów dotyczących wypadków przy pracy, stwierdzonych chorób zawodowych i podejrzeń o takie choroby, a także przechowywanie wyników badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy,
  - l. doradztwo w zakresie przepisów oraz zasad bezpieczeństwa i higieny pracy,
  - n. udział w dokonywaniu oceny ryzyka zawodowego, które wiąże się z wykonywaną pracą,
  - o. doradztwo w zakresie organizacji i metod pracy na stanowiskach pracy, na których

- występują czynniki niebezpieczne, szkodliwe dla zdrowia lub warunki uciążliwe, oraz doboru najwłaściwszych środków ochrony zbiorowej i indywidualnej,
- m. współpraca z właściwymi komórkami organizacyjnymi lub osobami, w szczególności w zakresie organizowania i zapewnienia odpowiedniego poziomu szkoleń w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy oraz zapewnienia właściwej adaptacji zawodowej nowo zatrudnionych pracowników,
  - n. współpraca z laboratoriami upoważnionymi, zgodnie z odrębnymi przepisami, do dokonywania badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia lub warunków uciążliwych, występujących w środowisku pracy, w zakresie organizowania tych badań i pomiarów oraz sposobów ochrony pracowników przed tymi czynnikami lub warunkami,
  - o. współpraca z laboratoriami i innymi jednostkami zajmującymi się pomiarami stanu środowiska naturalnego, działającymi w systemie państwowego monitoringu środowiska, określonego w odrębnych przepisach,
  - p. współdziałanie z lekarzem sprawującym profilaktyczną opiekę zdrowotną nad pracownikami, a w szczególności przy organizowaniu okresowych badań lekarskich pracowników,
  - q. współdziałanie ze społeczną inspekcją pracy oraz z zakładowymi organizacjami związkowymi przy:
    - podejmowaniu przez nie działań mających na celu przestrzeganie przepisów oraz zasad bezpieczeństwa i higieny pracy,
    - podejmowanych przez pracodawcę przedsięwzięciach mających na celu poprawę warunków pracy,
  - r. uczestniczenie w pracach, jeżeli zostanie powołana przez Dyrektora, komisji bezpieczeństwa i higieny pracy oraz w innych zakładowych komisjach zajmujących się problematyką bezpieczeństwa i higieny pracy, w tym zapobieganiem chorobom zawodowym i wypadkom przy pracy,
  - s. inicjowanie i rozwijanie na terenie zakładu pracy różnych form popularyzacji problematyki bezpieczeństwa i higieny pracy oraz ergonomii.

#### Ochrona Przeciwpożarowa:

1. realizacja zadań w zakresie zabezpieczenia przeciwpożarowego zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz z wytycznymi Komendy Głównej Straży Pożarnej (K.G.S.P),
2. prowadzenie kontroli stanu zabezpieczenia przeciwpożarowego w oparciu o wytyczne K.G.S.P.,
3. zgłoszenie kierownikowi jednostki organizacyjnej wniosków zmierzających do poprawy stanu ochrony przeciwpożarowej,
4. branie udziału w pracach komisji pożarowo – technicznej,
5. szkolenie w zakresie p.poż. i przygotowanie pracowników do czynnego udziału w zapobieganiu i zwalczaniu pożarów,
6. sprawowanie nadzoru nad rozmieszczeniem, sprawnością i konserwacją sprzętu oraz innych urządzeń przeciwpożarowych oraz oznakowaniem i utrzymaniem we właściwym stanie dróg ewakuacyjnych, pożarowych, środków łączności i alarmowania, punktów czerpania wody do celów gaśniczych, itd.,
7. prowadzenie działalności propagandowej w zakresie ochrony przeciwpożarowej,
8. opracowywanie i aktualizowanie instrukcji alarmowania na wypadek powstania pożaru,
9. współdziałanie z właściwymi komórkami organizacyjnymi w zakresie ustalania wymogów bezpieczeństwa pożarowego przy prowadzeniu prac remontowych, modernizacyjnych, adaptacyjnych i innych,

10. zgłaszanie wniosków o wyłączenie z użytkowania urządzeń, instalacji lub aparatury grożącej pożarem,
11. udział w komisjach oceny projektów inwestycyjnych w zakresie budowy, przebudowy, modernizacji, instalowania maszyn, urządzeń i aparatury oraz w komisjach odbioru po zakończeniu wymienionych prac,
12. opracowanie i aktualizowanie regulaminu ochrony przeciwpożarowej oraz planów i instrukcji związanych z ochroną p.poż.,
13. przekazywanie meldunków o zaistniałych pożarach, prowadzenie ewidencji i analizowanie przyczyn zaistniałych pożarów (zapłonów) i ich skutków, wspólnie ze służbami technicznymi,
14. analizowanie stanu wyposażenia obiektów w podręczny sprzęt i urządzenia gaśnicze, instrukcje przeciwpożarowe, tablice informacyjne i ostrzegawcze,
15. sprawowanie nadzoru nad prawidłową organizacją punktów ochrony przeciwpożarowej,
16. okresowe przedkładanie informacji bezpośrednim przełożonym o stanie i warunkach zabezpieczenia przeciwpożarowego,
17. uczestniczenie w szkoleniach doskonalących,
18. współpraca z terenowymi komendami straży pożarnej.

#### Inspektor ds. Obronnych:

Do zadań Inspektora ds. obronnych należy:

#### W zakresie spraw obronnych:

1. nadzór nad opracowaniem i aktualizowanie kart realizacji zadań operacyjnych,
2. opracowanie, prowadzenie i aktualizowanie dokumentów dotyczących:
  - a) planu przygotowań Szpitala na potrzeby obronne państwa,
  - b) planu wydzielenia łóżek dla służb mundurowych w razie wystąpienia sytuacji kryzysowych, zaistnienia zagrożenia bezpieczeństwa państwa i w czasie wojny,
3. opracowanie i aktualizowanie dokumentacji stałego dyżuru,
4. analiza potrzeb i występowanie o nałożenie niezbędnych świadczeń osobistych i rzeczowych na rzecz obrony,
5. prowadzenie spraw związanych z reklamowaniem osób od pełnienia czynnej służby wojskowej w razie ogłoszenia mobilizacji i w czasie wojny, w tym:
  - a) prowadzenie na bieżąco analizy potrzeb osobowych pod kątem realizacji zadań na potrzeby obronne państwa,
  - b) sporządzanie zawiadomień o reklamowaniu z urzędu osób oraz sporządzanie wniosków o reklamowanie osób zatrudnionych w Szpitalu i przesyłanie ich wojskowemu komendantowi uzupełnień,
  - c) sporządzanie i dostarczanie zainteresowanym pisemnej informacji o reklamowaniu oraz wynikających stąd obowiązków,
  - d) sporządzanie zawiadomień o ustaniu przyczyn reklamowania dla wojskowego komendanta uzupełnień,
6. planowanie i organizowanie szkolenia obronnego w Szpitalu, w tym:
  - a) opracowanie rocznych planów szkolenia obronnego,
  - b) organizację i prowadzenie szkolenia obronnego,
  - c) opracowywanie i prowadzenie dokumentacji szkolenia obronnego.

#### W zakresie zarządzania kryzysowego:

- 1) opracowanie i aktualizowanie dokumentacji punktu alarmowego Szpitala w systemie ostrzegania i alarmowania,
- 2) opracowanie i aktualizowanie dokumentacji dotyczącej postępowania w sytuacjach awarii technicznych lub innych zewnętrznych i wewnętrznych zagrożeń,
- 3) współdziałanie w opracowaniu i aktualizacji dokumentacji dotyczącej postępowania w sytuacji przyjęcia poszkodowanych w zdarzeniach masowych do szpitala



#### Kapelan:

- 1) zapewnienie posługi religijnej pacjentom Szpitala, zgodnie z normami Prawa Kanonicznego,
- 2) opieka duszpasterska nad pacjentem, jego rodziną oraz personelem Szpitala, zgodnie z normami prawa kościelnego,
- 3) nadzór nad właściwym funkcjonowaniem Kaplicy Szpitalnej,
- 4) współpraca przy organizowaniu i przeprowadzeniu spotkań świątecznych i imprez okolicznościowych.

<sup>148 149.</sup>

#### Inspektor Ochrony Danych<sup>150</sup>:

- Informowanie Dyrektora Szpitala, podmiotu przetwarzającego oraz pracowników, którzy przetwarzają dane osobowe, o obowiązkach spoczywających na nich na mocy rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Ogólne Rozporządzenie o Ochronie Danych) oraz innych przepisów Unii lub państw członkowskich o ochronie danych i doradzanie im w tej sprawie,
- monitorowanie przestrzegania Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych, innych przepisów Unii lub państw członkowskich o ochronie danych oraz polityk Szpitala lub podmiotu przetwarzającego w dziedzinie ochrony danych osobowych, w tym podział obowiązków, działania zwiększające świadomość, szkolenia personelu uczestniczącego w operacjach przetwarzania oraz powiązane z tym audyty,
- udzielanie na żądanie zaleceń co do oceny skutków dla ochrony danych oraz monitorowanie jej wykonania zgodnie z art. 35 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych,
- przygotowywanie projektów regulacji wewnętrznych, dotyczących sfery ochrony danych osobowych,
- współpraca z organem nadzorczym,
- pełnienie funkcji punktu kontaktowego dla organu nadzorczego w kwestiach związanych z przetwarzaniem, w tym z uprzednimi konsultacjami, o których mowa w art. 3 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych 6, oraz w stosownych przypadkach prowadzenie konsultacji we wszelkich innych sprawach.

Inspektor ochrony danych wypełnia swoje zadania z należyтым uwzględnieniem ryzyka związanego z operacjami przetwarzania, mając na uwadze charakter, zakres, kontekst i cele przetwarzania.

#### Inspektor Ochrony Radiologicznej<sup>151</sup>:

- Sprawowanie nadzoru nad aparatami rentgenowskimi,
- Opracowanie i aktualizacja instrukcji pracy ze źródłami promieniowania rentgenowskiego,
- Szkolenie pracowników oraz sprawdzanie i potwierdzanie ich kwalifikacje w zakresie znajomości zasad ochrony radiologicznej i posiadania umiejętności bezpiecznego wykonywania prac przy stosowaniu promieniowania rentgenowskiego,
- Ustalanie wykazu środków ochrony indywidualnej, aparatury dozymetrycznej i innego wyposażenia, służących do ochrony pracowników oraz pacjentów przed promieniowaniem jonizującym.
- Wnioskowanie i opiniowanie w sprawach wyposażenia pracowni rentgenowskich w sprzęt ochrony i aparaturę dozymetryczną,
- Sprawdzenie działania sygnalizacji ostrzegawczej oraz prawidłowego oznakowania miejsc pracy ze źródłami promieniowania,

<sup>148</sup> Zarządzenie Nr 7/2022, usunięto Dział ds. Programów Lekowych i Innych Świadczeń Pozaryczajłowych z opisem

<sup>149</sup> Zarządzenie Nr 1/2019 zmieniono nazwę z Pełnomocnik Ds. Programów Lekowych, określono zakres zadań Działu

<sup>150</sup> Zarządzenie Nr 1/2019, dodano stanowisko z opisem

<sup>151</sup> Zarządzenie Nr 1/2019, dodano stanowisko z opisem

- Sprawowanie nadzoru nad zapewnieniem sprawnego i właściwego działania aparatów rentgenowskich,
- Sprawowanie nadzoru nad zapewnieniem:
  - właściwego przebiegu procesu wywoływania i utrwalania błon rentgenowskich,
  - dobrej jakości stosowanych w ciemni materiałów i odczynników,
- Sprawdzenie wykonywania codziennych i okresowych testów kontroli jakości obrazowania,
- Sprawowanie nadzoru nad terminowym wykonywaniem pomiarów dezyntometrycznych na stanowisku pracy oraz w wiązce pierwotnej,
- Prowadzenie ewidencji dawek otrzymanych przez pracowników oraz informuje ich o otrzymanych przez nich dawek,
- Wyjaśnienie przy udziale Państwowej Inspekcji Sanitarnej, przyczyny każdego wzrostu dawek indywidualnych otrzymanych przez pracowników ponad ich dotychczasowy poziom, a w szczególności przekroczenie limitów dawek,
- Informowanie Lejkarza Kierującego Zakładem i Dyrektora Szpitala o wynikach prowadzonego nadzoru w zakresie ochrony radiologicznej pracowników i pacjentów oraz przedstawienie mu zalecenia w celu usuwania braków i niedociągnięć,
- Prowadzenie książki wniosków i uwag dotyczących warunków pracy i stanu ochrony radiologicznej.

#### Dział Zamówień Publicznych<sup>152</sup>:

- 1) wykonywanie czynności związanych z postępowaniami o udzielanie zamówień publicznych zgodnie z ustawą Prawo zamówień publicznych, aktami wykonawczymi do ustawy oraz Zarządzeniem wewnętrznym Dyrektora,
- 2) obsługa komisji ds. postępowań o udzielenie zamówień publicznych,
- 3) prowadzenie dokumentacji wymaganej odpowiednimi przepisami ustawy Prawo zamówień publicznych,
- 4) protokołowanie posiedzeń komisji,
- 5) przygotowywanie specyfikacji istotnych warunków zamówienia na podstawie szczegółowych informacji merytorycznych dotyczących przedmiotu zamówienia (w tym szacunkowej wartości), udzielanych przez osoby występujące z zamówieniem (przewodniczącego komisji przetargowej lub kierownika działu),
- 6) sporządzanie ogłoszeń o rozpoczęciu i zakończeniu postępowań, w tym przesyłanie ogłoszeń do Biuletynu Zamówień Publicznych, Urzędu Oficjalnych Publikacji Wspólnot Europejskich oraz zamieszczanie na tablicy ogłoszeń, stronie internetowej Szpitala,
- 7) dystrybucja SIWZ wśród wykonawców, którzy zwrócili się z wnioskiem o jej przesłanie,
- 8) prowadzenie korespondencji z wykonawcami w trakcie prowadzonych postępowań,
- 9) sporządzanie protokołu wraz z załącznikami, po zakończonym postępowaniu,
- 10) przygotowywanie umów na podstawie: wcześniej uzgodnionego i załączonego do SIWZ wzoru przygotowanego przez podmiot pełniący obsługę prawną oraz wybranej oferty,
- 11) przygotowywanie projektów umów w sprawie realizacji zamówienia publicznego i uzyskiwania ich akceptacji przez podmiot pełniący obsługę prawną (parafowanie),
- 12) przekazanie przygotowanych egzemplarzy umów do Biura Dyrektora<sup>153</sup> w celu ich podpisania przez strony, wraz z informacją o właściwym terminie ich podpisania (szczegóły dotyczące terminu i okoliczności podpisania umów ustala Sekretariat),
- 13) zwracanie się z wnioskiem do Zastępcy Dyrektora ds. Finansowych – Głównego Księgowego o zwrot wadium przetargowego,
- 14) rozsyłanie informacji do wykonawców o wyniku postępowania,
- 15) zabezpieczenie dokumentacji z postępowań i przechowywanie ich zgodnie z przepisami ustawy Prawo zamówień publicznych oraz regulacjami wewnętrznymi,

<sup>152</sup> Dział Zamówień Publicznych przeniesiony z Pionu Administracyjnego do Pionu Dyrektora, Zarządzenie Nr 9/2021

<sup>153</sup> Zarządzenie 7/2018 – zmiana nazwy z: Sekretariat Dyrektora na: Biuro Dyrektora

- 16) przygotowywanie projektów aktów wewnętrznych w zakresie związanym z działalnością Działu,
- 17) uzyskiwanie akceptacji podmiotu pełniącego obsługę prawną ewentualnych aneksów zmieniających umowy zawarte w sprawie realizacji zamówienia publicznego, sporządzanie sprawozdań związanych z zakresem działalności Działu.

#### Dział ds. Systemu Zarządzania Jakością, Akredytacji, Kontroli oraz Promocji Szpitala<sup>154</sup>

##### Zadania z zakresu zarządzania i akredytacji:

1. Monitorowanie i ciągłe doskonalenie systemu zarządzania jakością i standardów akredytacyjnych, poprzez posiadanie: Certyfikatu Normy ISO 9001, Certyfikatu Akredytacyjnego, Certyfikatu „Szpital bez Bólu”,
2. Podejmowanie działań na rzecz utrzymania certyfikatu SZJ oraz certyfikatu akredytacyjnego:
  - nadzór nad adekwatnością dokumentacji systemowej i operacyjnej: Księgi Jakości, Polityki Jakości, procedur systemowych, procedur i instrukcji operacyjnych,
  - nadzór i monitorowanie wdrożonych standardów akredytacyjnych zgodnie z wytycznymi MZ w tym zakresie,
  - identyfikacja, planowanie, inicjowanie, tworzenie i koordynowanie procesów, procedur i standardów oraz aktualizowanie dokumentacji w odniesieniu do zachodzących zmian,
  - identyfikowanie przyczyn powstawania niezgodności/zdarzeń niepożądanych – inicjowanie działań korygujących i zapobiegawczych oraz ocena skuteczności ich wdrożenia,
  - wydawanie zaleceń z zakresu poprawy jakości oraz nadzór nad ich realizacją w celu zapewnienia bezpieczeństwa pacjenta,
  - współpraca z Komisjami i Komitetami działającymi w Szpitalu oraz podmiotami zewnętrznymi, w zakresie utrzymania systemu zarządzania oraz standardów akredytacyjnych,
  - planowanie i zarządzanie audytami wewnętrznymi,
  - nadzór nad prawidłowością prowadzonej dokumentacji wewnętrznej – okresowa kontrola dokumentacji medycznej jednostek Szpitala.
3. Koordynowanie współpracy pomiędzy jednostkami organizacyjnymi w sprawach zapewnienia bezpieczeństwa i jakości świadczonych usług w Szpitalu.
4. Zwiększenie satysfakcji pacjenta poprzez monitorowanie i analizę ankiet (papierowe, elektroniczne).
5. Planowanie szkoleń pracowników w zakresie zarządzania jakością i standardów akredytacyjnych – szkolenia w zakresie wdrażanych procedur/instrukcji.
6. Koordynacja opracowywania wniosków w ramach ogłoszonych konkursów i rankingów obejmujących zakres doskonalenia jakości.
7. Współpraca z jednostkami zewnętrznymi w zakresie spraw związanych z procesem certyfikacji

##### Zadania z zakresu obsługi organów kontroli zewnętrznej:

Konieczność obsługi organów kontroli zewnętrznej wynika z dużej liczby tego typu postępowań prowadzonych przez SPSK Nr 1 w ciągu roku i wynikającą z tego faktu koniecznością podjęcia szeregu czynności w celu zapewnienia prawidłowego ich przebiegu. W SPSK Nr 1 kontrole przeprowadzają: NIK, MZ, PUM, ZOW NFZ, PIP, Państwowy Powiatowy oraz Wojewódzki Inspektorat Sanitarny, Państwowa Agencja Atomistyki, RCKiK, Krajowe Centrum Bankowania Tkanek i Komórek, Centralny Ośrodek Kształcenia, konsultanci wojewódzcy w poszczególnych dziedzinach zdrowia, Sąd Okręgowy, WIF, ZUS i in.

<sup>154</sup> Zarządzenie 13/2021, dodano Dział ds. Systemu Zarządzania Jakością, Akredytacji, Kontroli oraz Promocji Szpitala z opisem

Zdania wynikające z obsługi kontroli zewnętrznych:

1. Współpraca z komórkami organizacyjnymi Szpitala w zakresie obsługi organów kontroli zewnętrznej,
2. Nadzór nad przygotowywaniem dokumentacji przekazywanej organom kontroli zewnętrznej,
3. Zgłaszanie zastrzeżeń do ustaleń i zaleceń zawartych w wystąpieniach pokontrolnych.
4. Monitorowanie terminowego wykonania zaleceń pokontrolnych wydanych przez organy kontroli zewnętrznej,
5. Weryfikacja wykonania zaleceń pokontrolnych,
6. Nadzór nad dokumentacją z przeprowadzonych kontroli instytucji zewnętrznych,
7. Prowadzenie kompleksowego Rejestru kontroli instytucji zewnętrznych dla wszystkich jednostek Szpitala,
8. Sporządzanie okresowych sprawozdań dla Dyrektora Szpitala z przeprowadzonych kontroli zewnętrznych podjętych działań oraz stanu realizacji zaleceń pokontrolnych.

W celu należytej realizacji obsługi kontroli zewnętrznych w SPSK 1 PUM realizujący je pracownik działu ma prawo do:

- wglądu we wszystkie dokumenty, a także przeprowadzanie wyjaśnień ze wszystkimi pracownikami Szpitala, dotyczących spraw będących przedmiotem kontroli,
- żądania od jednostek organizacyjnych należytego współdziałania przy przeprowadzanych kontrolach, a w szczególności udostępniania wymaganych materiałów i dokumentów oraz udzielania informacji i wyjaśnień związanych z tymi kontrolami,
- wnioskowania o powołanie niezbędnych specjalistów do wykonania określonych czynności, w przypadku gdy taka potrzeba wyniknie w trakcie przeprowadzanej kontroli,
- przyjmowania dokumentów na okoliczność stwierdzonych nieprawidłowości,
- zgłaszania doraźnych uwag i zaleceń pod adresem kierowników komórek organizacyjnych dotyczących usunięcia stwierdzonych w trakcie kontroli nieprawidłowości w działalności podległych im komórek i stanowisk, szczególnie w przypadkach grożących powstaniem strat.

#### Zadania z zakresu promocji:

Kompleksowa działalność na rzecz budowania pozytywnego wizerunku SPSK Nr 1 poprzez:

1. Prowadzenie działań marketingowych, informacyjnych i promocyjnych dotyczących udzielanych świadczeń zdrowotnych,
2. Przygotowywanie projektów w zakresie promocji placówki,
3. Wnioskowanie o uwzględnienie działań promocyjnych w Planie finansowym Szpitala,
4. Prowadzenie sprawozdawczości z realizacji planowanych działań promocyjnych,
5. Współpraca z mediami regionalnymi i ogólnopolskimi, informowanie o planowanych wydarzeniach w Szpitalu, (pozyskiwanie i prowadzenie patronatów medialnych), aranżowanie wywiadów, tworzenie dobrej opinii o Szpitalu,
6. Opracowywanie programów i organizacja wizyt, opieka nad ekipami radiowo-telewizyjnymi w Szpitalu związanych z informowaniem i promocją działań,
7. Sporządzanie i gromadzenie dokumentacji zdjęciowej z wydarzeń o charakterze promocyjnym prowadzonym w Szpitalu,
8. Współpraca z usługodawcami w ramach promocji usług,
9. Kompleksowe przygotowywanie materiałów promocyjnych, tj. banerów, ulotek, broszur, itp. (opracowywanie koncepcji, redakcja, wybór i opracowywanie zdjęć, współpraca z drukarnią) – nadzór nad ich dystrybucją i udostępnianiem,
10. Opieka nad stroną www, serwisem intranetowym, stroną facebookową prowadzonymi przez Szpital w zakresie związanym z prowadzonymi zadaniami,

11. Tworzenie komunikacji wewnętrznej Szpitala poprzez przygotowywanie i redagowanie narzędzi komunikowania i informowania pracowników (strona internetowa, tablice informacyjne) – dbanie o pozytywny wizerunek Szpitala wśród pracowników,
12. Budowanie dobrych relacji i komunikacji z podmiotem tworzącym, władzami lokalnymi, innymi podmiotami, dostawcami, organizacjami pozarządowymi oraz darczyńcami,
13. Kontrola nad realizacją zobowiązań Szpitala w zakresie przedstawiania wizerunku darczyńców na stronie internetowej Szpitala lub zgodnie z ich wymaganiami.
14. Odpowiedzialność za opracowanie i wdrażanie działań budujących pozytywny wizerunek Szpitala oraz kulturę organizacyjną.

#### Zadania Rzecznika Prasowego:

1. Organizowanie kontaktów publicznych realizowanych z udziałem lub za pośrednictwem mediów,
2. Udzielanie odpowiedzi na publikacje, dotyczące działalności Szpitala,
3. Udzielanie odpowiedzi na krytykę i interwencję prasową oraz przekazywanie komunikatów do opublikowania,
4. Kreowanie pozytywnego wizerunku Szpitala,
5. Bieżąca analiza informacji medialnych związanych ze Szpitalem,
6. Opracowywanie informacji prasowych oraz przygotowywanie materiałów do rankingów, konkursów,
7. Udział w przygotowywaniu materiałów informacyjnych dla potencjalnych pacjentów/klientów,
8. Promowanie nowych zabiegów i usług medycznych,
9. Udział w organizowaniu wydarzeń szpitalnych,
10. Współredagowanie strony www,
11. Współpraca przy przygotowywaniu oficjalnych wystąpień Dyrektora,
12. Pomoc redakcyjna w tworzeniu artykułów i wywiadów do czasopism,
13. Udział w działaniach Szpitala w sytuacji wystąpienia zdarzeń z dużą liczbą poszkodowanych, w charakterze kierownika Punktu Informacyjnego dla rodzin i udzielanie informacji mediom.
14. Współpraca ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Szpitala w trakcie realizacji zadań.

Kierownik Działu jest jednocześnie Pełnomocnikiem Dyrektora ds. Zarządzania Jakością oraz Rzecznikiem Prasowym.

Szczegółowo zakres zadań, uprawnień i obowiązków Kierownika Działu – Pełnomocnika Dyrektora ds. Zarządzania Jakością określa Zakres Zadań Obowiązków, Uprawnień i Odpowiedzialności Pracownika.

#### Pełnomocnik Dyrektora ds. Funduszy Zewnętrznych<sup>155</sup>:

1. Współpraca i realizacja zadań powierzonych przez Dyrektora w przedmiocie:
  - prowadzenia monitoringu w zakresie możliwości pozyskiwania środków zewnętrznych, w tym analizowanie programów europejskich i krajowych pod kątem możliwości wykorzystania ich w bieżącej i przyszłej działalności Szpitala;
  - koordynowania przygotowywania wskazanych wniosków aplikacyjnych oraz dokumentacji niezbędnej do uzyskania dofinansowania, kompletowania dokumentów i załączników;
  - współpracy w zakresie koordynowania zadań wynikających z obowiązków beneficjenta projektów unijnych, zgodnie z umowami, przepisami prawa oraz wytycznymi;
  - prowadzenia monitoringu projektów dofinansowanych ze środków zewnętrznych;
  - koordynacji działań związanych z przygotowywaniem i udostępnianiem informacji podmiotom uprawnionym do wykonywania czynności kontrolnych i ewaluacyjnych;

<sup>155</sup> Dodano, jednostka wraz opisem – Zarządzenie Nr 17/2021

- współpracy w zakresie monitorowania wdrożenia zaleceń pokontrolnych lub rekomendacji z kontroli;
  - współudziału w opracowywaniu działań naprawczych w przypadku problemów na etapie wdrażania projektów;
  - weryfikacji działań pod kątem ich prawidłowości w zakresie wywiązywania się z umów o dofinansowanie oraz raportowanie o ewentualnych nieprawidłowościach;
  - gromadzenia i archiwizowania dokumentacji związanej ze wskazanymi wnioskami pomocowymi i realizacją wskazanych projektów współfinansowanych ze środków zewnętrznych;
2. Wykonywanie na polecenie Dyrektora analiz ekonomicznych w zakresie planów rozwoju Szpitala oraz dotyczących bieżącej i przyszłej polityki Szpitala,
  3. Współudział w opracowaniu i aktualizacji wieloletnich planów inwestycyjnych, strategicznych i rozwojowych Szpitala,
  4. Uczestniczenie w procesie przygotowywania planu rocznego w zakresie pozyskanych środków zewnętrznych

#### Zespół Radców Prawnych<sup>156</sup>:

- 1) udzielanie pisemnych i ustnych informacji, opinii, porad, wyjaśnień dotyczących stosowania obowiązujących przepisów prawa,
  - 2) sporządzanie i opiniowanie projektów umów, pism i wewnętrznych aktów normatywnych wywołujących skutki prawne,
  - 3) opiniowanie wniosków o umorzenie należności,
  - 4) prowadzenie spraw sądowych i egzekucyjnych oraz współpraca z organami egzekucyjnymi,
  - 5) opracowanie pism procesowych i zastępstwo w postępowaniach sądowych, arbitrażowych, administracyjnych i egzekucyjnych,
  - 6) sporządzanie wykazów dotyczących spraw sądowych i egzekucyjnych,
  - 7) reprezentowanie Szpitala przed sądami oraz organami administracji,
  - 8) koordynowanie prac podmiotów pełniących obsługę prawną.
- Radca prawny posiada uprawnienia do występowania do pracowników Szpitala o udostępnianie dokumentów i opinii niezbędnych do prawidłowego wykonywania swoich obowiązków

### **PION FINANSOWO – KSIĘGOWY** **(Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomiczno - Finansowych):<sup>157</sup>**

#### Zastępca Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych:

Zastępca Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych podlega Dyrektorowi.

Do głównych zadań Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych należy:

1. Udział w procesie Kształtowania i realizacji strategii finansowej Szpitala,
2. Udział w negocjacjach dotyczących zawierania umów z Narodowym Funduszem Zdrowia. Nadzór nad rozliczaniem świadczeń zdrowotnych w ramach umów NFZ,
3. Monitorowanie bieżącej współpracy z NFZ i innymi podmiotami w zakresie rozliczeń finansowych,
4. Przygotowywanie planów finansowych oraz inwestycyjnych w tym budżetowania wewnętrznego Szpitala oraz ich kontrola,
5. Przygotowanie planów naprawczych oraz ich aktualizacja,
6. Racjonalne gospodarowanie środkami finansowymi przeznaczonymi na zadania statutowe,
7. Dokonywanie analizy i ocena efektywności działalności finansowej,

<sup>156</sup> Zarządzenie Nr 22/2022, dodano: Zespół Radców Prawnych z opisem zadań

<sup>157</sup> Zarządzenie Nr 45/2021 – ustalono treść jednolitą dot. Pionu, tj. jednostek z opisem zadań.

8. Nadzór w zakresie ekonomiczno-finansowym dotyczącym realizacji:
  - umów na roboty budowlane,
  - umów na usługi i dostawy,
  - zadań i programów zdrowotnych realizowanych przez podmiot leczniczy,
  - wycen procedur medycznych i rozliczeń wewnętrznych oraz rozliczeń z kontrahentami zewnętrznymi podmiotu leczniczego,
  - należności i zobowiązań podmiotu leczniczego,
  - terminowego sporządzania i kontroli sprawozdań finansowych podmiotu leczniczego na podstawie danych wynikających z prowadzonych ksiąg rachunkowych oraz ewidencji podatkowych,
9. Zatwierdzanie dokumentów do zapłaty,
10. Akceptacja oraz podpisywanie umów, dokumentów finansowych oraz innych dokumentów rodzących skutki finansowe w ramach posiadanych uprawnień,
11. Nadzór nad pracą podległych działów,
12. udział w procesie pozyskiwania nowych kontrahentów oraz promocji Szpitala mającej na celu zwiększenie przychodów, kreowanie polityki rozwoju Szpitala,

#### Główny Księgowy:

Główny Księgowy podlega Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych.

Do głównych zadań Głównego Księgowego należy:

1. Prowadzenie rachunkowości Szpitala zgodnie z obowiązującymi przepisami i zasadami,
2. Opracowywanie projektów przepisów wewnętrznych m.in. polityki rachunkowości Szpitala, instrukcji kasowych, zasad przeprowadzania i rozliczania inwentaryzacji majątku obrotowego i trwałego Szpitala,
3. Akceptacja dokumentów finansowych oraz zatwierdzanie dokumentów do zapłaty,
4. Organizacja, koordynacja w zakresie określonym przepisami ustawy o rachunkowości, przepisami podatkowymi, przepisami dot. statystyki państwowej, itp. ogólnie obowiązujących przepisów prawa w zakresie jakim dotyczą funkcjonowania Szpitala, jak również w zakresie określonym przez przełożonych,
5. Analiza, rozliczanie, monitorowanie i kontrola wszystkich sald pod kątem ich poprawności merytorycznej, formalnej i bilansowej umożliwiającej prawidłowe i terminowe sporządzanie okresowych bilansów, rachunków wyników i strat,
6. Sporządzanie rocznego sprawozdania finansowego wg wymogów ustawy o rachunkowości,
7. Sporządzanie rocznych, półrocznych i kwartalnych sprawozdań wg wymogów instytucji zewnętrznych,
8. Rozliczanie podatków i sporządzanie deklaracji podatkowych,
9. Realizacja terminowych płatności dokonywanych przez Szpital,
10. Inicjowanie, uzgadnianie, wprowadzenie i nadzorowanie wszystkich zmian, uzupełnień, modyfikacji związanych z funkcjonowaniem komputerowego systemu finansowo-księgowego i innych podobnych,

#### Dział Finansowo-Księgowy:

1. Przyjmowanie i weryfikowanie prawidłowości dokumentów finansowo-księgowych opracowanych przez jednostki Szpitala,
2. Bieżąca ewidencja dowodów księgowych wszystkich operacji gospodarczych Szpitala,
3. Prowadzenie ewidencji kosztów według miejsc ich powstawania oraz ich rozliczanie zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami,
4. Wprowadzanie kluczy podziałowych do Modułu Koszty, sprawdzenie i rozliczanie kosztów w ramach tego Modułu,
5. Monitoring spływu należności. Podejmowanie działań zmierzających do dokonywania wpłat należności poprzez:

- wzywanie kontrahentów do zapłaty,
  - bieżąca współpraca z jednostkami merytorycznymi (medycznymi i niemedycznymi) w celu koordynacji i windykacji należności,
  - dokonywanie kompensaty wzajemnych należności i zobowiązań,
  - analiza opłacalności windykacji (pod kątem kosztów sporządzenia wezwania i kosztów przesyłki),
  - występowanie z pismem do Działu Organizacyjno – Prawnego o wydanie opinii w zakresie wszczęcia postępowania ugodowego, sądowego,
  - kompletowanie materiałów przy współpracy Radcy Prawnego, spraw dotyczących postępowania ugodowego, sądowego, o przesunięcie terminu płatności lub rozłożenia na raty,
  - wnioskowanie ściągania należności na drodze sądowej, bądź odstąpienia od skierowania sprawy na drogę postępowania sądowego,
  - występowanie z wnioskiem do Dyrektora o umorzenie należności,
  - inicjowanie i prowadzenie działań dla poprawy efektywności windykacji należności,
6. Naliczanie odsetek z tytułu nieterminowego regulowania zobowiązań,
  7. Potwierdzanie sald dotyczących zobowiązań i należności,
  8. Weryfikacja i uzgadnianie dekretacji list płac z dokumentami płacowymi. Comiesięczne kontrola naliczonych składek, naliczonego podatku oraz składników wynagrodzenia z Działem Kadrowo - Płacowym,
  9. Prowadzenie kasy gotówkowej,
  10. Codzienna kontrola raportów kasowych pod względem prawidłowości dokonanej dekretacji,
  11. Prowadzenie rachunkowości Szpitala zgodnie z obowiązującymi przepisami i zasadami,
  12. Naliczanie i odprowadzanie Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych,
  13. Prowadzenie ewidencji materiałowej, środków trwałych,
  14. Rozliczanie inwentaryzacji,
  15. Prowadzenie ewidencji Kasy Zapomogowo-Pożyczkowej i Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych,
  16. Rozliczanie kosztów Centralnego Bloku Operacyjnego.
- W ramach Działu Finansowo – Księgowego jest Statystyka Bloku Operacyjnego.

#### Dział Rozliczeń:

1. Terminowe wystawianie dokumentów księgowych (faktury VAT, not obciążeniowo-uznaniowych, dokumentów korygujących) z tytułu realizacji usług medycznych i niemedycznych zgodnie z obowiązującymi przepisami,
2. Przekazywanie lekarzom realizującym świadczenia na podstawie umów cywilnoprawnych danych o udzielonych przez nich świadczeniach zdrowotnych i ujętych w dokumentach rozliczeniowych złożonych płatnikowi,
3. Opracowywanie ofert na wykonywanie usług medycznych, z wyłączeniem postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielania świadczeń opieki zdrowotnej z NFZ, przy współudziale jednostek organizacyjnych Szpitala,
4. Bieżący nadzór nad realizacją sprzedaży usług medycznych,
5. Realizacja czynności związanych z bieżącym rozliczeniem świadczeń opieki zdrowotnej w ramach umów zawartych z NFZ z wykorzystaniem dostępnych Szpitalowi systemów informatycznych, w tym:
  - a) monitorowanie i kontrola prawidłowości wygenerowanych szablonów rachunków/ korekt rachunków,
  - b) składanie kompletnych dokumentów rozliczeniowych w części dotyczącej rachunków,
  - c) składanie wniosków dotyczących rozliczenia świadczeń w formie elektronicznej,



6. Weryfikacja rozliczeń w zakresie błędów walidacji wewnętrznej oraz osób ubezpieczonych w innym państwie UE lub EFTA dotyczących udzielonych świadczeń zdrowotnych,
7. Obciążanie kosztami udzielonych usług medycznych osób nieposiadających uprawnień z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego oraz prowadzenie rozliczeń w tym zakresie w części finansowanej z budżetu państwa (np. więźniowie),
8. Sporządzanie dowodów księgowych oraz sprawozdań we współpracy z komórkami merytorycznymi w zakresie rozliczania dofinansowania programów zdrowotnych realizowanych na podstawie odrębnych umów niż na świadczenia opieki zdrowotnej,
9. Prowadzenie rejestru sprzedaży VAT,
10. Uzgadnianie z Działem Finansowo-Księgowym deklaracji podatkowej dotyczącej podatku VAT,
11. Wprowadzanie faktur do rejestru sprzedaży i ewidencji księgowej wg schematów dekretu ustalonych z Głównym Księgowym,
12. Miesięczne uzgadnianie wartości sprzedaży z ewidencją księgową,
13. Bieżący monitoring spływu należności z NFZ,
14. Zbieranie i rozpowszechnianie informacji (cennik) o świadczonych przez Szpital usługach medycznych.
15. Zawieranie umów o współpracy na usługi objęte cennikiem oraz wystawianie dokumentów księgowych obciążeniowych,
16. Przygotowywanie wniosków o zawarcie umów na świadczone przez SPSK Nr 1 usługi medyczne,
17. Sporządzanie miesięcznej, półrocznej i rocznej sprawozdawczości na potrzeby wewnętrzne i zewnętrzne,
18. Współpraca z:
  - zewnętrznymi podmiotami w zakresie spraw dotyczących sprzedaży,
  - wewnętrznymi jednostkami organizacyjnymi w sprawie planowania, sprzedaży i sprawozdawania wykonanych usług,

#### Dział Analiz Ekonomicznych

1. Opracowywanie założeń polityki ekonomiczno-finansowej Szpitala, wsparcie procesu decyzyjnego kierownictwa Szpitala,
2. Przygotowywanie projektu planu finansowego i inwestycyjnego Szpitala,
3. Analiza wykonania planu finansowego i inwestycyjnego Szpitala,
4. Procedowanie, dokonywanie zmian w planie finansowym i inwestycyjnym Szpitala,
5. Sporządzanie okresowych sprawozdań z wykonania planu finansowego i inwestycyjnego,
6. Wdrażanie Standardu Rachunku Kosztów we współpracy z jednostkami organizacyjnymi Szpitala:
  - a) Wyodrębnienie ośrodków powstawania kosztów pod kątem dostosowania do struktury organizacyjnej oraz zasad wyodrębniania OPK,
  - b) Określenie metody wyceny procedur,
  - c) Ujednoczenie stosowanych kluczy podziałowych,
7. Analiza i ocena realizacji zadań planowych i rentowności poszczególnych OPK/komórek wraz z analizą przyczynowo skutkową powstałych odchyleń,
8. Analiza kosztów świadczeń medycznych w ramach Standardu Rachunku Kosztów,
9. Monitorowanie realizacji kontraktu zawartego z NFZ,
10. Przygotowanie danych do negocjacji z NFZ w sytuacjach zmian ilościowych (przesunięć) pomiędzy zakresami w ramach tej samej umowy,
11. Opracowywanie wewnętrznych dokumentów statystycznych,
12. Nadzór nad prawidłowym sporządzaniem i terminowym przekazywaniem odpowiednim instytucjom sprawozdań statystycznych,

13. Sporządzanie analiz, zestawień i prezentacji na potrzeby Dyrekcji,
14. Współpraca z poszczególnymi komórkami organizacyjnymi w zakresie niezbędnym do planowania, analizy danych i sprawozdawczości,
15. Monitorowanie obszarów ryzyka w części związanej z zadaniami Działu Analiz Ekonomicznych.

W ramach Działu Analiz Ekonomicznych działa Sekcja Statystyki.

#### Dział Świadczeń Medycznych

1. Przygotowanie ofert zgodnie z ogłaszanymi postępowaniami w trybie konkursu ofert lub rokowań, których celem jest zawarcie umów z Narodowym Funduszem Zdrowia,
2. Nadzór nad zapewnieniem przez komórki organizacyjne spełniania wymogów formalnych i organizacyjnych określonych przepisami prawa i warunkami realizacji świadczeń opieki zdrowotnej,
3. Gromadzenie informacji medycznej, pozwalającej na zgodne z przepisami oraz zasadami sztuki medycznej uzyskiwanie płatności za udzielone świadczenia opieki zdrowotnej (kodowanie świadczeń),
4. Bieżące monitorowanie ewidencji udzielanych świadczeń zdrowotnych pod kątem poprawności i kompletności danych koniecznych do terminowego ich rozliczania z Narodowym Funduszem Zdrowia,
5. Poprawa błędnie sprawozdanych świadczeń we współpracy z jednostkami medycznymi,
6. Stały monitoring jakości i poziomu wykonania umów w poszczególnych jednostkach i komórkach organizacyjnych,
7. Współdziałanie w procesie negocjowania, re negocjowania, zawierania i realizacji umów,
8. Prowadzenie spraw związanych z umowami dotyczącymi udzielania świadczeń opieki zdrowotnej zawieranych z Narodowym Funduszem Zdrowia,
9. Współdziałanie w tworzeniu, wdrażaniu i nadzorze nad realizacją standardów jakościowych i rozwiązań organizacyjnych mających zastosowanie w realizacji świadczeń medycznych,
10. Przygotowywanie i prowadzenie przedmiotowych analiz dotyczących realizacji świadczeń zdrowotnych, we współpracy z Działem Rozliczeń i Działem Analiz Ekonomicznych,
11. Terminowe sporządzanie: zestawień statystycznych, sprawozdań i wykazów zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa,
12. Przeprowadzanie szkoleń w zakresie wdrażania nowych zasad rozliczeniowych oraz systemowych w temacie sprawozdawania danych do Narodowego Funduszu Zdrowia,
13. Koordynacja opieki nad pacjentem z kartą DIŁO od etapu rejestracji do AOS lub SZP, ustalenie terminów badań, terminów wizyt i przestrzeganie czasu określonego przepisami prawa,
14. Organizacja i pełne dokumentowanie przebiegu spotkań wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego – konsylium,
15. Dbłość o kompletność i prawidłowy obieg dokumentacji związanej z Kartą DIŁO,
16. Zapewnienie przepływu informacji na wszystkich etapach leczenia onkologicznego,
17. Udzielanie pacjentowi wszystkich niezbędnych informacji związanych z leczeniem onkologicznym,
18. Współpraca z organem rejestrowym w Szczecinie w zakresie prowadzenia Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą,

W strukturę Działu Świadczeń Zdrowotnych wchodzi:

- 1) Sekcja Kontraktowania i Sprzedaży Świadczeń Opieki Zdrowotnej,
- 2) Sekcja Koderów Medycznych,
- 3) Sekcja Koordynatorów Karty Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego.

#### Dział Zaopatrzenia

1. Przyjmowanie i rejestracja zapotrzebowań zgłaszanych przez jednostki organizacyjne Szpitala na dostawy towarów (drobny sprzęt medyczny jednorazowego i wielorazowego użytku, implanty chirurgiczne, odczynniki i testy diagnostyczne, materiały pomocnicze laboratoryjne, artykuły z włókniny oraz obłożenia zabiegowe, materiały do sterylizacji, produkty do dezynfekcji, artykuły biurowe, środki higieniczne oraz czystości, narzędzia chirurgiczne, wyposażenie medyczne i drobny sprzęt gospodarczy i AGD) zgodnie z instrukcją kancelaryjną obowiązującą w Szpitalu,
2. Dokonywanie zakupów towarów na podstawie zaakceptowanych wniosków jednostki organizacyjnej przez Dyрекcję Szpitala zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa zamówień publicznych i procedurami ustalonymi w Szpitalu,
3. Racjonalne i oszczędne wydatkowanie środków publicznych oraz minimalizacja kosztów zakupowych,
4. Opracowywanie planów przetargowych w zakresie prowadzonych zadań Działu,
5. Dokonywanie analizy rynku dostawców w przedmiocie każdego zapotrzebowania,
6. Wyposażanie w sprzęt administracyjny i gospodarczy komórek organizacyjnych Szpitala,
7. Korespondencja i współpraca z wykonawcami i dostawcami w zakresie pozyskiwania ofert i realizacji zamówień,
8. Przygotowanie wniosku wraz z załącznikiem ilościowo-wartościowym do Działu Zamówień Publicznych o uruchomienie postępowania o udzielenie zamówienia na sukcesywne dostawy towarów,
9. Uczestnictwo w przygotowywaniu i rozstrzyganiu postępowań przetargowych prowadzonych przez Dział,
10. Prowadzenie oraz przechowywanie niezbędnej dokumentacji związanej z prowadzonymi przetargami,
11. Uczestnictwo w odbiorze drobnego wyposażenia medycznego,
12. Kontrola i nadzór nad terminowością dostaw i ich zgodności z zamówieniem lub z zawartą umową,
13. Prowadzenie reklamacji w przypadku otrzymania towarów niezgodnych ilościowo i jakościowo ze złożonym zamówieniem, naliczanie kar umownych,
14. Weryfikacja faktur (pod względem merytorycznym i formalno-rachunkowym), dotycząca bieżących zakupów pod kątem zgodności ze złożonym zamówieniem lub umową,
15. Rejestracja umów przetargowych w systemie AMMS, prowadzonych przez Dział,
16. Kontrola stanu realizacji zawartych umów na dostawy,
17. Nadzór, kontrola oraz podejmowanie odpowiednich działań dla zapewnienia prawidłowej gospodarki magazynowej,
18. Analiza i zabezpieczenie odpowiednich stanów magazynowych, w celu utrzymania prawidłowej działalności statutowej Szpitala – zachowanie ciągłości dostaw,
19. Dbanie o racjonalne wydawanie asortymentu jednostkom organizacyjnym Szpitala z podległych magazynów,
20. Kontrola przydatności i ważności poszczególnych asortymentów do użycia,
21. Nadzór nad właściwym składowaniem zakupionych i magazynowanych materiałów oraz prawidłowym wykorzystaniem powierzchni magazynowych.

#### **PION TECHNICZNY**

#### **(Zastępcy Dyrektora ds. Eksploatacyjno – Technicznych):**

##### Zastępca Dyrektora ds. Eksploatacyjno – Technicznych:

1. Do obowiązków Zastępcy Dyrektora ds. Eksploatacyjno-Technicznych należy działalność w zakresie obsługi technicznej, tj. administrowania majątkiem, w tym nieruchomościami, inwentaryzacji mienia, nadzoru technicznego, wykonywania remontów budynków i

budowli, remontów i konserwacji aparatury medycznej i innych urządzeń technicznych, obsługi technicznej prac wynikających z działalności statutowej Szpitala, a w szczególności:

- 1) planowanie, organizowanie, kierowanie i nadzór nad działalnością podległych jednostek organizacyjnych Szpitala w zakresie:
    - a) koordynowania prac związanych z zarządzaniem nieruchomościami, remontami, konserwacjami, modernizacją, budową i rozbudową infrastruktury technicznej i budowlanej Szpitala,
    - b) nadzoru nad realizacją procesów inwestycyjnych łącznie z uzgodnieniem dokumentacji projektowej i pozyskaniem stosownych decyzji administracyjnych,
    - c) opracowywania rocznych planów remontów i inwestycji,
    - d) zapewnienia prawidłowej eksploatacji nieruchomości, obiektów energetycznych (np. kotłownia i spalarnia), instalacji energii elektrycznej, teleinformatycznej, gazowej, wodociągowej, ogrzewania, urządzeń alarmowych, sygnalizacyjnych oraz sprzętu i aparatury medycznej,
    - e) zapewnienia bezpieczeństwa pożarowego,
    - f) współpracy z innymi komórkami organizacyjnym Szpitala w przedmiocie realizowanych zadań.
  - 2) monitoring umów i zleceń realizowanych przy udziale podległych jednostek organizacyjnych Szpitala, kontrola merytoryczna faktur z tytułu realizowanych umów i bieżących wydatków, analiza kosztów i zgodności wydatków z budżetem,
  - 3) udział w opracowaniu dokumentacji dotyczącej zamówień publicznych powiązanych z zadaniami podległych jednostek organizacyjnych,
  - 4) wykonywanie innych czynności wchodzących w zakres obowiązków wynikających z obowiązujących przepisów bądź zleconych przez Dyrektora.
2. Sprawna realizacja obowiązków, o których mowa w pkt. 1, oraz zapewnienie sprawnego funkcjonowanie podległych jednostek organizacyjnych, w szczególności w zakresie:
- 1) poprawnego i zgodne z przepisami prawa przeprowadzanie zamówień publicznych powiązanych z zadaniami podległych jednostek organizacyjnych,
  - 2) czuwania nad należytym stosowaniem obowiązujących przepisów przez podległych pracowników,
  - 3) wykonywania ustalonych w odrębnych przepisach zadań dotyczących obronności i ochrony – w zakresie merytorycznej działalności podległych jednostek organizacyjnych.
3. poprawne i terminowe oraz zgodne z obowiązującymi przepisami prawa wykonanie obowiązków.

#### Dział Głównego Energetyka<sup>158</sup>:

1. Organizacja systemu zabezpieczenia ciągłości zasilania elektrycznego obiektów Szpitala poprzez:
  - a) prowadzenie konserwacji i eksploatacyjnej obsługi technicznej urządzeń zasilających i elektroenergetycznych,
  - b) prowadzenie dokumentacji technicznej podległych urządzeń, instalacji i obiektów<sup>159</sup>,
  - c) właściwą organizację powiadamiania o awariach,
  - d) sprawowanie kontroli i nadzoru nad rezerwowymi źródłami zasilania (agregaty prądotwórcze, UPS-y, baterie akumulatorów).
2. Kontrola stanu technicznego instalacji, urządzeń i obiektów energetycznych jak również zapewnienie ich funkcjonowania na wymaganym poziomie poprzez:

<sup>158</sup> Zarządzenie 25/2019, zmiana nazwy (wcześniej: Dział Głównego Energetyka i Aparatury Medyczne) i zakresu zadań

<sup>159</sup> Zarządzenie 45/2021, ustalono treść pkt 2 lit b

- a) koordynowanie pod względem energetycznym prac związanych z remontami, modernizacją, budową i rozbudową infrastruktury technicznej i budowlanej Szpitala,
  - b) prowadzenie paszportyzacji i dokumentacji technicznej podległych urządzeń instalacji i obiektów,
  - c) organizacja i nadzór nad poprawnym pod względem jakościowym, ilościowym i terminowym zabezpieczeniem dostaw gazu grzewczego, energii elektrycznej, energii cieplnej, paliw płynnych, gazów medycznych i technicznych,
  - d) planowanie oraz realizacja działań związanych z utrzymaniem na wymaganym poziomie parametrów technicznych eksploatowanych urządzeń i instalacji w tym remontów podległej infrastruktury technicznej,
  - e) organizacja i nadzór nad planowymi i bieżącymi pracami konserwacyjnymi podległych instalacji, urządzeń i obiektów,
  - f) monitoring umów realizowanych przy udziale Działu Głównego Energetyka, a w szczególności w zakresie dostaw energii elektrycznej, gazu grzewczego, gazów medycznych oraz eksploatacji, konserwacji i remontów infrastruktury energetycznej,
  - g) kontrola merytoryczna faktur z tytułu realizowanych umów i bieżących wydatków, ewidencjonowanie ich oraz podział kosztów na jednostki organizacyjne Szpitala,
  - h) wykonywanie miesięcznych rozliczeń zużytej energii elektrycznej i cieplnej przez PUM i podmioty zewnętrzne działające na terenie Szpitala.
3. Kompleksowe prowadzenie spraw związanych z emisją spalin i gazów w Spalarni Szpitala oraz nadzór nad wykonywaniem zleconych pomiarów<sup>160</sup>.
  4. Nadzór nad wykonawstwem robót elektrycznych.
  5. Współpraca z Urzędem Dozoru Technicznego w zakresie ewidencji, rejestru i dozoru urządzeń dźwigowych oraz wszystkich zbiorników ciśnieniowych i urządzeń, prowadzenie ksiąg i dokumentacji dozorowej.
  6. Nadzór nad eksploatacją, konserwacją i naprawami drzwi przesuwanych automatycznie oraz drzwi z zamkami elektromagnetycznymi.
  7. Organizacja i nadzór nad bieżącymi pracami konserwacyjnymi i naprawczymi sprzętu RTV i AGD.
  8. Uczestnictwo w przygotowywaniu i rozstrzyganiu zamówień publicznych powiązanych z zadaniami Działu Głównego Energetyka.
  9. Opracowywanie rocznych planów dostaw, remontów i inwestycji.
  10. Opracowywanie planów przeglądów, konserwacji, remontów, modernizacji instalacji i urządzeń elektroenergetycznych i zasilających, urządzeń i obiektów energetycznych.
  11. Uzgadnianie terminów i warunków wykonania przyłączy i prac na instalacjach energetycznych, parowych i gazów medycznych dla potrzeb Szpitala <sup>161</sup>,
  12. Uczestnictwo w realizacji procesów inwestycyjnych łącznie z uzgodnieniem dokumentacji projektowej i pozyskaniem stosownych decyzji administracyjnych.
  13. Kontrola zgodności wykonanych robót instalacyjnych i montażowych z projektami technicznymi, umowami i harmonogramami robót.
  14. Kontrola zgodności wykonanych robót instalacyjnych i montażowych z przepisami prawa, technicznymi warunkami wykonania i odbioru robót oraz pod względem ekonomicznym i materiałowym.
  15. Analiza zużycia energii elektrycznej, cieplnej i gazu, poszukiwanie źródeł oszczędności.
  16. Sporządzanie sprawozdań z nośników paliwowo energetycznych.
  17. Uczestnictwo w odbiorach częściowych, odbiorach końcowych robót oraz w przekazaniu obiektu do użytkowania.
  18. Korespondencja i współpraca z wykonawcami i dostawcami w zakresie pozyskiwania ofert i realizacji zamówień.
  19. Kontrola jakości nadzorowanych usług i dostaw.

<sup>160</sup> Zarządzenie 45/2021, ustalono treść pkt 3

<sup>161</sup> Zarządzenie 45/2021, ustalono treść pkt 3

20. Wykonywanie sprawozdań z działalności Działu Głównego Energetyka.
21. Współpraca z innymi komórkami organizacyjnym Szpitala w przedmiocie realizowanych zadań.
22. Odpowiedzialność za całokształt zadań oraz sprawne funkcjonowanie urządzeń, obiektów i instalacji energetycznych przed bezpośrednim przełożonym, a w szczególności za:
  - a) gospodarkę paliwowo-energetyczną szpitala,
  - b) czuwanie nad należytym stosowaniem obowiązujących przepisów eksploatacyjnych i dozorowych,
  - c) inicjowanie i opracowywanie wniosków zmierzających do usprawnień pracy nadzorowanych obiektów, instalacji i urządzeń,
  - d) terminowe i należyte wykonywanie obowiązków,
  - e) przestrzeganie dyscypliny pracy,
23. wykonywanie, ustalonych w odrębnych przepisach, zadań dotyczących obronności i ochrony – w zakresie merytorycznej działalności Działu Głównego Energetyka.

#### Dział Techniczny:

- 1) organizacja i nadzór nad planowanymi i bieżącymi pracami remontowymi i konserwacyjnymi instalacji i urządzeniami co, cwu, wodno-kanalizacyjnych, wentylacji, robotami ślusarskimi<sup>162</sup>,
- 2) planowanie oraz realizacja działań związanych z utrzymaniem na wymaganym poziomie parametrów technicznych eksploatowanych urządzeń i instalacji, w tym remontów infrastruktury SPSK Nr 1,
- 3) opracowywanie rocznych planów remontów i inwestycji,
- 4) uczestnictwo w realizacji procesów inwestycyjnych, łącznie z uzgodnieniami dokumentacji projektowej,
- 5) kontrola zgodności wykonania robót z dokumentacją projektową, umową i harmonogramem robót,
- 6) kontrola zgodności wykonania robót z przepisami prawa budowlanego, technicznymi warunkami wykonania i odbioru robót oraz pod względem ekonomicznym i materiałowym,
- 7) dokonywanie odbiorów częściowych, końcowych oraz w przekazaniu obiektu do użytkowania,
- 8) ocena stanu realizacji i jakości robót budowlanych i przeglądów gwarancyjnych,
- 9) prowadzenie ksiąg obiektów budowlanych,
- 10) *prowadzenie dokumentacji technicznej obiektów i podległych instalacji*<sup>163</sup>,
- 11) monitoring umów realizowanych w ramach zadań Działu,
- 12) kontrola merytoryczna faktur za realizowane umowy oraz bieżących wydatków, ewidencjonowanie oraz podział kosztów,
- 13) współpraca z innymi jednostkami w zakresie realizowanych zadań,
- 14) sporządzanie sprawozdań z realizowanej działalności,
- 15) pozyskiwanie ofert od wykonawców i dostawców oraz bieżąca obsługa umów w tym zakresie zawartych i nadzór nad ich wykonaniem,
- 16) kontrola jakości nadzorowanych usług i dostaw,
- 17) prowadzenie rejestru faktur dotyczących działalności Działu, ich opisywanie i współpraca w tym zakresie z Działem Finansowym,
- 18) prowadzenie rejestru kosztów nadzorowanych remontów i konserwacji,
- 19) uczestnictwo w postępowaniach o udzielenie zamówienia publicznego na usługi lub roboty realizowane przez Dział,

---

<sup>162</sup> Zarządzenie 45/2021, ustalono treść pkt 1

<sup>163</sup> Zarządzenie 45/2021, ustalono treść pkt 10

- 20) prowadzenie rejestru i sprawdzanie ważności i terminowości zleceń i nakazów inspekcji sanitarnych i inspekcji pracy,
- 21) prowadzenie dokumentacji nadzorowanych robót (dzienniki budowy, książki obmiarów, protokoły),
- 22) uczestnictwo przy kasacji, sporządzanie orzeczeń technicznych,
- 23) prowadzenie ewidencji, sprawozdawczości oraz naliczanie opłat w zakresie gospodarczego korzystania ze środowiska,
- 24) przestrzeganie ustalonych procedur jakościowych ISO,
- 25) *wykreślony*<sup>164</sup>,
- 26) zapewnienie warunków niezbędnych do prawidłowego funkcjonowania Szpitala,
- 27) zapewnienie sprawności technicznej instalacji do dostawy mediów dla instalacji : wody, centralnego ogrzewania i kanalizacji<sup>165</sup>,
- 28) organizowanie okresowych przeglądów budynków, urządzeń, instalacji i aparatury w celu oceny ich stanu technicznego,
- 29) opracowywanie planów remontów bieżących i kapitalnych obiektów SPSK Nr 1,
- 30) prowadzenie obowiązującej dokumentacji.
- 31) współpraca z podmiotami trzecimi i nadzoruje prawidłowość wykonywania usług zleconych w zakresie: instalacji wentylacji mechanicznej i instalacji sanitarnych,
- 32) Uzgadnianie terminów i warunków wykonania przyłączy i prac na instalacjach wodociągowych, kanalizacyjnych i centralnego ogrzewania dla potrzeb Szpitala<sup>166</sup>,
- 33) *przygotowywanie i przekazywanie pomieszczeń z numeracją inwentarzową w zakresie oznakowania i kluczy zgodnie z oznaczeniami projektowymi*<sup>167</sup>.

#### Dział Aparatury Medycznej:<sup>168 169</sup>

1. Kontrola stanu technicznego sprzętu i aparatury medycznej jak również zapewnienie ich funkcjonowanie na wymaganym poziomie poprzez:
  - a) koordynowanie prac związanych z naprawami, modernizacją, rozbudową itp., sprzętu i aparatury medycznej na wniosek użytkownika,
  - b) prowadzenie paszportyzacji (w formie paszportu elektronicznego) i dokumentacji technicznej sprzętu i aparatury medycznej,
  - c) kontrola merytoryczna faktur z tytułu realizowanych umów i bieżących wydatków, ewidencjonowanie ich oraz podział kosztów na jednostki organizacyjne Szpitala,
  - d) organizacja i nadzór nad planowanym, uprzednio ustalonym z Działem Aparatury Medycznej, poprawnym pod względem jakościowym, ilościowym i terminowym zabezpieczeniem dostaw sprzętu i aparatury medycznej,
  - e) planowanie oraz realizacja działań związanych z utrzymaniem na wymaganym poziomie parametrów technicznych eksploatowanego sprzętu i aparatury medycznej, w tym napraw, przeglądów, itp.,
  - f) organizacja i nadzór nad planowymi i bieżącymi pracami konserwacyjnymi sprzętu i aparatury medycznej,
  - g) monitoring umów realizowanych przy udziale Działu Aparatury Medycznej, a w szczególności w zakresie dostaw, konserwacji i napraw sprzętu i aparatury medycznej,

---

<sup>164</sup> Zarządzenie 45/2021, wykreślono pkt 25

<sup>165</sup> Zarządzenie 45/2021, ustalono treść pkt 27

<sup>166</sup> Zarządzenie 45/2021, dodano pkt. 32

<sup>167</sup> Zarządzenie 45/2021, dodano pkt. 33

<sup>168</sup> Dodane, Zarządzenie 25/2019

<sup>169</sup> Zarządzenie 45/2021 – ustalono zakres zadań

- h) kontrola merytoryczna faktur z tytułu realizowanych umów i bieżących wydatków, ewidencjonowanie ich oraz podział kosztów,
2. Nadzór i organizacja nad planowanymi i bieżącymi pracami konserwatorskimi i naprawy aparatury i sprzętu medycznego,
  3. Opracowywanie rocznych planów dostaw, remontów i inwestycji związanych z aparaturą medyczną,
  4. Zawieranie i monitoring umów użyczenia Szpitalowi sprzętu i aparatury medycznej dla celów testowych, w tym udział w ich odbiorze i zdaniu,
  5. Uczestnictwo w przygotowywaniu i rozstrzyganiu zamówień publicznych powiązanych z zadaniami Działu Aparatury Medycznej,
  6. Opracowywanie planów przeglądów, konserwacji, napraw, modernizacji sprzętu i aparatury medycznej,
  7. Kontrola zgodności wykonanych robót instalacyjnych i montażowych sprzętu i aparatury medycznej z projektami, umowami i harmonogramami,
  8. Korespondencja i współpraca z wykonawcami i dostawcami w zakresie pozyskiwania ofert i realizacji zamówień,
  9. Kontrola jakości nadzorowanych usług i dostaw,
  10. Sporządzanie orzeczeń technicznych w merytorycznym zakresie Działu oraz uczestnictwo w komisjach kasacyjnych,
  11. Sporządzanie sprawozdań z działalności Działu Aparatury Medycznej,
  12. Współpraca z innymi komórkami organizacyjnym Szpitala w przedmiocie realizowanych zadań, a w szczególności w zakresie kompatybilności urządzeń ze szpitalnymi systemami informatycznymi,
  13. Odpowiedzialność za całość zadań oraz sprawne funkcjonowanie sprzętu i aparatury medycznej przed bezpośrednim przełożonym, a w szczególności za:
    - 1) czuwanie nad należytym stosowaniem obowiązujących przepisów eksploatacyjnych i dozorowych,
    - 2) inicjowanie i opracowywanie wniosków zmierzających do usprawnienia pracy,
    - 3) terminowe i należyte wykonywanie obowiązków,
    - 4) legalizację wag medycznych, laboratoryjnych.

Dział Aparatury Medycznej współpracuje z Zastępcą Dyrektora ds. Lecznictwa.

Sekcja Inspektorów Nadzoru<sup>170</sup>:

1. Udział w planowaniu, koordynowaniu, przygotowaniu i nadzorze nad pracami w zakresie dokumentacji projektowej wraz z współpracą z innymi działami merytorycznymi,
2. Pełnienie funkcji Inspektorów Nadzoru Inwestorskiego oraz koordynacja działań nad realizowanymi przez Szpital pracami, w zakresie posiadanych uprawnień i wiedzy,
3. Współudział w wykonywaniu kontroli, przeglądów technicznych obiektów i instalacji Szpitala w zakresie zgodnym z obowiązującymi przepisami i posiadanymi uprawnieniami,
4. Współdziałanie z działami merytorycznymi w zakresie przygotowania postępowań o udzielenie zamówienia publicznego i realizacji zadań,
5. Udział w opracowywaniu i ocenie planów remontowych i inwestycyjnych Szpitala,
6. Współpraca z innymi komórkami organizacyjnymi Szpitala w zakresie realizowanych zadań.

**PION Administracyjno Gospodarczy**  
**(Zastępcy Dyrektora ds. Administracyjnych):**

Zastępca Dyrektora ds. Administracyjnych:

---

<sup>170</sup> Zarządzenie 45/2021, dodano „Sekcję Inspektorów Nadzoru” z opisem zadań



2. Do obowiązków Zastępcy Dyrektora ds. Administracyjnych należy działalność w zakresie organizacji procesu udzielania zamówień publicznych, informatyzacji, transportu, utrzymania czystości oraz archiwizacji dokumentów, a w szczególności:
  - 1) planowanie, organizowanie, kierowanie i nadzór nad działalnością podległych jednostek organizacyjnych Szpitala w zakresie:
    - a) utrzymania infrastruktury teleinformatycznej w odpowiednim stanie, w tym realizacja zamówień na sprzęt i usługi z tym związane,
    - b) organizacja i prowadzenie postępowań o udzielenie zamówienia publicznego,
    - c) utrzymania czystości Szpitala i gospodarki odpadami,
    - d) inwentaryzacji majątku,
    - e) zapewnienia fizycznego bezpieczeństwa obiektów i ludzi,
    - f) utylizacji odpadów medycznych i wywozy odpadów komunalnych,
    - g) prania bielizny szpitalnej,
    - h) współpracy z innymi komórkami organizacyjnym Szpitala w przedmiocie realizowanych zadań.
  - 2) monitoring umów i zleceń realizowanych przy udziale podległych jednostek organizacyjnych Szpitala, kontrola merytoryczna faktur z tytułu realizowanych umów i bieżących wydatków, analiza kosztów i zgodności wydatków z budżetem,
  - 3) organizacja i nadzór nad przygotowaniem i rozstrzygnięciem zamówień publicznych,
  - 4) wykonywanie innych czynności wchodzących w zakres obowiązków wynikających z obowiązujących przepisów bądź zleconych przez Dyrektora.
2. Sprawna realizacja obowiązków, o których mowa w pkt. 1, oraz zapewnienie sprawnego funkcjonowania podległych jednostek organizacyjnych, w szczególności w zakresie:
  - 1) poprawnego i zgodne z przepisami prawa przeprowadzanie zamówień publicznych powiązanych z zadaniami podległych jednostek organizacyjnych,
  - 2) czuwania nad należytym stosowaniem obowiązujących przepisów przez podległych pracowników,
3. poprawne i terminowe oraz zgodne z obowiązującymi przepisami prawa wykonanie obowiązków.

#### Dział Administracyjno – Gospodarczy<sup>171 172</sup>:

1. prowadzenie spraw związanych z utrzymaniem czystości wewnątrz Szpitala – przygotowanie postępowań na usługę utrzymania czystości, nadzór nad firmą świadcząca usługi porządkowe,
2. zapewnienie porządku i czystości na terenach zewnętrznych Szpitala, dbanie o tereny zielone Szpitala i wykonywanie prac pielęgnacyjnych w tym zakresie (uzupełnianie nasadzeń i pielęgnacja już istniejącej roślinności),
3. prowadzenie spraw związanych z ochroną obiektów Szpitala, w tym:
  - 1) kontrola i ewidencja ruchu osobowo-materiałowego oraz pojazdów na terenie obiektów zgodnie z wewnętrznymi regulacjami,
  - 2) sprawdzanie stanu zabezpieczenia obiektów SPSK1 PUM, urządzeń i pomieszczeń oraz podejmowanie działań zapobiegających powstaniu szkód i zagrożeń dla ochraniających obiektów lub mienia,
  - 3) reagowanie na sygnały pochodzące z systemu kontroli dostępu, systemu wizyjnego, systemu sygnalizacji napadu, systemu przeciwpożarowego, itp.,
  - 4) przygotowywanie dokumentacji i uczestnictwo w postępowaniach związanych z ochroną, m.in. na usługi grupy interwencyjnej.

<sup>171</sup> Zarządzenie 45/2021-ustalono treść jednolitą w zakresie opisu zadań.

<sup>172</sup> Zarządzenie 7/2022-ustalono treść jednolitą w zakresie opisu zadań

4. prowadzenie ewidencji osób i pojazdów uprawnionych do parkowania na parkingach szpitalnych, zarządzanie i nadzór nad systemem parkingowym,
5. oznakowanie Szpitala (organizacja oznakowania i przygotowywanie odpowiednich w tym zakresie zamówień),
6. wystawianie identyfikatorów dla pracowników zatrudnionych w Szpitalu,
7. prowadzenie spraw transportu sanitarnego, taksówkowego i służbowego oraz transportu zwłok,
8. organizacja transportu zewnętrznego, związanego z przewozem sprzętów, wyposażenia,
9. przygotowanie dokumentów do zawarcia umów oraz realizacja i nadzór nad umowami dotyczącymi przesyłek kurierskich i listowych,
10. zamawianie, wydawanie, ewidencja i kasacja pieczęci,
11. administrowanie służbowymi telefonami komórkowymi (zamawianie, wydawanie, ewidencja, rozliczanie, etc.) oraz prowadzenie umowy na usługi telefonii komórkowej (przygotowywanie postępowań, wybór oferenta, nadzór nad realizacją umowy, rozliczanie usług),
12. gospodarka odpadami (komunalnymi, medycznymi i innymi), w tym przygotowywanie postępowań przetargowych, zapytań ofertowych, prowadzenie ewidencji odpadów (m.in. w BDO) i przygotowywanie rozliczeń do właściwych urzędów,
13. przyjęcie i przekazanie do unieszkodliwienia przeterminowanych leków, o ile obowiązek ich utylizacji, zgodnie z obowiązującym prawem, nie spoczywa na innych jednostkach organizacyjnych,
14. wyposażanie w meble biurowe istniejących oraz nowo uruchamianych komórek organizacyjnych Szpitala, uzgadnianie zapotrzebowania i realizacja zamówień,
15. prowadzenie i nadzór nad magazynem depozytowym Szpitala (w zakresie mebli, sprzętów),
16. nadzór nad ruchem/przemieszczaniem wyposażenia (mebli i sprzętu biurowego), będącego w gestii komórek organizacyjnych oraz nad prawidłowym dokumentowaniem w/w zmian,
17. oznakowywanie mienia Szpitala numerami inwentarzowymi przygotowanymi przez Dział Finansowo-Księgowy,
18. przygotowywanie poleceń, przeprowadzanie inwentaryzacji i uczestniczenie w komisjach inwentaryzacyjnych,
19. organizacja i przeprowadzanie kasacji zużytych sprzętów, wyposażenia szpitalnego,
20. zabezpieczenie pomieszczeń i odpowiedniej ilości szafek na potrzeby szatni dla pracowników Szpitala,
21. prowadzenie tematów związanych z renowacją mebli i sprzętów podlegających naprawie tapicerskiej,
22. prowadzenie składnicy akt Szpitala, w tym również likwidacja dokumentacji podlegającej kasacji po upływie terminu jej przechowywania - zgodnie z obowiązującymi przepisami,
23. zarządzanie wagami gospodarczymi,
24. prowadzenie spraw dotyczących telewizji szpitalnej,
25. gospodarka odzieżą roboczą wielokrotnego użytku, w tym: ewidencja odzieży - prowadzenie kartotek, wydawanie odzieży używanej,
26. prowadzenie Magazynu Bielizny i tematów związanych z obrotem bielizną szpitalną i odzieżą roboczą wielokrotnego użytku, w Policach rozwożenie czystej bielizny na oddziały,
27. prowadzenie spraw związanych z praniem bielizny Szpitalnej i odzieży roboczej pracowników, w tym: przygotowywanie postępowań przetargowych na usługę prania, nadzór nad realizacją umowy i usług prania,
28. uczestniczenie w komisjach dokonujących okresowych przeglądów sprzętu i wyposażenia, dokonywanie oceny przydatności wyposażenia meblowego,
29. prowadzenie spraw związanych z podatkami, będących w gestii Działu,

30. prowadzenie spraw dotyczących umów najmu i dzierżawy – przygotowywanie i rozstrzyganie postępowań, nadzór na realizacją umów, aktualizacja kosztów,
31. przygotowywanie sprawozdań z zakresu gospodarki odpadami i ochrony środowiska (bazy BDO i KOBIZE, obliczanie wysokości opłat należnych za korzystanie ze środowiska),
32. przeprowadzanie procedur wyboru oferenta do przygotowania wniosków do Urzędu o wydanie decyzji związanych z gospodarką odpadami oraz nadzór nad realizacją,
33. kompletowanie dokumentacji niezbędnej do zawarcia umów dotyczących zakresu zadań Działu,
34. kontrola realizacji umów zawartych z firmami zewnętrznymi, świadczącymi usługi na rzecz Szpitala (rozliczanie faktur, sprawdzanie ich zgodności z umowami, przygotowywanie zestawień statystycznych).

Wszystkie komórki organizacyjne Szpitala zobowiązane są do przygotowania pola spisowego przed inwentaryzacją.

#### Dział Informatyki:

- 1) planowanie oraz koordynowanie działań związanych z utrzymaniem na wymaganym poziomie parametrów technicznych eksploatowanych zasobów teleinformatycznych, sieci teleinformatycznych i urządzeń sieciowych, sprzętu informatycznego (w tym serwerów) i telefonicznego,
- 2) administrowanie oraz bezpośrednia obsługa techniczna sieci teleinformatycznej i serwera internetowego w SPSK1 PUM
- 3) ewidencjonowanie zasobów informatycznych (licencje, umowy, dokumentacja techniczna itp.).
- 4) poszukiwanie możliwości dostosowania i wykorzystania opcji funkcjonalnych oprogramowania do potrzeb szpitala SPSK 1 PUM (utrzymywanie w tym zakresie stałego kontaktu z dostawcą oprogramowania i jego serwisem).
- 5) pomoc i doradztwo użytkownikom oprogramowania w zakresie bieżącego użytkowania, optymalizacji oraz konfiguracji i przetwarzania danych zgromadzonych w systemie (zadania te realizuje we współpracy z firmami sprawującymi serwis i nadzory autorskie dla oprogramowania).
- 6) koordynowanie pod względem technicznym prac związanych z remontami, modernizacją, budową i rozbudową infrastruktury informatycznej Szpitala
- 7) opracowywanie rocznych planów remontów, zakupów i inwestycji
- 8) realizacja procesów inwestycyjnych łącznie z uzgodnieniem dokumentacji projektowej i pozyskaniem stosownych decyzji administracyjnych
- 9) organizacja i nadzór nad planowymi i bieżącymi pracami remontowymi i konserwacyjnymi instalacji, urządzeń i sprzętu informatycznego.
- 10) prowadzenie paszportyzacji i dokumentacji technicznej podległych urządzeń i instalacji
- 11) monitoring umów realizowanych przy udziale Działu Informatyki
- 12) kontrola merytoryczna faktur z tytułu realizowanych umów i bieżących wydatków, ewidencjonowanie ich oraz podział kosztów
- 13) współpraca z innymi komórkami organizacyjnym Szpitala w przedmiocie realizowanych zadań
- 14) sporządzanie sprawozdań z działalności Działu
- 15) Uczestnictwo w przygotowywaniu i rozstrzyganiu zamówień publicznych powiązanych z zadaniami informatycznymi, uczestnictwo w pracach komisji przetargowych.
- 16) wypełnianie obowiązków określonych ustawą o ochronie danych osobowych oraz Zarządzeniami wewnętrznymi Dyrektora Szpitala w tej sprawie,
- 17) Kontrola stanu technicznego instalacji oraz sprzętu i oprogramowania jak również zapewnienie ich funkcjonowanie na wymaganym poziomie poprzez:
  - a) koordynowanie pod względem informatycznym prac związanych z remontami, modernizacją, budową i rozbudową infrastruktury informatycznej Szpitala
  - b) prowadzenie paszportyzacji i dokumentacji technicznej podległych urządzeń instalacji i systemów

- c) monitoring umów realizowanych przy udziale Działu Informatyki
  - d) kontrola merytoryczna faktur z tytułu realizowanych umów i bieżących wydatków, ewidencjonowanie ich oraz podział kosztów na jednostki organizacyjne Szpitala
  - e) organizacja i nadzór nad poprawnym pod względem jakościowym, ilościowym i terminowym wykonaniem podległych Działowi umów i zleceń
  - f) planowanie oraz realizacja działań związanych z utrzymaniem na wymaganym poziomie parametrów technicznych eksploatowanych urządzeń i instalacji
  - g) organizacja i nadzór nad planowymi i bieżącymi pracami konserwacyjnymi podległych instalacji i urządzeń oraz aktualizacjami systemów informatycznych,
  - h) kontrola merytoryczna faktur z tytułu realizowanych umów i bieżących wydatków, ewidencjonowanie ich oraz podział kosztów
- 18) nadzór i opiniowanie wyboru dostawców i punktów serwisowych sprzętu komputerowego,
- 19) nadzór nad jakością i bezpieczeństwem danych przechowywanych na serwerach przez okresową ich archiwizację,
- 20) sporządzanie orzeczeń technicznych w merytorycznym zakresie działu oraz uczestnictwo w komisjach kasacyjnych,
- 21) stała współpraca z Pomorskim Uniwersytetem Medycznym w Szczecinie oraz innymi podmiotami/dostawcami oprogramowania w zakresie informatyzacji Szpitala i /lub utrzymania i rozwoju infrastruktury informatycznej Szpitala.

### **PION NACZELNEJ PIEŁĘGNIARKI** **(Naczelną Pielęgniarką):**

#### Naczelną pielęgniarką:

- 1) zapewnienie kompleksowej opieki pielęgniarskiej w Szpitalu,
- 2) nadzór i koordynowanie prac personelu: pielęgniarskiego, salowych, sanitariuszy, ratowników medycznych, instrumentariuszek, opiekunów medycznych,
- 3) inicjowanie działań związanych z rozwojem zawodowym personelu wymienionego w pkt. 2,
- 4) wykonanie powierzonych obowiązków w sposób zgodny z procedurami jakościowymi i natychmiastowe usuwanie zauważonych uchybień,
- 5) przestrzeganie tajemnicy służbowej i zawodowej,
- 6) wykonanie powierzonych obowiązków na zasadach przewidzianych w Kodeksie Pracy oraz Regulaminie Pracy.

#### Personel: pielęgniarski, położne, salowe, ratownicy medyczni, sanitariusze, opiekunowie medyczni:

- 1) wykonywanie zadań i opieki nad pacjentem zgodnie z obowiązującym prawem i obowiązującymi w Szpitalu regulacjami wewnętrznymi,
- 2) podlega nadzorowi Naczelną Pielęgniarką<sup>173</sup>,
- 3) wykonywanie poleceń pielęgniarki oddziałowej<sup>174</sup>,
- 4) stosowanie się w wykonywaniu pracy do zaleceń i wskazówek ww.
- 5) przestrzeganie w miejscu pracy porządku, zasad BHP, p.poż.
- 6) dbałość o mienie Szpitala,
- 7) wykonywanie usług z dbałością o dobro pacjenta i dobre imię Szpitala.

175 176

#### Sekcja Żywienia:

<sup>173</sup> Zmiana Zarządzenie Nr 1/2019, poprzednio: Wykonywanie poleceń Naczelną Pielęgniarką

<sup>174</sup> Zmiana Zarządzenie Nr 1/2019, poprzednio: wykonywanie poleceń kierujących jednostkami medycznymi oraz pielęgniarek oddziałowych

<sup>175</sup> Zarządzenie 45/2022, zmiana nazwy ze Sterylizacja na Centralna Sterylizatornia

<sup>176</sup> Zarządzenie Nr 45/2021, usunięto sterylizację z Pionu Naczelną Pielęgniarką

- 1) nadzór nad żywieniem zbiorowym pacjentów,
- 2) kontrola przygotowywanych przez firmę zewnętrzną jadłospisów, z uwzględnieniem norm żywieniowych i wymogów dietetyczno – żywieniowych, nad wydawaniem posiłków,
- 3) kontrola przygotowanych posiłków, ich zgodności z zaleconymi dietami, stosowanie zasad racjonalnej, nowoczesnej dietetyki i higieny żywienia,
- 4) nadzór nad przestrzeganiem warunków produkcji, transportu, przechowania żywności, materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością,
- 5) nadzór sanitarny nad przestrzeganiem warunków bezpieczeństwa żywności,
- 6) udział w pracach mających na celu ustalenie przyczyn zatruc pokarmowych i opracowywanie dotyczącej tego dokumentacji,
- 7) nadzór nad prawidłowością przygotowania i porcjowania posiłków dla pacjentów oraz ich transport na poszczególne jednostki medyczne,
- 8) działania na rzecz polepszenia jakości zdrowotnej żywności i żywienia, materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktów z żywnością oraz warunków sanitarnych,
- 9) kontrola warunków sporządzania posiłków.

**PION LECZNICTWA**  
**(Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa):**

Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa:

- 1) zastępowanie Dyrektora pod jego nieobecność
- 2) nadzór nad realizacją procedur medycznych wprowadzanych w jednostkach Szpitala, zgodnie z ich zapisami w Księdze Procedur,
- 3) nadzór nad prawidłowością procedur przetargowych w zakresie zaopatrzenie Szpitala w niezbędny sprzęt medyczny, materiały sanitarne, leki oraz aparaturę medyczną,
- 4) współpraca przy opracowywaniu planów finansowych w zakresie dotyczącym zakupu sprzętu i aparatury medycznej,
- 5) przygotowanie ofert na świadczenia medyczne dla płatników Szpitala,
- 6) zwierzchnictwo wobec lekarzy kierujących medycznymi jednostkami organizacyjnymi Szpitala oraz innymi jednostkami pionu,
- 7) rozpoznawanie skarg i wniosków związanych z udzielanymi świadczeniami,

177

Dział Epidemiologii<sup>178 179</sup>:

- 1) *wykonywanie zadań wynikających z przepisu prawa w zakresie zabezpieczenia epidemiologicznego,*
- 2) *opracowywanie i realizacja programów profilaktyki i zwalczania zakażeń związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych,*
- 3) *okresowa analiza efektywności programu kontroli zakażeń w zakresie realizacji postawionych celów,*
- 4) *monitorowanie sytuacji epidemiologicznej Szpitala, czynników alarmowych, zakażeń związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i przestrzeganie obowiązujących w tym zakresie procedur,*
- 5) *identyfikacja i wygaszanie ognisk epidemicznych, prowadzenie dochodzeń epidemiologicznych*
- 6) *opracowanie procedur związanych z ryzykiem powstania zakażeń związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, okresowa ocena wdrożonych procedur oraz*

---

<sup>177</sup> Zarządzenie Nr 7/2022, usunięto „Sekcja statystyki” z opisem

<sup>178</sup> Zarządzenie Nr 7/2018- zmiana nazwy z Pielęgniarka Epidemiologiczna na Sekcja ds. Epidemiologii

<sup>179</sup> Zarządzenie Nr 22/2022, zmiana z Sekcja na Dział Epidemiologii

- zgłaszanie i inicjowanie zmian w zakresie doskonalenia metod pracy i podnoszenia jakości świadczeń zdrowotnych, w tym standardów akredytacyjnych,*
- 7) *prowadzenie działalności edukacyjnej personelu z zakresu zapobiegania zakażeniom związanym z udzielaniem świadczeń zdrowotnych,*
  - 8) *prowadzenie określonej przepisami prawa sprawozdawczości z zakresu epidemiologii*
  - 9) *współpraca z jednostkami organizacyjnymi Szpitala w zakresie kontroli zakażeń związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych,*
  - 10) *prowadzenie kontroli wewnętrznej w obszarze realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych,*
  - 11) *udział w Zespołach i Komitetach*

180 181

#### Koordinator Szpitala ds. Transplantologii:<sup>182</sup>

Do zadań Koordynatora Szpitala ds. Transplantologii należy organizacja koordynacji pobrania i przeszczepiania lub koordynacji pobrania i zastosowania u ludzi, w szczególności poprzez:

- 1) uzgodnienia dotyczące organizacji, nadzoru i dokumentacji procesów identyfikacji i kwalifikacji dawcy, autoryzacji pobrania,
- 2) uzgodnienia dotyczące pobrania, przechowywania, alokacji i dystrybucji oraz przeszczepiania komórek, tkanek lub narządów lub zastosowania u ludzi komórek lub tkanek, w tym sposobu przekazania i transportu oraz przyjęcia komórek, tkanek lub narządów w podmiocie leczniczym lub banku tkanek i komórek oraz ich dostarczenia do biorcy.

#### Centralna Sterylizatornia<sup>183 184</sup>:

1. Zapewnienie bezpieczeństwa realizacji procedur medycznych poprzez dostarczenie sterylnego wyrobu i innych przedmiotów wielorazowego użytku poddanych dekontaminacji i sterylizacji,
2. Świadczenie usług dezynfekcji na wysokim poziomie dla wszystkich medycznych jednostek organizacyjnych oraz kontrahentów zewnętrznych,
3. Wykonywanie sterylizacji nasyconą parą wodną narzędzi i sprzętu medycznego oraz sterylizacji niskotemperaturowej wyrobów termolabilnych,
4. Monitorowanie procesu sterylizacji wskaźnikami fizycznymi, chemicznymi i biologicznymi.
5. Przechowywanie i archiwizowanie wyników kontroli.
6. Utrzymywanie sprzętu do sterylizacji w należytym stanie
7. Znakowanie przedmiotów wielorazowego użytku poddawanych dekontaminacji i sterylizacji oraz ich weryfikacja inwentarzowa i jakościowa.

#### Koordinator ds. rehabilitacji medycznej i fizjoterapii<sup>185</sup>:

- 1) Opiniowanie kandydatów do zatrudnienia na stanowisku fizjoterapeuty,
- 2) Ocena zapotrzebowania medycznych jednostek organizacyjnych na usługi fizjoterapeutyczne,
- 3) Monitorowanie i nadzór nad organizacją pracy fizjoterapeutów w Klinikach Szpitala, w tym ustalenie obsady fizjoterapeutycznej w poszczególnych klinikach zgodnie z zapotrzebowaniem, wyznaczanie zastępstw za nieobecnych fizjoterapeutów,
- 4) Kontrola dyscypliny pracy fizjoterapeutów,

<sup>180</sup> Zarządzenie Nr 7/2018 – zmiana zakresu zadań w zakresie epidemiologii

<sup>181</sup> Zarządzenie Nr 22/2022, ustalono zakres zadań realizowanych przez Dział Epidemiologii

<sup>182</sup> Dodane, Zarządzenie 25/2019

<sup>183</sup> Zarządzenie Nr 45/2021, w pionie Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa dodano Centralną Sterylizatornię z opisem

<sup>184</sup> Zarządzenie Nr 27/2022, zmiana nazwy z: Centralna Sterylizatornia, obiekty Szczecin i Police

<sup>185</sup> Zarządzenie Nr 22/2022, dodano: Koordynator ds. rehabilitacji medycznej i fizjoterapii z opisem zadań

- 5) Monitorowanie i nadzór nad prowadzeniem dokumentacji medycznej przez fizjoterapeutów oraz uaktualnianie zasad prowadzenia dokumentacji medycznej,
- 6) Ustalanie zakresu obowiązków fizjoterapeutów zgodnie z posiadanym wykształceniem i stażem pracy,
- 7) Monitorowanie kształcenia zawodowego fizjoterapeutów,
- 8) Wsparcie merytoryczne fizjoterapeutów.

### **Zakłady Lecznicze<sup>186</sup>:**

#### Zadania wspólne medycznych jednostek organizacyjnych:

- 1) zapewnienie pacjentom całodobowej opieki stacjonarnej oraz postępowania leczniczego, diagnostycznego lub rehabilitacyjnego w specjalnościach wchodzących w zakres działania danej komórki organizacyjnej,
- 2) zgłaszanie chorób zakaźnych oraz rejestracja zakażeń szpitalnych,
- 3) monitorowanie, zgłaszanie oraz prowadzenie rejestru zdarzeń niechcianych zgodnie z obowiązującą procedurą profilaktyka i promocja zdrowia,
- 4) wdrażanie nowych technologii w zakresie prowadzonej działalności diagnostycznej, leczniczej lub rehabilitacyjnej oraz ciągła poprawa jakości i efektywności udzielanych świadczeń zdrowotnych, opracowywanie i doskonalenie standardów leczniczych,
- 5) prowadzenie i poprawa dokumentacji medycznej,
- 6) uczestnictwo w opracowywaniu i realizacji programów zdrowotnych,
- 7) współuczestnictwo w badaniach naukowych i pracach badawczo-rozwojowych,
- 8) opracowywanie opinii i ekspertyz,
- 9) podejmowanie działań na rzecz kształtowania korzystnego wizerunku Szpitala,
- 10) współdziałanie w kształceniu przeddyplomowym i podyplomowym oraz w prowadzeniu innych form szkolenia i doskonalenia zawodowego personelu medycznego.

#### Zadania wspólne klinik, oddziałów klinicznych, oddziałów i pododdziałów wchodzących w skład wszystkich z wyszczególnionych dalej zakładów leczniczych<sup>187</sup>:

- 1) realizacja zadań wspólnych dla medycznych jednostek organizacyjnych,
- 2) zapewnienie całodobowej opieki stacjonarnej oraz postępowania leczniczego, diagnostycznego, operacyjnego w zakresie odpowiadającym profilowi danej medycznej jednostki organizacyjnej.

#### Zadania szczegółowe medycznych jednostek organizacyjnych:

Zakład leczniczy<sup>188</sup>: **SZPITAL SPSK Nr 1 PUM w SZCZECINIE:**

Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii,

Klinika Chirurgii Ogólnej i Chirurgii Ręki,

Oddział Kliniczny Chirurgii Dziecięcej, Onkologicznej, Urologii i Chirurgii Ręki<sup>189 190</sup>

Klinika Pediatrii, Hemato – Onkologii i Gastroenterologii Dziecięcej<sup>191</sup>,

Klinika Pediatrii, Endokrynologii, Diabetologii, Chorób Metabolicznych i Kardiologii Wieku Rozwojowego,

Klinika Gastroenterologii,

<sup>186</sup> Zarządzenie 12/2018, zmieniono przedsiębiorstwa na: zakłady lecznicze

<sup>187</sup> Zarządzenie 12/2018, zmieniono przedsiębiorstwa na: zakłady lecznicze

<sup>188</sup> Zarządzenie 12/2018, zmieniono przedsiębiorstwa na: zakłady lecznicze

<sup>189</sup> Zarządzenie Nr 1/2019, zmieniono nazwę z Klinika Chirurgii Dziecięcej i Onkologicznej

<sup>190</sup> Zarządzenie Nr 35/2022, zmiana z Klinika na Oddział Kliniczny

<sup>191</sup> Zarządzenia Nr 19/2017 – zmieniono nazwę z Klinika Pediatrii, Hematologii i Onkologii dziecięcej na: Klinika Pediatrii, Hemato – Onkologii i Gastroenterologii Dziecięcej

Klinika Hematologii z Oddziałem Transplantacji Szpiku, w ramach której działa:

- Oddział Transplantacji Szpiku<sup>192 193</sup>
- Pracownia Cytogenetyki <sup>194</sup>

Klinika Neurologii z Pododdziałem Udarowym, w ramach której działają:

- Pododdział udarowy,
- Pracownia Neurofizjologii Klinicznej,
- Pracownia Płynu Mózgowo-Rdzeniowego,
- Pracownia Neuropatologiczna,

Klinika Neurochirurgii i Neurochirurgii Dziecięcej,

Klinika Otolaryngologii Dorosłych i Dzieci i Onkologii Laryngologicznej<sup>195</sup>,

Klinika Chorób Wewnętrznych, Reumatologii, Diabetologii, Geriatrii i Immunologii Klinicznej<sup>196</sup>

<sup>197 198</sup>,

Klinika Ortopedii, Traumatologii i Onkologii Narządu Ruchu,

Klinika Ortopedii Dziecięcej i Onkologii Narządu Ruchu<sup>199</sup>,

Klinika Endokrynologii, Chorób Metabolicznych i Chorób Wewnętrznych,

**wykreślono**,<sup>200</sup>

Klinika Chirurgii Ogólnej, Małoinwazyjnej i Gastroenterologicznej<sup>201</sup>,

Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii dla Dzieci,

Centrum Leczenia Urazów Wielonarządowych<sup>202</sup>,

Klinika Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej z Pododdziałem Chirurgii Naczyniowej, w ramach której działa<sup>203</sup>:

Pododdział Chirurgii Naczyniowej<sup>204</sup>

Oddział Kliniczny Onkologii, Chemioterapii i Immunoterapii Nowotworów<sup>205</sup>

Oddział Kliniczny Chirurgii Szcękowo-Twarzowej <sup>206</sup>

Klinika Pediatrii, Onkologii i Immunologii Dziecięcej<sup>207</sup> (Klinika jest ośrodkiem referencyjnym dla województwa Zachodniopomorskiego, specjalizującym się w diagnostyce i leczeniu u dzieci: 1) nowotworów, 2) naczyniaków, 3) znamion atypowych i dysplastycznych, 4) neurofibromatoz, 5) niedoborów odporności, 6) powiększonych węzłów chłonnych, 7) zespołów predyspozycji do nowotworzenia, 8) innych nieinfekcyjnych chorób dzieci)<sup>208</sup>

Klinika Ginekologii, Endokrynologii i Onkologii Ginekologicznej<sup>209</sup>

### Szpitalny Oddział Ratunkowy:

leczenie pacjentów z nagłymi stanami zagrożenia życia, którzy wymagają monitorowania, szybkiej diagnostyki i wieloprofilowego leczenia. Do specyficznych zadań należy także udzielanie pomocy w zagrożeniach środowiskowych (hipotermia) i w wypadkach masowych.

<sup>192</sup> Zarządzenie Nr 8/2017 zmienia nazwę Kliniki Hematologii na: Klinika Hematologii z Oddziałem Transplantacji Szpiku oraz dodano podjednostki: Oddział Transplantacji Szpiku oraz Bank Komórek Krwiotwórczych

<sup>193</sup> Zarządzenie 12/2018 – wyłączono Bank Komórek Krwiotwórczych ze struktury Kliniki Hematologii

<sup>194</sup> Zarządzenie 39/2020, dodano jednostkę w KHZOTS: Pracownia Cytogenetyki

<sup>195</sup> Zarządzenie Nr 8/2017 – zmieniono nazwę Kliniki Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej na: Klinika Otolaryngologii Dorosłych i Dzieci i Onkologii Laryngologicznej

<sup>196</sup> Zarządzenie Nr 15/2016 – zmieniono nazwę z: Klinika Reumatologii i Chorób Wewnętrznych, na: Klinika Reumatologii, Chorób Wewnętrznych i Geriatrii

<sup>197</sup> Zarządzenie Nr 25/2019 – zmieniono nazwę z: Klinika Reumatologii, Chorób Wewnętrznych i Geriatrii na: Klinika Reumatologii, Chorób Wewnętrznych, Geriatrii i Immunologii Klinicznej

<sup>198</sup> Zarządzenie Nr 39/2020 Dyrektora SPSK Nr 1 – zmieniono nazwę z: Klinika Reumatologii, Chorób Wewnętrznych i Geriatrii i Immunologii Klinicznej na: Klinika Chorób Wewnętrznych, Reumatologii, Diabetologii, Geriatrii i Immunologii Klinicznej

<sup>199</sup> Zarządzenie Nr 39/2020 Dyrektora SPSK Nr 1 – zmieniono nazwę z: Ortopedii i Traumatologii Dziecięcej na: Klinika Ortopedii Dziecięcej i Onkologii Narządu Ruchu

<sup>200</sup> Zarządzenie 5/2020, wykreślono: Klinika Hipertensjologii i Chorób Wewnętrznych

<sup>201</sup> Zmiana nazwy z: Klinika Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej na: Klinika Chirurgii Ogólnej, Małoinwazyjnej i Gastroenterologicznej – Zarządzenie 38/2017

<sup>202</sup> Zarządzenie Nr 8/2013 Dyrektora SPSK Nr 1 – zmieniono nazwę z: „Centrum Leczenia Urazów Wielonarządowych z Pododdziałem Anestezjologii i Intensywnej Terapii Dziecięcej” na: „Centrum Leczenia Urazów Wielonarządowych”

<sup>203</sup> Dodano – Zarządzenie Nr 22/2015

<sup>204</sup> Zarządzenia 1/2019, dodano Pododdział Chirurgii Naczyniowej

<sup>205</sup> Dodano – Zarządzenie Nr 15/2016

<sup>206</sup> Zarządzenie Nr 53/2021- zmiana z Kliniki na Oddział Kliniczny

<sup>207</sup> Zarządzenie 5/2020, zmieniono nazwę z : Klinika Pediatrii i Onkologii Dziecięcej

<sup>208</sup> Dodano – Zarządzenie 19/2017

<sup>209</sup> Dodano – Zarządzenie 19/2017



### Centralny Blok Operacyjny:

Wykonywanie zabiegów operacyjnych.

### Bank Krwi:

Prowadzenie gospodarki krwią i preparatami krwiopochodnymi.

### Izby Przyjęć:

- 1) przyjmowanie chorych zakwalifikowanych do leczenia szpitalnego,
- 2) udzielanie pomocy doraźnej w stanie zagrożenia życia i zdrowia,
- 3) konsultowanie chorych zgłaszających się do Szpitala bez ustalonego terminu przyjęcia i ewentualne kwalifikowanie ich do leczenia szpitalnego,
- 4) rejestracja pacjentów zgłaszających się do Izby Przyjęć, w tym osób z wypadków oraz powiadamianie policji i prokuratury w uzasadnionych przypadkach,
- 5) zgłaszanie chorób zakaźnych stwierdzonych w Izbie Przyjęć do Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej i do Pielęgniarki Epidemiologicznej,
- 6) pośredniczenie w dysponowaniu transportem sanitarnym,
- 7) pobieranie materiału biologicznego w celu wykonania badań płatnych codziennie po godzinie 18.00 i przez 24 godziny w dni wolne od pracy,
- 8) pobieranie opłat za wykonywane badania płatne codziennie po godz. 18.00 i przez 24 godziny w dni wolne od pracy,
- 9) pobieranie badań od pracowników Instytutu w przypadku wystąpienia ekspozycji, wdrożenie wstępnego leczenia przeciwwirusowego,
- 10) prowadzenie dokumentacji medycznej:
  - a) księgi głównej szpitalnej (w wersji elektronicznej),
  - b) księgi odmów,
  - c) książki porad ambulatoryjnych,
  - d) książki raportów,
- 11) prowadzenie wykazu wolnych łóżek w poszczególnych jednostkach medycznych,
- 12) prowadzenie statystyki z działalności Izby Przyjęć w zakresie udzielanych świadczeń ambulatoryjnych,

### Apteka<sup>210</sup>:

- 1) Sporządzanie we współpracy z innymi jednostkami organizacyjnymi Szpitala planów zaopatrzenia Szpitala w produkty lecznicze, środki specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne obejmujące: materiały opatrunkowe, jednorazowe jałowe i niejaołowe wyroby medyczne do implantacji wraz z jednorazowym jałowym i niejaołowym oprzyrządowaniem do ich implantacji, jednorazowe jałowe wyroby medyczne do przygotowania i podawania produktów leczniczych, preparatów krwiopochodnych oraz płynów dializacyjnych; ich zamawianie, przyjmowanie i przechowywanie oraz utrzymywanie ilościowo i asortymentowo właściwego zapasu,
- 2) Dystrybucja produktów leczniczych i wyrobów medycznych,
- 3) Przygotowywanie we własnym zakresie leków recepturowych oraz płynów infuzyjnych,
- 4) Sporządzanie indywidualnych dawek leków cytostatycznych, antybiotyków i leków przeciwwgrzybiczych,
- 5) Sporządzanie mieszanin do żywienia pozajelitowego,
- 6) Kontrola gospodarki produktami leczniczymi i wyrobami medycznymi, prowadzonej przez jednostki i komórki organizacyjne działalności leczniczej,
- 7) Udział w monitorowaniu działań niepożądanych leków,

---

<sup>210</sup> Zarządzenie Nr 45/2022, ustalono opis zadań Apteki

- 8) Udział w prowadzonych w Instytucie badaniach klinicznych,
- 9) Kontrola gospodarki lekiem i wyrobem medycznym,
- 10) Udział w racjonalizacji farmakoterapii.

#### Bank Komórek Krwiotwórczych<sup>211</sup>

Bank Komórek Krwiotwórczych realizuje takie działania jak: gromadzenie, przetwarzanie, przechowywanie, dystrybucja i dopuszczanie do obiegu komórek krwiotwórczych z krwi obwodowej i szpiku kostnego w układzie autologicznym oraz komórek krwi pępowinowej w układzie autologicznym i allogenicznym.<sup>212</sup>

Zakład leczniczy<sup>213</sup>: **AMBULATORIUM i DIAGNOSTYKA SPSK Nr 1 PUM w SZCZECINIE:**

#### Centrum Diagnostyki Schorzeń Przewodu Pokarmowego Kliniki Gastroenterologii:

Diagnostyka schorzeń przewodu pokarmowego w zakresie zleconym przez jednostki zakładów leczniczych<sup>214</sup> Szpitala.

#### Zakład Medycyny Nuklearnej:

paliatywne leczenie bólu w przebiegu przerzutów nowotworowych do kośćca, zapewnienie diagnostyki w zakresie medycyny nuklearnej.

#### Pracownia Gammakamery:

wykonywanie badań scyntygraficznych w wersji planarnej, tomograficznej, badań całego ciała i dynamicznych, w tym: badania kośćca w celu oceny przerzutów, badania serca w kierunku choroby wieńcowej, badania u dzieci z infekcjami w drogach moczowych, badania za znacznikami onkofilnymi, badania mózgu, badania płuc, wątroby, ślinianek i inne,

#### Pracownia Tarczycowa prowadzi:

- 1) kompleksową diagnostykę i terapię chorób tarczycy: scyntygrafię, USG, biopsję cienkoigłową tarczycy, oznaczenia hormonalne,
- 2) leczenie jodem J-131 nadczynności tarczycy oraz wola obojętnego.

#### Pracownia Oznaczeń Biochemicznych:

oznaczenia stężeń hormonów, przeciwciał, hormonu wzrostu, prokalcytoniny, i innych,

#### Pracownia Badań Przesiewowych:

oznaczenia TSH i fenyloalaniny u noworodków w celu wykluczenia niedoczynności wrodzonej oraz fenylketonurii - w ramach badań przesiewowych.

#### Zakład Patomorfologii:

wykonywanie pełnego profilu badań histopatologicznych, cytodiagnostyka nowotworów, patomorfologia onkologiczna, zabiegi z zakresu: wczesna diagnostyka nowotworów ze szczególnym zastosowaniem biopsji aspiracyjnej cienkoigłowej i cytodiagnostyki ginekologicznej, ocena rokowania w raku sutka u kobiet z zastosowaniem nowoczesnych markerów biologicznych wykrywanych metodami immunohistochemicznymi i metodą FISH. W ramach Zakładu Patomorfologii działa Pracownia Neuropatologii.<sup>215</sup>

<sup>211</sup> Zarządzenie 12/2018 –dodano: Bank Komórek Krwiotwórczych (po wyodrębnieniu z Kliniki Hematologii)

<sup>212</sup> Opis działalności BKK dodany Zarządzeniem Nr 9/2021

<sup>213</sup> Zarządzenie 12/2018, zmieniono przedsiębiorstwa na: zakłady lecznicze

<sup>214</sup> Zarządzenie 12/2018, zmieniono przedsiębiorstwa na: zakłady lecznicze

### Zakład Diagnostyki Obrazowej i Radiologii Interwencyjnej:

wykonuje tradycyjną diagnostykę rentgenowską (pełny zakres badań standardowych), oraz świadczy usługi zdrowotne w zakresie diagnostyki obrazowej i radiologii.

W ramach Zakładu działa:

Pracownia Radiologii

Pracownia Radiologii Naczyniowej

Pracownia Rezonansu Magnetycznego Zakładu Diagnostyki Obrazowej i Radiologii Interwencyjnej

Pracownia Tomografii Komputerowej Zakładu Diagnostyki Obrazowej i Radiologii Interwencyjnej

Pracownia USG Zakładu Diagnostyki Obrazowej i Radiologii Interwencyjnej

Pracownia Mammograficzna<sup>216</sup>

### Przykliniczne Specjalistyczne Przychodnie dla Dorosłych i dla Dzieci i Młodzieży:

- 1) zapewnienie opieki ambulatoryjnej – prowadzenie działalności konsultacyjnej, leczniczej i rehabilitacyjnej w specjalnościach wchodzących w zakres działania danej poradni,
- 2) wdrażanie nowych technologii w zakresie prowadzonej działalności oraz ciągła poprawa jakości i efektywności udzielanych świadczeń,
- 3) udział w realizowanych działaniach z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia,
- 4) udział w opracowywaniu i doskonaleniu standardów leczniczych,
- 5) udział w badaniach naukowych i pracach badawczo-rozwojowych,
- 6) podejmowanie działań na rzecz kształtowania korzystnego wizerunku Szpitala.

Świadczenia ambulatoryjne z danej dziedziny medycyny udzielane są w poradniach tematycznych.

Służbowo i merytorycznie Poradnie podlegają właściwym szpitalnym jednostkom organizacyjnym a w zakresie organizacji pracy – Kierownikowi Przyklinicznych Specjalistycznych Przychodni.

W zakładzie leczniczym<sup>217</sup> działają:

#### Przykliniczna Specjalistyczna Przychodnia dla Dorosłych, w ramach której działają:

- Poradnia Chirurgii Ogólnej,
- Poradnia Chirurgii Ręki,
- Poradnia Chorób Wątroby i Trzustki,
- Poradnia Neurochirurgiczna,
- Poradnia Hematologiczna,
- Poradnia Reumatologiczna,
- Poradnia Gastroenterologiczna,
- Poradnia Hepatologiczna,
- Poradnia Otolaryngologiczna,
- Poradnia Foniatryczna,
- Poradnia Patologii Ciąży i Porodu,
- w ramach Poradni Neurologicznej<sup>218</sup>:
  - Poradnia Stwardnienia Rozsianego,
  - Poradnia Chorób Nerwowo – Mięśniowych,
  - Poradnia Padaczkowa
- Poradnia Schorzeń Pozapiramidowych i Zaburzeń Pamięci,

<sup>215</sup> Zarządzenie 39/2020 w opisie Zakładu Patomorfologii dodano zdanie: *W ramach Zakładu Patomorfologii działa Pracownia Neuropatologii*

<sup>216</sup> Zarządzenie 12/2018, dodano: Pracownia Mammograficzna

<sup>217</sup> Zarządzenie 12/2018, zmieniono przedsiębiorstwa na: zakłady lecznicze

<sup>218</sup> Zarządzenie 8/2017 – wykreślono: Poradnia Neurologii Ogólnej oraz Poradnia Chorób Zwyrrodnieniowych Układu Nerwowego

- Poradnia Chorób Naczyniowych Mózgu,
- Poradnia Audiologiczna,
- Poradnia Ginekologiczna,
- Poradnia Medycyny Nuklearnej,
- Poradnia Ortopedyczno – Urazowa,
- Poradnia Logopedyczna,
- Poradnia Endokrynologiczna,
- Poradnia, Ginekologii, Endokrynologii Ginekologicznej i Leczenia Niepłodności<sup>219</sup>,
- Poradnia Leczenia Otyłości,
- Poradnia Metaboliczna,
- Poradnia Nadciśnienia Tętniczego,
- Poradnia Leczenia Bólu,
- Poradnia Chirurgii Onkologicznej<sup>220</sup>,
- Poradnia Onkologiczna<sup>221</sup>,
- Onkologiczna Poradnia Genetyczna<sup>222</sup>
- Poradnia Chirurgii Szcękowo-Twarzowej
- Poradnia Żywieniowa<sup>223</sup>
- Poradnia Transplantologiczna<sup>224</sup>
- Poradnia Geriatryczna<sup>225</sup>
- Poradnia Anestezjologiczna <sup>226</sup>
- Poradnia Endokrynologii Ginekologicznej<sup>227</sup>
- Poradnia Immunologiczna <sup>228</sup>
- Poradnia Rehabilitacyjna,<sup>229</sup>
- Poradnia Psychologiczna, <sup>230</sup>
- Nieonkologiczna Poradnia Genetyczna, <sup>231</sup>
- Poradnia Leczenia Osteoporozy<sup>232</sup>,
- Poradnia Stomatologiczna <sup>233</sup>,

Przykliniczna Specjalistyczna Przychodnia dla Dzieci i Młodzieży, w ramach której działają:<sup>234</sup>

- Poradnia Chirurgiczna,
- Poradnia Onkologiczna,
- Poradnia Neurochirurgiczna,
- Poradnia Neurologiczna,
- Poradnia Kardiologiczna,
- Poradnia Urologiczna,
- Poradnia Nefrologiczna,
- Poradnia Andrologiczna,
- Poradnia Endokrynologii i Zaburzeń Odżywiania u Dzieci<sup>235</sup>,
- Poradnia Diabetologiczna,

<sup>219</sup> Zmiana nazwy, Zarządzenie 6/2018 (była: Poradnia Endokrynologii Ginekologicznej)

<sup>220</sup> Dodano – Zarządzenia Nr 22/2015

<sup>221</sup> Dodano – Zarządzenia Nr 22/2015

<sup>222</sup> Dodano – Zarządzenie Nr 8/2017

<sup>223</sup> Dodano – Zarządzenie 38/2017

<sup>224</sup> Dodano – Zarządzenie 38/2017

<sup>225</sup> Zarządzenie 12/2018, dodano: Poradnia Geriatryczna

<sup>226</sup> Zarządzenie 12/2018, dodano: Poradnia Anestezjologiczna

<sup>227</sup> Dodano – Zarządzenie Nr 1/2019

<sup>228</sup> Dodano, Zarządzenie 25/2019

<sup>229</sup> Dodano, Zarządzenie Nr 5/2020

<sup>230</sup> Dodano, Zarządzenie Nr 5/2020

<sup>231</sup> Dodano, Zarządzenie Nr 5/2020

<sup>232</sup> Zarządzenie Nr 27/2022, dodano: Poradnia Leczenia Osteoporozy

<sup>233</sup> Zarządzenie Nr 35/2022, dodano Poradnia Stomatologiczna

<sup>234</sup> Zarządzenie 25/2019, wykreślono: Poradnia Zaburzeń Rozwoju

<sup>235</sup> Zarządzenie 12/2018, zmiana nazwy z Poradnia Endokrynologiczna na Poradnia Endokrynologii i Zaburzeń Odżywiania u Dzieci

- Poradnia Chorób Metabolicznych,
- Poradnia Gastroenterologiczna,
- Poradnia Onkologii i Hematologii,
- Poradnia Schorzeń Tarczycy,
- Poradnia Wad Rozwojowych Twarzy,
- Poradnia Patologii Noworodków i Wcześnieńców,
- Poradnia dla Dzieci Otyłych,
- Poradnia Ortopedii Dziecięcej,
- Poradnia Preluksacyjna,
- Poradnia Wad Postawy,
- Poradnia Ginekologii Dziecięcej i Dziewczęcej,
- Poradnia Pediatria, <sup>236</sup>

#### Laboratorium Mikrobiologiczne:

- 1) szybka diagnostykę mikrobiologiczną w kierunku bakterii tlenowych i beztlenowych oraz grzybów, prowadzoną w oparciu o nowoczesne i szybkie metody,
- 2) wykonywanie posiewów z powierzonych materiałów (wymazy z gardła, nosa, ucha, posiewy moczu itp.),
- 3) prowadzenie hodowli drobnoustrojów z krwi i innych płynów ustrojowych w nowoczesnym aparacie BacT/ALERT,
- 4) identyfikacja i oznaczanie wrażliwości drobnoustrojów wg wytycznych EUCAST (Europejski Komitet ds. Oznaczenia Lekowrażliwości)<sup>237</sup>,
- 5) wykonywanie badań w kierunku nosicielstwa drobnoustrojów,
- 6) wykonywanie badań czystościowych,
- 7) diagnostykę wirusowych biegunek u dzieci w kierunku Rota i Adenowirusów z wykorzystaniem szybkich testów lateksowych,
- 8) wykrywanie toksyny A Clostridium difficile

#### Punkt Ambulatoryjnej Chemioterapii dla Dorosłych i Dzieci:

Leczenie pacjentów w zakresie chemioterapii.

#### Zakład Diagnostyki Molekularnej Nowotworów<sup>238</sup>

#### Medyczne Laboratorium Diagnostyczne:<sup>239</sup>

Medyczne Laboratorium Diagnostyczne udziela świadczenia zdrowotne, które obejmują swoim zakresem badania diagnostyczne wykonywane w celu rozpoznania stanu zdrowia i ustalenia dalszego postępowania leczniczego.

W ramach Medycznego Laboratorium Diagnostycznego działa:

- Pracownia Seminologiczna

#### Samodzielna Pracownia Densytometrii<sup>240</sup>

#### Pracownia Cytogenetyki<sup>241</sup>

#### Centrum Leczenia Biologicznego<sup>242</sup>:

<sup>236</sup> Dodano, Zarządzenie Nr 5/2020

<sup>237</sup> Zarządzenie Nr 7/2018 – zmieniono zapis pkt 4 (było: identyfikacja i oznaczanie wrażliwości drobnoustrojów wg wytycznych NCCLS (the National Committee for Clinical Laboratory Standards))

<sup>238</sup> Dodano – Zarządzenie Nr 15/2016

<sup>239</sup> Dodane – Zarządzenie Nr 8/2017

<sup>240</sup> Dodane, Zarządzenie Nr 53/2021

<sup>241</sup> Zarządzenie Nr 27/2022, dodano: Pracownia Cytogenetyki

<sup>242</sup> Zarządzenie Nr 27/2022, dodano Centrum Leczenia Biologicznego z opisem,

Centrum Leczenia Biologicznego [dalej: CLB] realizuje zadania mające na celu zwiększenie dostępu do nowoczesnych terapii w kilku dziedzinach medycyny: endokrynologii, gastrologii, neurologii, reumatologii. CLB koordynuje działania innych poniżej wymienionych jednostek medycznych, w zakresie:

Klinika Endokrynologii, Chorób Metabolicznych i Chorób Wewnętrznych:

hospitalizacje jednodniowe i programy lekowe obejmujące: leczenie (podanie leku w ośrodku lub wydanie leków do domu), monitorowanie leczenia (badania laboratoryjne, obrazowe, densytometryczne, UKG, konsultacje, edukacja chorego), monitorowanie programu, kwalifikacja do programu

- 1) Leczenie raka rdzeniastego tarczycy wandetanibem,
- 2) Leczenie guzów neuroendokrynych trzustki ewerolimusem,
- 3) Leczenie akromegalii pasyreotydem lub pegwisomantem,
- 4) Leczenie choroby Cushinga osilodrostatem,
- 5) Leczenie ciężkiego niedoboru hormonu wzrostu dorosłych rekombinowanym hormonem wzrostu,
- 6) Leczenie guzów neuroendokrynych analogiem somastatyny,
- 7) Leczenie raka kory nadnerczy mitotanem,
- 8) Leczenie zróżnicowanego raka tarczycy sorafenibem.

Klinika Gastroenterologii:

Hospitalizacje jednodniowe i Programy lekowe – leki doustne, podskórne, dożylnie, leczenie (podanie leku w ośrodku lub wydanie leków do domu), monitorowanie leczenia (badania laboratoryjne, endoskopowe, obrazowe, edukacja chorego), monitorowanie programu, kwalifikacja do programu:

- 1) Choroba Crohna,
- 2) Wrzodziejące zapalenie jelita grubego.

Klinika Chorób Wewnętrznych, Reumatologii, Diabetologii, Geriatrii i Immunologii Klinicznej:

Hospitalizacje jednodniowe i Programy lekowe –leki doustne, podskórne, dożylnie, Leczenie (podanie leku w ośrodku lub wydanie leków do domu), monitorowanie leczenia (badania laboratoryjne, obrazowe, edukacja chorego), monitorowanie programu, kwalifikacja do programu:

- 1) Leczenie Reumatoidalnego Zapalenia Stawów (RZS) i Młodzieńczego idiopatycznego Zapalenie Stawów (MIZS) o przebiegu agresywnym,
- 2) Leczenie Łuszczycowego Zapalenia Stawów,
- 3) Leczenie ciężkiej, aktywnej postaci zeszywniającego zapalenia stawów kręgosłupa (ZZSK),
- 4) Leczenie pacjentów z ciężką, aktywną postacią spondyloartropatii (SpA) bez zmian radiograficznych charakterystycznych dla ZZSK,
- 5) Leczenie aktywnej postaci ziarniniakowatości z zapaleniem naczyń (GPA) lub mikroskopowego zapalenia naczyń (MPA),
- 6) Leczenie Immunoglobulinami niedoborów odporności pierwotnych.

Klinika Neurologii z Pododdziałem Udarowym:

- 1) diagnostyka i leczenie pacjentów, w tym w ramach programów lekowych w następujących schorzeniach,
- 2) stwardnienie rozsiane (SM),
- 3) schorzenia pozapiramidowe (przede wszystkim choroba Parkinsona),
- 4) choroby nerwowomięśniowe.
- 5) realizacja programów związanych z podawaniem toksyny botulinowej.

W CLB znajdują się pracownie: USG, spirometrii, kapilaroskopii, densytometrii, sala z łózkami (4) dla chorych w trakcie 1 dniowych hospitalizacji, sala wlewów leków, poradnie, rejestracja na miejscu, z pominięciem izby przyjęć

## Lekarz Zakładowy<sup>243</sup>

Zakład leczniczy<sup>244</sup>: **SZPITAL PSYCHIATRYCZNY SPSK Nr 1 PUM w SZCZECINIE:**

### Klinika Psychiatrii z Oddziałem Dziennym Psychiatrycznym:

- 1) diagnostyka i leczenie wszystkich zaburzeń i chorób psychicznych, z uwzględnieniem tzw. trudnych przypadków klinicznych,
- 2) poradnictwo i diagnostyka psychologiczna w opiece stacjonarnej,
- 3) wprowadzanie nowych form leczenia farmakologicznego i pozafarmakologicznego,
- 4) psychoterapia indywidualna i grupowa oraz wczesna rehabilitacja chorych,
- 5) prowadzenie zróżnicowanych form terapii ,

W ramach Kliniki, jako jej integralne części działają: Oddział Dzienny Psychiatryczny Kliniki Psychiatrii, Oddział Dzienny Leczenia Zaburzeń Nerwicowych Kliniki Psychiatrii, Oddział Dzienny Psychiatryczny – Rehabilitacyjny Kliniki Psychiatrii, Zespół Leczenia Środowiskowego Kliniki Psychiatrii, Poradnia Psychiatryczna.

### Psychiatryczna Izba Przyjęć:

Wypełnianie odpowiednio zadań właściwych dla Izby Przyjęć.

Zakład leczniczy<sup>245</sup>: **AMBULATORIUM i DIAGNOSTYKA SZPITALA PSYCHIATRYCZNEGO SPSK Nr 1 PUM w SZCZECINIE:**

### Oddział Dzienny Psychiatryczny Kliniki Psychiatrii

W ramach niego działają:

Oddział Dzienny Leczenia Zaburzeń Nerwicowych Kliniki Psychiatrii:  
psychoterapia grupowa pacjentów z zaburzeniami lękowymi.

Oddział Dzienny Psychiatryczny – Rehabilitacyjny Kliniki Psychiatrii:  
udzielanie wsparcia psychoterapeutycznego pacjentom po kryzysach psychotycznych oraz afektywnych, trening umiejętności społecznych, aktywizacja.

### Zespół Leczenia Środowiskowego Kliniki Psychiatrii:

obejmuje opieką pacjentów w miejscu zamieszkania, udzielając wsparcia psychiatrycznego, psychologicznego, terapeutycznego oraz pielęgniarstwa.

### Poradnia Psychiatryczna:

udzielanie konsultacji trudnych pacjentów kierowanych przez lekarzy psychiatrów z całego Województwa Zachodniopomorskiego, prowadzenie monitorowania leczenia profilaktycznego chorób afektywnych, monitorowane leczenie nowymi lekami psychotropowymi i dalsze leczenie pacjentów.

### Centrum Zdrowia Psychicznego [CZP]:<sup>246</sup>

CZP działa według zasad określonych Statutem SPSK Nr 1 PUM i niniejszym Regulaminem oraz ustawą o ochronie zdrowia psychicznego, współuczestnicząc w realizacji lokalnych planów i programów wynikających z Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego.

<sup>243</sup> Zarządzenie Nr 35/2022 dodano Lekarz Zakładowy

<sup>244</sup> Zarządzenie 12/2018, zmieniono przedsiębiorstwa na: zakłady lecznicze

<sup>245</sup> Zarządzenie 12/2018, zmieniono przedsiębiorstwa na: zakłady lecznicze

<sup>246</sup> Zarządzenie Nr 35/2022 dodano Centrum Zdrowia Psychicznego z opisem

W związku z realizacją umowy z płatnikiem publicznym w zakresie programu pilotażowego - jednostka ta działa także według zasad określonych Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego centrów zdrowia psychicznego.

CZP zapewnia skoordynowaną, kompleksową i wielostronną opiekę zdrowotną oraz inne formy opieki i pomocy niezbędne do życia w środowisku rodzinnym i społecznym osobom z zaburzeniami psychicznymi powyżej 18 r.ż. na określonym obszarze terytorialnym (obszarze działania), w zakresach świadczeń stacjonarnych, w miejscu udzielania pomocy doraźnej, dziennych psychiatrycznych, ambulatoryjnych psychiatrycznych i leczenia środowiskowego (domowego).

Zadaniem Punktu Zgłoszeniowo-Koordinacyjnego [PZK] jest:

- udzielanie informacji o zakresie działania CZP i możliwości uzyskania świadczeń opieki zdrowotnej, przeprowadzenie wstępnej oceny potrzeb zdrowotnych osób zgłaszających się do PZK,
- uzgodnienie wstępnego planu postępowania oraz udzielenie możliwego wsparcia w zakresie zdefiniowanych potrzeb,
- uzgodnienie terminu przyjęcia i wskazanie miejsca uzyskania niezbędnego świadczenia psychiatrycznego.

CZP współpracuje z lokalnymi organami administracji samorządowej i rządowej (w tym pomocy społecznej), instytucjami (w tym placówkami opieki zdrowotnej), organizacjami i stowarzyszeniami społecznymi działającymi na rzecz ochrony zdrowia psychicznego, a także z grupami samopomocy pacjentów i ich rodzin.

CZP udziela pomocy:

1. czynnej, tj. leczenia i wsparcia świadczeniobiorców z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi, wymagających ciągłości świadczeń opieki, aktywnego podtrzymywania kontaktu i wyprzedzającego rozwiązywania problemów
2. długoterminowej - innym niż określone w pkt. 1 świadczeniobiorcom z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi
3. krótkoterminowej - świadczeniobiorcom z zaburzeniami epizodycznymi lub nawracającymi
4. doraźnej - osobom a stanach nagłych i pilnych,
5. konsultacyjnej - pozostałym świadczeniobiorcom potrzebującym świadczeń diagnostycznych lub porad.

CZP w ramach swojej działalności:

1. zapewnia koordynację udzielanych świadczeń opieki oraz opracowanie indywidualnych planów terapii, w szczególności w ramach pomocy czynnej i długoterminowej,
2. umożliwi świadczeniobiorcy uzyskanie informacji na temat form wsparcia pozostających w kompetencjach organów pomocy społecznej i korzystania z nich na zasadzie współpracy z jednostkami organizacyjnymi pomocy społecznej, na podstawie art. 48f ustawy z 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
3. prowadzi jednolitą, zintegrowaną dokumentację medyczną obejmującą ambulatoryjne świadczenia zdrowotne psychiatryczne i leczenie środowiskowe (domowe), w oparciu o przepisy wydane na podstawie art. 30 ust. 1 ustawy z 6.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, z wyjątkiem przypadków w których jeden z wymienionych zakresów świadczeń jest realizowany przez podwykonawcę.

CZP może udzielać świadczenia także osobom spoza wskazanego obszaru terytorialnego działania na zasadach określonych umową o finansowanie świadczeń psychiatrycznych przez NFZ.

Centrum Zdrowia Psychicznego zarządza bezpośrednio Kierownik Kliniki Psychiatrii z Oddziałem Dziennym Psychiatrycznym.



Reprezentowanie na zewnątrz CZP i podejmowanie czynności dotyczących CZP leży w kompetencjach osób zarządzających SPSK nr 1 PUM w Szczecinie

Obsługę administracyjną, finansową i techniczną CZP zapewniają odpowiednie komórki SPSK nr 1 PUM w Szczecinie.

Zakład leczniczy<sup>247</sup>: **SZPITAL SPSK Nr 1 PUM w POLICACH**<sup>248</sup>:

- 1) Klinika Chorób Wewnętrznych, Reumatologii, Diabetologii, Geriatrii i Immunologii Klinicznej<sup>249</sup>,
- 2) Klinika Neonatologii
- 3) Klinika Chirurgii Plastycznej, Endokrynologicznej i Ogólnej;
- 4) Oddział Kliniczny Anestezjologii i Intensywnej Terapii Dorosłych i Dzieci;
- 5) Blok Operacyjny (wykonuje zadania takie jak Centralny Blok Operacyjny Zakładu leczniczego: Szpital SPSK Nr 1 PUM w Szczecinie).
- 6) Izba Przyjęć Ogólna (wykonuje zadania właściwe dla Izb Przyjęć)
- 7) Klinika Chorób Skórnych i Wenerycznych
- 8) Klinika Perinatologii, Położnictwa i Ginekologii (w ramach kliniki działa trakt porodowy, posiadający w swoim obrębie sale cięć i sale porodów)<sup>250</sup>
- 9) Apteka<sup>251</sup>

Zakład leczniczy<sup>252</sup>: **AMBULATORIUM i DIAGNOSTYKA SPSK Nr 1 PUM w POLICACH**:

Zakład Diagnostyki Obrazowej:

wykonuje klasyczną diagnostykę rentgenowską oraz świadczy usługi zdrowotne w zakresie diagnostyki tomografii komputerowej<sup>253</sup>.

Poradnie:

- 1) Poradnia Chirurgiczna
- 2) Poradnia Chorób Tarczycy
- 3) Poradnia Psychiatryczna
- 4) Poradnia Patologii Ciąży i Diagnostyki Prenatalnej<sup>254</sup>
- 5) Poradnia Diabetologiczna dla Kobiet Ciężarnych
- 6) Poradnia Diabetologiczna
- 7) Poradnia Okulistyczna z Pracownią Laserową,
- 8) Poradnia Chorób Skórnych i Wenerycznych.
- 9) Poradnia Ginekologii i Leczenia Niepłodności<sup>255</sup>
- 10) Poradnia Zaburzeń Rozwoju<sup>256</sup>
- 11) Poradnia Gastroenterologiczna<sup>257</sup>
- 12) Pracownia Endoskopowa<sup>258</sup>

---

<sup>247</sup> Zarządzenie 12/2018, zmieniono przedsiębiorstwa na: zakłady lecznicze

<sup>248</sup> Wykaz jednostek w Policach – w brzmieniu ustalonym Zarządzeniem 19/2017

<sup>249</sup> Zarządzenie Nr 39/2020 Dyrektora SPSK Nr 1 – zmieniono nazwę z: Klinika Diabetologii i Chorób Wewnętrznych na Klinikę Chorób Wewnętrznych, Reumatologii, Diabetologii, Geriatrii i Immunologii Klinicznej

<sup>250</sup> Zarządzenie Nr 39/2020, w pkt 8, dotyczącym KPPIG dopisano: (w ramach kliniki działa trakt porodowy, posiadający w swoim obrębie sale cięć i sale porodów)

<sup>251</sup> Zarządzenie 39/2020, dodano jednostkę: Apteka

<sup>252</sup> Zarządzenie 12/2018, zmieniono przedsiębiorstwa na: zakłady lecznicze

<sup>253</sup> Opis zmieniono – Zarządzenia 38/2017

<sup>254</sup> Zarządzenie Nr 1/2019, zmiana nazwy z Poradnia Ginekologiczno – Położnicza

<sup>255</sup> Dodano – Zarządzenie Nr 1/2019

<sup>256</sup> Dodano, Zarządzenie 25/2019

<sup>257</sup> Dodane, Zarządzenie 9/2020

<sup>258</sup> Zarządzenie 39/2020, dodano jednostkę: Pracownia Endoskopowa

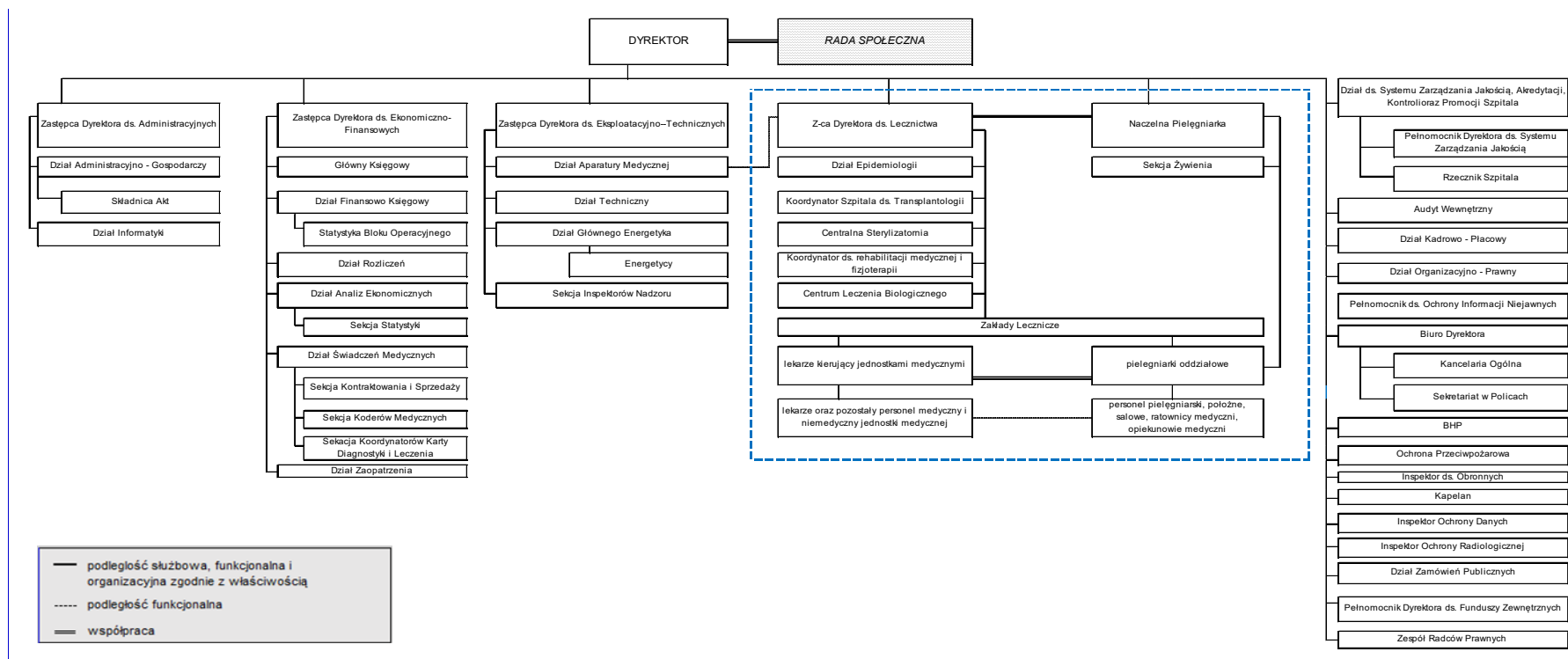
### 13) Poradnia Kardiologiczna<sup>259</sup>

---

<sup>259</sup> Zarządzenie Nr 35/2022, dodano Poradnia Kardiologiczna

## SCHEMAT RAMOWEJ STRUKTURY ORGANIZACYJNEJ <sup>260 261 262 263 264 265 266 267 268 269 270</sup>

### SCHEMAT RAMOWEJ STRUKTURY ORGANIZACYJNEJ Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 1 im. prof. Tadeusza Sokołowskiego Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie



<sup>260</sup> W treści ustalone Zarządzeniem Nr 7/2018

<sup>261</sup> Zarządzenie 12/2018, zmieniono przedsiębiorstwa na: zakłady lecznicze

<sup>262</sup> Zarządzenie Nr 1/2019 zmiana tytułu z: Schemat podległości służbowej, ustalono nowy schemat

<sup>263</sup> Zmiana, Zarządzenie 25/2019

<sup>264</sup> zmiana, Zarządzenie Nr 5/2020

<sup>265</sup> Zarządzenie Nr 9/2021, przeniesiono Dział Zamówień Publicznych z Pionu Administracyjnego do Pionu Dyrektora

<sup>266</sup> Zarządzenie Nr 13/2021, utworzona Dział ds. Systemu Zarządzania Jakością, Akredytacji, Kontroli oraz Promocji Szpitala, w ramach którego działu Pełnomocnik ds. Systemu Zarządzania Jakością i Rzecznika Szpitala

<sup>267</sup> Zarządzenie Nr 17/2021, dodano: Pełnomocnik Dyrektora ds. Funduszy Zewnętrznych

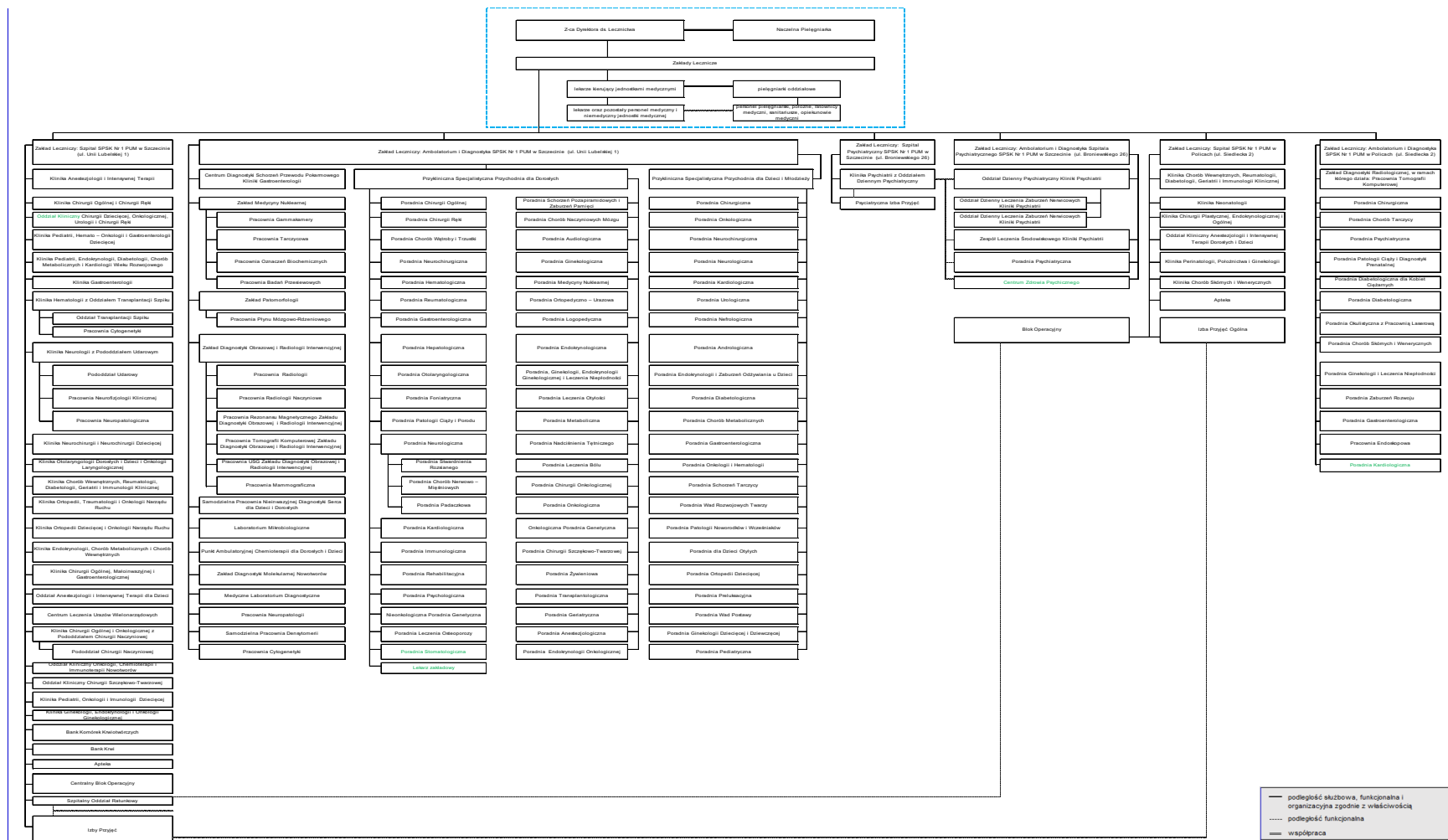
<sup>268</sup> Po zmianach określonych Zarządzeniem Nr 45/2021

<sup>269</sup> Po zmianach określonych Zarządzeniem Nr 7/2022

<sup>270</sup> Po zmianach określonych Zarządzeniem Nr 22/2022 i 27/2022

## SCHEMAT RAMOWEJ STRUKTURY ORGANIZACYJNEJ

**Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 1 im. prof. Tadeusza Sokołowskiego Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie- C.D.<sup>271 272273 274</sup>**



<sup>271</sup> Aktualizacja ramowej struktury zgodnie z Zarządzeniem 39/2020  
<sup>272</sup> Aktualizacja ramowej struktury zgodnie z Zarządzeniem 53/2021  
<sup>273</sup> Aktualizacja ramowej struktury zgodnie z Zarządzeniem 27/2022  
<sup>274</sup> Aktualizacja ramowej struktury zgodnie z Zarządzeniem 35/2022

**CENNIK  
USŁUG MEDYCZNYCH <sup>275</sup>**

**Cennik usług medycznych**

**Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 1 im. prof. Tadeusza Sokołowskiego**

**Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie**

**Uwaga:**

*Wszystkie ceny umieszczone w cenniku są cenami netto za wyjątkiem pozycji gdzie jest adnotacja, że ceny są brutto.*

**KONSULTACJE SPECJALISTYCZNE**

Lp.	Rodzaj świadczenia	Cena netto
1.	Konsultacje specjalistyczne	100.00
2.	Konsultacje profesora	150.00
3.	Konsultacja anestezjologiczna	100.00

**KONSULTACJE SPECJALISTYCZNE - z dojazdem\***

Lp.	Rodzaj świadczenia	Cena netto
1.	Konsultacje specjalistyczne	150.00
2.	Konsultacje profesora	250.00

**Uwaga!**

\*dotyczy tylko pacjentów z innych jednostek służby zdrowia

**SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY Z OGÓLNA IZBĄ PRZYJĘĆ**

Lp.	Rodzaj świadczenia	Cena netto
1.	Porada i badanie lekarskie	80.00
2.	Konsultacje specjalistyczne	100.00
3.	Konsultacje profesora	150.00
4.	Opieka pielęgniarska	30.00
5.	Założenie opatrunku na ranę	91.00
6.	Usunięcie ciała obcego bez nacięcia - inne	91.00
7.	Usunięcie ciała obcego z tułowia	91.00
8.	Usunięcie ciała obcego z ręki bez nacięcia	91.00
9.	Usunięcie ciała obcego z kończyny górnej (z wyjątkiem dłoni) bez nacięcia	91.00
10.	Usunięcie ciała obcego ze stopy bez nacięcia	91.00
11.	Usunięcie ciała obcego z nogi (z wyjątkiem stopy) bez nacięcia	91.00
12.	Usunięcie ropnia okołoodbytnicowego	124.00
13.	Płukanie rany	91.00
14.	Oczyszczanie rany, zakażenia lub oparzenia bez wycinania	110.00
15.	Oczyszczanie (wycięcie) rany, zakażenia lub oparzenia - inne	110.00
16.	Nakłucie opłucnej - punkcja odbarczająca	155.00
17.	Nakłucie otrzewnej - punkcja odbarczająca	155.00
18.	Szycie pojedynczej rany skóry i tkanki podskórnej powyżej 4 cm	136.00
19.	Szycie pojedynczej rany skóry i tkanki podskórnej do 4 cm	136.00
20.	Szycie licznych ran skóry i tkanki podskórnej poniżej 4 cm	142.00
21.	Usunięcie paznokcia, łożyska paznokcia	104.00
22.	Aspiracja krwiaka paznokcia, skóry lub tkanki podskórnej	104.00
23.	Wymiana opatrunku unieruchamiającego kończyny górnej	234.00
24.	Wymiana opatrunku unieruchamiającego kończyny dolnej	234.00

25.	Wymiana opatrunku unieruchamiającego innej okolicy	234.00
26.	Usunięcie gipsu	234.00
27.	Usunięcie szwów z innej okolicy	91.00
28.	Szycie rany piersi	116.00
29.	Nacięcie, drenaż skóry, tkanki podskórnej	124.00
30.	Wycięcie martwiczej tkanki	110.00
31.	Ręczne odprowadzenie przepukliny	104.00
32.	Ręczne odprowadzenie wypadniętej odbytnicy	104.00
33.	Szycie pochwki ścięgna ręki	228.00
34.	Szycie ścięgna ręki	262.00
35.	Szycie mięśnia, powięzi ręki	262.00
36.	Szycie ścięgna - inne	262.00
37.	Szycie mięśnia, powięzi - inne	262.00
38.	Podwiązanie naczynia krwionośnego - naczyń kończyny górnej	246.00
39.	Podwiązanie naczynia krwionośnego - tętnic kończyny dolnej	246.00
40.	Podwiązanie naczynia krwionośnego - żył kończyny dolnej	246.00
41.	Szycie tętnicy	268.00
42.	Szycie żyły	268.00
43.	Opracowanie chirurgiczne otwartego złamania - kość promieniowa/tokciowa	149.00
44.	Opracowanie chirurgiczne otwartego złamania - kości nadgarstka/śródręcza	149.00
45.	Opracowanie chirurgiczne otwartego złamania - paliczki ręki	143.00
46.	Toaleta rany i opatrunek (zaopatrzenie rany bez szycia)	30.00
47.	Zaopatrzenie chirurgiczne prostej rany (mycie rany + szycie +opatrunek)	130.00
48.	Zaopatrzenie chirurgiczne ran rozległych oraz powikłanych (mycie rany + szycie + opatrunek)	250.00
49.	Inne drobne zabiegi chirurgiczne ( np. nacięcie ropnia, usunięcie ciała obcego )	150.00
50.	Nastawienie i unieruchomienie złamań i zwichnięć (cena nie zawiera kosztów znieczulenia ogólnego)	185.00
51.	Otoskopia	97.00
52.	Przyżeganie przy krwotoku z nosa i tamponada	640.00
53.	Płukanie ucha	103.00
54.	Płukanie przewodów nosowych	94.00
55.	Płukanie ucha z usunięciem woskowiny	119.00
56.	Wymiana tamponady nosa	216.00
57.	Usunięcie tamponady nosa	128.00
58.	Szycie rany nosa	362.00
59.	Szycie rany wargi	208.00
60.	Szycie rany języka	254.00
61.	Szycie rany jamy ustnej	254.00
62.	Szycie rany podniebienia	220.00
63.	Zamknięte nastawienie złamania nosa	218.00
64.	Otwarte nastawienie złamania nosa	240.00
65.	Drenaż ropnia przez jamę ustną okołomigdałkowego	286.00
66.	Drenaż ropnia przez jamę ustną zagardłowego	694.00
67.	Drenaż ropnia przegrody nosa	541.00
68.	Koagulacja chemiczna krwawienia z nosa	130.00
69.	Tamponada przednia nosa	150.00
70.	Tamponada tylna nosa	180.00
71.	Nacięcie krwiaka ( ropnia ) przegrody nosa	230.00
72.	Usunięcie woszczyzny lub ciała obcego z ucha	100.00
73.	Usunięcie ciała obcego z nosa, gardła krtani lub przełyku (cena nie zawiera kosztów znieczulenia ogólnego)	250.00
74.	Opatrunek ucha + leki	132.00
75.	Badanie audiometryczne	66.00
76.	Badanie czynności przedsionków ( próby kaloryczne )	165.00
77.	Paracenteza	150.00
78.	Nacięcie ropnia okołomigdałkowego	180.00
79.	Usunięcie kamienia z przewodu ślinianki podżuchwowej	220.00
80.	Drobne zabiegi otolaryngologiczne (np.. nacięcie krwiaka, ropnia małżowiny usznej)	110.00
81.	Wkłucie centralne	140.00
82.	Wykorzystanie monitora Rtg przy repozycji złamań i wichnięć	200.00
83.	Wykonanie każdej iniekcji iv, im, sc *	50.00
84.	Cewnikowanie pęcherza moczowego	70.00
85.	USG jamy brzusznej FAST (badanie w SOR)	60.00
86.	Pomiar RR	30.00
87.	Badanie EKG z opisem	45.00
88.	Płukanie żołądka	130.00
89.	Kroplówka dożylna	75.00
90.	Pobranie materiału do badań histo - patomorfologicznych	165.00
91.	Każde pobranie materiału do badań bakteriologicznych	22.00

92.	Znieczulenie ogólne (krótkie do 30 min)	180.00
93.	Znieczulenie nasiękowe	85.00
94.	Znieczulenie spłotów lub nerwów obwodowych (do 2 godzin)	223.00
95.	Intubacja dotchawiczna	100.00

Uwaga:

\* usługa związana wyłącznie z leczeniem / badaniem pacjenta będąca przyczyną wizyty ( bez wykonywania szczepień )

#### ZNIECZULENIA AMBULATORYJNE

Lp	Rodzaj świadczenia	Cena netto
1.	Znieczulenie ogólne - za pierwsze 30 minut	180.00
1.a	j.w. - dopłata za każde następne rozpoczęte 30 minut	60.00
2.	Znieczulenie regionalne - za pierwsze 30 minut	170.00
2.a	j.w. - dopłata za każde następne rozpoczęte 30 minut	60.00

#### KLINIKA CHIRURGII DZIECIĘCEJ I ONKOLOGICZNEJ

Lp	Rodzaj świadczenia	Cena netto
1.	Badanie urodynamiczne	400.00
2.	Badanie uroflowmetryczne	70.00

#### KLINIKA CHIRURGII OGÓLNEJ I ONKOLOGICZNEJ

Lp.	Rodzaj świadczenia	Cena zł
1.	Biopsja gruboigłowa bez badania histopatologicznego i oznaczeń	165.00

#### ODDZIAŁ KLINICZNY CHIRURGII SZCZĘKOWO-TWARZOWEJ <sup>276</sup>

Lp.	Rodzaj świadczenia	Cena zł
1.	Zdjęcie szyny nazębnej	84.00

#### KLINIKA CHOROÓB SKÓRNYCH I WENERYCZNYCH

Lp.	Rodzaj świadczenia	Cena netto
1.	Elektrokoagulacja - 1-5 zmian skórnych	200.00
2.	Krioterapia kontaktowa powyżej 1 cm	90.00
3.	Krioterapia kontaktowa poj. zmiana do 1 cm	60.00
4.	Łyżeczkowanie zmian skórnych 1-3	50.00
5.	Łyżeczkowanie zmian skórnych 4-10	90.00
6.	Laseroterapia zmian skórnych 1 - 3	200.00
7.	Laseroterapia zmian skórnych 4-10	400.00
8.	Chirurgiczne usunięcie torbieli, kaszaka, tłuszczaka	200.00
9.	Wycięcie zmiany nowotworowej skóry i zamknięcie ubytku przez zszycie	250.00
10.	Usunięcie małych znamion barwnikowych z badaniem histopatologicznym	250.00
11.	Pobranie wycinka do badania histopatologicznego	160.00
12.	Zdjęcie płytki paznokciowej	120.00
<b>PRACOWNIA FIZYKOTERAPII</b>		
1.	Naświetlanie lampą Helarium - promienie UVA	18.00
2.	Jonoforeza	22.00
3.	Naświetlanie lampą Psorilux 3070 - UVB	15.00
4.	Naświetlanie lampą Psorilux 5050	15.00
5.	Naświetlanie lampą Solux - 1 zabieg	14.00
6.	Naświetlanie urządzeniem Cosmedico Tester Medizine	32.00
7.	Naświetlanie lampą CP-4	20.00
8.	Naświetlanie lampą N-line	20.00
9.	Naświetlanie aparatem światłowodowym Dermaflex	15.00

<sup>276</sup> Zarządzenie Nr 53/2021- zmiana z Klinika na Oddział Kliniczny

10.	Naświetlanie lampą Valdmann UV802L	20.00
<b>PRACOWNIA MYKOLOGII</b>		
1.	Badanie w świetle lampy Wooda	10.00
2.	Badanie na Demodex (skóra, rzęsy)	20.00
3.	Hodowla w kierunku grzybów drożdżopodobnych z badaniem wrażliwości na leki	73.00
4.	Hodowla mykologiczna	61.00
5.	Pobranie i badanie preparatu bezpośredniego pobranego ze skóry, paznokci, głowy, ucha itp. oraz wymazu z błon śluzowych	22.00
6.	Badanie w kierunku świerzbu	25.00
7.	Badanie wrażliwości grzybów drożdżopodobnych na leki	62.00
<b>PRACOWNIA ALERGOLOGII Testy punktowe:</b>		
1.	Testy fizykalne na ciepło	50.00
2.	Testy fizykalne - dermatografizm	50.00
3.	Testy fizykalne na ucisk	50.00
4.	Testy fizykalne na wysiłek	70.00
5.	Testy fizykalne na zimno	50.00
6.	Testy płatkowe naskórkowe - standard europejski - 24 alergen	200.00
7.	Testy punktowe - każdy kolejny alergen - 1 test	12.00
8.	Testy punktowe - alergeny pokarmowe - 10 testów	120.00
9.	Testy punktowe - alergeny wziewne - 10 testów	120.00
10.	Spirometria z opisem (DERM)	50.00
11.	Spirometria z próbą rozkurczową	70.00
12.	Próba z surowicą autologiczną	120.00

**Uwaga!** w/w ceny nie obejmują badań patomorfologicznych i badań laboratoryjnych.

#### KLINIKA GASTROENTEROLOGII

Lp.	Rodzaj świadczenia	Cena netto
1.	Biopsja cienkoigłowa zmiany ogniskowej z badaniem cytologicznym (2-4 rozmazy)	120.00
2.	Punkcja i/ lub drenaż torbieli, ropni i jam ciała	480.00
3.	Przezkórna przezwątrobowa cholangiografia (PTC)	1 150.00
4.	Gastroskopia diagnostyczna	230.00
5.	Gastroskopia diagnostyczna z biopsją (z bad. hist.-pat.)	340.00
6.	Kolonoskopia diagnostyczna	380.00
7.	Kolonoskopia diagnostyczna z pobraniem biopsji (uwzględnione badanie hist.-pat.)	440.00
8.	Kolonoskopia lub sigmoidoskopia z zabiegiem polipektomii prostej - (uwzględnione bad hist.-pat.)	620.00
9.	Gastroskopia z zabiegiem usunięcia zmian uwzględniających polipektomię złożoną (z bad. hist.-pat.) lub z zabiegiem terapeutycznym w leczeniu zmian naczyniowych	1 300.00
10.	Gastroskopia z założeniem sondy do GOPP lub z zabiegiem usuwania ciała obcego	950.00
11.	Gastroskopia z zabiegiem polipektomii prostej uwzględnione badanie hist.-pat.	580.00
12.	Gastroskopia z zabiegiem udrażniania lub mechanicznego rozszerzania światła przewodu pokarmowego	880.00
13.	Gastroskopia z zabiegiem zakładania przezkórnej gastrostomii	950.00
14.	Gastroskopia z zabiegiem założenia przełykowej lub dojelitowej protezy samorozprężalnej	4 620.00
15.	ECPW diagnostyczna lub ECPW diagnostyczna uwzględniająca biopsję wraz z badaniem hist. -pat.	620.00
16.	Kolonoskopia lub sigmoidoskopia z zabiegiem usunięcia zmian uwzględniającym polipektomię złożoną (uwzględnione badania hist. -pat.)	1 300.00
17.	Kolonoskopia lub sigmoidoskopia z zabiegiem terapeutycznym w leczeniu zmian naczyniowych	900.00
18.	Kolonoskopia lub sigmoidoskopia z zabiegiem udrażniania lub mechanicznego rozszerzania światła przewodu pokarmowego	1 110.00
19.	Kolonoskopia lub sigmoidoskopia z zabiegiem założenia dojelitowej protezy samorozprężalnej	6 535.00
20.	Endosonografia diagnostyczna	590.00
21.	Endosonografia diagnostyczno-zabiegowa w przewodzie pokarmowym (uwzględnione bad. hist.-pat.)	1 670.00
22.	ECPW zabiegowo-kontrolna uwzględniająca zabieg sfinkterotomii lub kontrolę instrumentalną dróg żółciowych/ trzustkowych lub usunięcie protezy	1 100.00
23.	ECPW z zabiegiem wymiany protez w drogach żółciowych/ trzustkowych	1 100.00
24.	ECPW z zabiegiem usunięcia złożeń (liczba złożeń 1-3 i średnica każdego nie większa niż 12 mm) z dróg żółciowych/ trzustkowych	1 200.00
25.	Endoskopowe leczenie nowotworów łagodnych, wczesnych postaci nowotworów złośliwych i stanów przednowotworowych przewodu pokarmowego	1 165.00
26.	Endoskopowe leczenie nienowotworowych chorób przewodu pokarmowego	1 165.00
27.	ECPW z zabiegiem uzyskania drenażu	1 430.00
28.	ECPW z zabiegiem usunięcia złożeń (liczba złożeń powyżej 3 lub złożeń o średnicy powyżej 12 mm), lub z zabiegiem litotrypsji	1 855.00
29.	ECPW z zabiegiem zakładania protezy samorozprężalnej (w tym koszt protezy)	6 535.00
30.	ECPW z zabiegiem drenażu torbieli okołotrzustkowych lub okołodwunastniczych	1 530.00



31.	ECPW z zabiegiem usunięcia złożeń wraz z protezowaniem protezą tradycyjną dróg żółciowych/ trzustkowych	1 795.00
32.	ECPW i PTC zabiegowe wykonywane u jednego pacjenta w celu uzyskania drożności dróg żółciowych	1 510.00
33.	Rektosigmoidoskopia	180.00
34.	Rektosigmoidoskopia z pobraniem wycinków	300.00
35.	USG	70.00
36.	Badania jelita cienkiego metodą kapsułki endoskopowej	4 500.00
37.	Tamowanie krwawień z użyciem Hemospray	6 840.00

#### KLINIKA GINEKOLOGII, ENDOKRYNOLOGII I ONKOLOGII GINEKOLOGICZNEJ

Lp.	Rodzaj świadczenia	Cena netto
1.	Badanie USG ginekologiczne	70.00
2.	Badanie USG jednorazowe w monitorowaniu jajczkowania	40.00
3.	Badanie kolposkopowe	60.00
4.	Badanie urodynamiczne u kobiet	450.00
5.	Wyłyżeczkowanie jamy macicy	500.00
6.	Wycinki z tarczy szyjki macicy z wyłyżeczkowaniem kanału szyjki macicy bez znieczulenia ogólnego	250.00
7.	Wycinki z tarczy szyjki macicy z wyłyżeczkowaniem kanału szyjki macicy ze znieczuleniem ogólnym	500.00
8.	Wycinki ze sromu lub pochwy bez znieczulenia ogólnego	200.00
9.	Wycinki ze sromu lub pochwy ze znieczuleniem ogólnym	450.00
10.	Inseminacja (preparatyka i ocena nasienia do procedury)	700.00
11.	Procedury okołoinseminacyjne nie objęte koszykiem świadczeń gwarantowanych	600.00

#### KLINIKA HEMATOLOGII Z ODDZIAŁEM TRANSPLANTACJI SZPIKU

Lp.	Rodzaj świadczenia	Cena netto
1.	Ocena rozmazu krwi	12.00
2.	Ocena rozmazu szpiku wraz z rozmazem krwi ( barwienie podstawowe metodą May - Gruenwald - Giemsa )	150.00
3.	Barwienie i ocena bioptatu szpiku	250.00
4.	Barwienie rozmazu krwi i szpiku ( metodą MGG )	6.00
5.	<b>Barwienie cytochemiczne komórek krwi i szpiku wraz z oceną:</b>	
5.1	żelazo pozahemowe	24.00
5.2	aktywność fosfatazy kwaśnej	30.00
5.3	aktywność fosfatazy kwaśnej odpornej na winian	30.00
5.4	aktywność peroksydazy	20.00
5.5	aktywność esterazy nieswoistej	30.00
5.6	barwienie na glikogen ( PAS )	20.00
6.	Określenie aktywności fosfatazy alkalicznej w granulocytach (FAG)	35.00
7.	Miano zimnych aglutynin	35.00
8.	Pobranie krwi, wykonanie rozmazu i jego wybarwienie (metoda MGG)	10.00
9.	Aspiracja szpiku kostnego (zabieg) - bez kosztów igły	150.00
10.	Aspiracja szpiku kostnego (zabieg) - z kosztami igły	210.00
11.	Biopsja szpiku kostnego (zabieg) - bez kosztów igły	230.00
12.	Biopsja szpiku kostnego (zabieg) - z kosztami igły	340.00

#### KLINIKA ENDOKRYNOLOGII, CHOROŃ METABOLICZNYCH I CHOROŃ WEWNĘTRZNYCH

Lp.	Rodzaj świadczenia	Cena netto
1.	EKG - bez opisu	15.00

#### KLINIKA NEONATOLOGII

Lp.	Rodzaj świadczenia	Cena netto
1	Badanie USG mózgowia	69.00

#### KLINIKA NEUROLOGII

##### Pracownia EMG

Lp.	Rodzaj świadczenia	Cena netto
1	Neurografia	
1.1	Badanie przewodzenia we włóknach ruchowych jednego nerwu obwodowego + fala F	35.00
1.2	Badanie przewodzenia we włóknach czuciowych jednego nerwu obwodowego	20.00
1.3	Badanie nerwu ruchowo - czuciowego metodą krótkich segmentów	50.00

1.4	Badanie odruchu Hoffmanna (H reflex)	60.00
1.5	Badanie odruchu mrugania (blink reflex)	70.00
2	<b>Elektromiografia</b>	
2.1	Badanie ilościowe jednego mięśnia koncentryczną elektrodą igłową	35.00
2.2	Próba ischemiczna	60.00
3	<b>Zaburzenia transmisji nerwowo - mięśniowej</b>	
3.1	Elektrostymulacyjna próba męczliwości jednego mięśnia ( RNS )	80.00
3.2	Powtórny test RNS z podaniem Edrophonium	60.00
3.3	Koszt podania 1 amp. Edrophonium do próby miasteniczej	90.00
3.4	Koszt podania Polstygminy do próby miasteniczej	20.00
3.5	Badanie metodą pojedynczego włókna mięśniowego ( SF EMG )	200.00

### **Badania elektrofizjologiczne w zakresie potencjałów wywołanych**

Lp.	Rodzaj świadczenia	Cena netto
1.	Wzrokowe potencjały wywołane ( VEP )	80.00
2.	Słuchowe potencjały wywołane z pnia mózgu (BAEP)	80.00
3.	Somatosensoryczne potencjały wywołane przy stymulacji kończyn górnych (SSEP - nn pośrodkowe)	100.00
4.	Somatosensoryczne potencjały wywołane przy stymulacji kończyn dolnych (SSEP nn piszczelowe)	150.00
5.	Ruchowe potencjały wywołane stymulacją magnetyczną (MEP)	80.00
6.	Współczulne potencjały skórne (SSR)	70.00
7.	Test zmienności rytmu zatokowego (RR Interval)	80.00
8.	Potencjały związane ze zdarzeniem ( P300)	100.00

### **Pracownia EEG**

Lp.	Rodzaj świadczenia	Cena netto
1.	Badnie standardowe - osoby dorosłe	80.00
2.	Badanie standardowe - dzieci	80.00
3.	Badanie po bezsennej nocy	100.00
4.	Badanie z aktywacją farmakologiczną	150.00
5.	Długoterminowe badanie EEG 24 godz.	450.00
6.	Badanie Videometryczne	100.00
7.	Badanie nocne	600.00
8.	Badanie dzieci w czasie snu	100.00

### **Pracownia Płynu Mózgowo - Rdzeniowego**

Lp.	Rodzaj świadczenia	Cena netto
1.	Badanie ogólne płynu mózgowo - rdzeniowego	15.00
2.	Badanie cytologiczne płynu mózgowo - rdzeniowego w kamerze Sayka metodą May Grunwald - Giemsa i oceną preparatu	30.00
3.	Badanie cytologiczne płynu mózgowo - rdzeniowego w kamerze Sayka z błękitem berlińskim i oceną preparatu	30.00
4.	Badanie cytologiczne płynu mózgowo - rdzeniowego metodą Hetticha z oceną preparatu	30.00
5.	Badanie immunoglobulin w płynie mózgowo-rdzeniowym ( albuminy, IgA, IgM, IgG ) w Turbitimerze	108.00
5.1	badanie albumin w płynie mózgowo - rdzeniowym	29.00
5.2	badanie IgA w płynie mózgowo - rdzeniowym	26.00
5.3	badanie IgM w płynie mózgowo - rdzeniowym	26.00
5.4	badanie IgG w płynie mózgowo - rdzeniowym	26.00
6	Badanie immunoglobulin w surowicy ( albuminy IgA, IgM, IgG ) w Turbitimerze	103.00
7.	Badanie immunoglobulin w płynie mózgowo - rdzeniowym ( albuminy, IgA, IgM, IgG ) w płytkach immunoglobulinowych	108.00
7.1	badanie albuminy w płynie mózgowo-rdzeniowym	28.00
7.2	badanie IgA w płynie mózgowo - rdzeniowym	25.00
7.3	badanie IgM w płynie mózgowo - rdzeniowym	25.00
7.4	badanie IgG w płynie mózgowo - rdzeniowym	25.00
8.	Badanie immunoglobulin w surowicy krwi ( albuminy, IgA, IgM, IgG ) na płytkach immunoglobulinowych	103.00
8.1	badanie albumin w surowicy	28.00
8.2	badanie IgA w surowicy	25.00
8.3	badanie IgM w surowicy	25.00
8.4	badanie IgG w surowicy	25.00

9.	Badanie lipidów w płynie mózgowo - rdzeniowym metodą Sudan Czarny B	29.00
10.	Badanie płynu mózgowo - rdzeniowego PAS z oceną preparatu	18.00
11.	Badanie CRP w surowicy krwi	13.00
12.	Badanie fibrynogenu w osoczu	9.00
13.	Rozdział białek w postaci prążków oligoklonalnych w płynie mózgowo-rdzeniowym i surowicy krwi	160.00

### **Pracownia Neuropatologii**

Lp.	Rodzaj świadczenia	Cena netto
1.	Badanie HE (hematoksylina - eozyna) - cena za szkiełko	25.00
2.	Badanie immunohistochemiczne -cena za szkiełko	120.00
3.	Konsultacja specjalistyczna	220.00

### **KLINIKA ORTOPEDII I DZIECIĘCEJ I ONKOLOGII NARZĄDU RUCHU**

Lp	Rodzaj świadczenia	Cena netto
1.	Profilaktyczne badanie preluksacyjne wraz z badaniem USG stawów biodrowych	100.00
2.	Punkcja stawu	50.00
3.	Nastawienie i unieruchomienie złamania	300.00
4.	Opatrunek gipsowy	50.00
5.	Opatrunek gipsowy biodrowy	200.00
6.	Gorset gipsowy	400.00

### **KLINIKA OTOLARYNGOLOGII DOROSŁYCH I DZIECI I ONKOLOGII OTOLARYNGOLOGICZNEJ**

Lp.	Rodzaj świadczenia	Cena netto
1.	Adenotomia w znieczuleniu ogólnym *	500.00
2.	Analiza akustyczna głosu	80.00
3.	Audiometria tonalna	48.00
4.	Badania laryngovideoskopowe	120.00
5.	Badania laryngovideostroboskopowe	140.00
6.	Badanie cytologiczne błony śluzowej nosa	100.00
7.	Badanie endoskopowe krtani	50.00
8.	Badanie endoskopowe nosa	80.00
9.	Badanie ENG	156.00
10.	Badanie foniatryczne + nauka prawidłowej emisji głosu	100.00
11.	Badanie foniatryczne dzieci z wadą wymowy + ćwiczenia	100.00
12.	Badanie impedancyjne + tympanometria	48.00
13.	Badanie laryngovideostroboskopowe z oznaczeniem częstotliwości podstawowej, zakresu i natężenia głosu	140.00
14.	Badanie przepływowo u chorych ze zwężeniem krtani lub tchawicy	100.00
15.	Badanie rymometryczne	300.00
16.	Badanie spirometryczne	100.00
17.	Badanie ucha pod mikroskopem	100.00
18.	Endoskopia krtani + pobranie wycinka do badania hist.- pat. * *	90.00
19.	Badanie videolaryngoskopowe	120.00
20.	Badanie węchu i smaku	100.00
21.	Każde pobranie materiału do badań laboratoryjnych i bakteriologicznych	20.00
22.	Miringotomia *	150.00
23.	Nacięcie krwiaka małżowiny usznej lub przegrody nosa	200.00
24.	Nacięcie ropnia okołomigdałkowego	150.00
25.	Nastawienie złamania kości nosa i przegrody nosowej wewnątrznosowe *	200.00
26.	Nastawienie złamania kości nosa i przegrody wewnątrznosowa+zaopatrzenie chirurgiczne ran nosa i twarzy	1 500.00
27.	Opatrunek ucha po operacji pod mikroskopem + leki	120.00
28.	Operacja korekcyjna nosa *	1 200.00
29.	Operacja korekcyjna odstających uszu *	1 000.00
30.	Operacja mikroskopowa/endoskopowa zatok przynosowych *	1 500.00
31.	Operacja pobrania węzła do badania hist.- pat.	400.00
32.	Operacja przegrody nosa *	1 000.00
33.	Operacja zatok z dojścia przez przedsionek jamy ustnej *	1 300.00
34.	Operacja zmarszczek *	2 000.00
35.	Paracenteza błony bębenkowej w znieczuleniu ogólnym + założenie szpulki	150.00
36.	Płukanie zatok metodą Proetza	50.00
37.	Pobranie wycinków z obrębu głowy i szyi ( np. jama ustna, nosogardło itd. ) * *	100.00
38.	Podcięcie krótkiego wędzidełka	100.00
39.	Polipektomia w znieczuleniu ogólnym *	900.00
40.	Pomiar ciśnienia w obrębie zwieracza gardłowo - przełykowego metodą Seemana, badanie videolaryngoskopowe oraz nauka mowy przełykowej	200.00
41.	Pomiar ciśnienia w obrębie zwieracza gardłowo-przełykowego i w przełyku metodą manometryczną	100.00

42.	Punkcja zatok szczękowych ( z lekami )	90.00
43.	Rozszerzenie przełyku nie wymagające hospitalizacji	100.00
44.	Sialometria	100.00
45.	Skrócenie przedłużonego języczka *	500.00
46.	Tamponada tylna nosa	200.00
47.	Test sacharynowy	100.00
48.	Tonsillektomia w znieczuleniu miejscowym	1 000.00
49.	Tonsillektomia w znieczuleniu ogólnym *	1 300.00
50.	Tracheotomia*	1 000.00
51.	Usunięcie ciała obcego z nosa, gardła lub krtani *	100.00
52.	Usunięcie ciała obcego z przełyku w znieczuleniu ogólnym *	1 000.00
53.	Usunięcie niewielkiej zmiany łagodnej	400.00
54.	Zabiegi diagnostyczne nosa: płukanie jamy nosa, próba prowokacji nosowej alergenami, badanie rymetryczne	500.00

**Uwaga!**

\* ) cena zabiegu nie obejmuje kosztów znieczulenia ogólnego oraz ewentualnego

( zalecanego ) krótkoterminowego pobytu w Klinice

\* \* ) cena zabiegu nie obejmuje kosztów znieczulenia ogólnego i ewentualnego ( zalecanego ) krótkoterminowego pobytu w klinice oraz kosztów badania histopatologicznego

**KLINIKA PEDIATRII, HEMATO-ONKOLOGII I GASTROENTEROLOGII DZIECIĘCEJ**

Lp	Rodzaj świadczenia	Cena netto
<b>I</b>	<b>Pracownia Endoskopowa</b>	
1	Gastroduodenoskopia + test urazowy *	155.00
2	Kolonoskopia *	300.00
3	Testy alergiczne ( prick, patch, natywne ) - każda próbka	3.00
<b>II</b>	<b>Pracownia Biochemiczna</b>	
	<b>Badania gastrologiczne</b>	
1.	Przeciwciała antygliadynowe AGA ( IgA, IgG )	
1.1	jakościowe	20.00
1.2	ilościowe	70.00
2.	Przeciwciała przeciw transglutaminazie tkankowej TGA ( IgA )	90.00
	<b>Badania alergologiczne</b>	
1.	Całkowite IgE ( tIgE )	25.00
2.	Eozynofilowe białko kationowe ECP	48.00
3.	Specyficzne IgE ( sIgE ) - pojedyncze alergeny	
3.1	mleko	35.00
3.2	gluten	35.00
3.3	wołowina	35.00
3.4	soja	35.00
3.5	jajko	35.00
3.6	białko jajka	35.00
3.7	żółtko jajka	35.00
3.8	wieprzowina	35.00
3.9	pszenica	35.00
3.10	żyto	35.00
3.11	kukurydza	35.00
3.12	latex	35.00
3.13	sierść psa	35.00
3.14	sierść kota	35.00
3.15	roztocze kurzu domowego d <sub>1</sub>	35.00
3.16	roztocze mączne d <sub>2</sub>	35.00
3.17	mleko kozie	35.00
3.18	kazeina	35.00
3.19	alfa - laktalbumina	35.00
3.20	beta - laktoglobulina	35.00
4.	Mieszanki alergenów	
4.1	mieszanka alergenów pokarmowych ( f x 5E )	50.00
4.2	mieszanka alergenów środowiskowych ( phad )	50.00
4.3	trawy ( g x 3 )	50.00
4.4	drzewa ( t x 9 )	50.00
4.5	chwasty ( w x 3 )	50.00
4.6	roztocza ( h x 2 + kurz domowy )	50.00

4.7	pleśń ( m x 1 )	50.00
4.8	ryby i skorupiaki ( f x 2 )	50.00
	<b>Badania hematologiczne</b>	
1.	Barwienie rozmazu krwi i szpiku metodą MGG	10.00
2.	Barwienie cytochemiczne komórek krwi i szpiku	
2.1	żelazo pozahemowe	25.00
2.2	aktywność fosfatazy kwaśnej ( FK )	25.00
2.3	aktywność peroksydazy ( POX )	25.00
2.4	aktywność esterazy nieswoistej	25.00
2.5	barwienie na glikogen ( PAS )	25.00
3.	Określenie aktywności fosfatazy alkalicznej w granulocytach (FAG ) w rozmazach krwi, barwienie i ocena	50.00
4.	Pobranie krwi, wykonanie rozmazu i jego wybarwienie	15.00
5.	Ocena rozmazu szpiku	70.00
6.	Ocena rozmazu krwi	30.00
7.	Badanie fagocytozy	60.00
	<b>Inne badania</b>	
1.	Ocena osadu płynu mózgowo - rdzeniowego	50.00
2.	Ocena krwinkomoczu w mikroskopie kontrastowo - fazowym	80.00
3.	Próba potowa z pilokarpiną	50.00
4.	Osmolarność:	
4.1	surowicy	20.00
4.2	moczu	15.00
5.	Metabolity feniloalaniny w moczu	40.00
6.	Oznaczenie stężenia metotreksatu ( MTX ) we krwi - monitorowanie stężenia leku	60.00
7.	Odwieranie krwi	5.00
8.	Odwieranie krwi w wirówce z chłodzeniem	8.00

**Uwaga!**

\* ) w/w ceny nie obejmują badań patomorfologicznych i badań laboratoryjnych.

**KLINIKA PEDIATRII, ENDOKRYNOLOGII, DIABETOLOGII, CHOROÓB METABOLICZNYH I KARDIOLOGII  
WIEKU ROZWOJOWEGO**

**Pracownia Polikardiografii Dziecięcej**

Lp.	Rodzaj świadczenia	Cena netto
1.	Badanie EKG + opis	30.00
2.	Badanie USG serca metodą Dopplera z opisem	100.00
3.	Badanie USG serca metoda Dopplera opisem i konsultacją kardiologiczną	130.00
4.	24 godzinny zapis EKG metodą Holter	130.00
5.	24 godzinne monitorowanie ciśnienia tętniczego metodą Holter RR	90.00

**Pracownia Antropometryczna**

Lp.	Rodzaj świadczenia	Cena netto
1	Ocena proporcji ciała (morfogram)	35.00
2	Badanie zawartości tkanki tłuszczowej	15.00
3	Morfogram + prognoza wzrostu	40.00

**KLINIKA PERINATOLOGII, POŁOŻNICTWA I GINEKOLOGII**

Lp.	Rodzaj świadczenia	Cena netto	Cena brutto z VAT 23 %
1.	Badanie materiału poronnego techniką mikromacierzy	2 500.00	
2.	Badanie KTG	50.00	
3.	Badanie ginekologiczne plus wziernikowanie pochwy	80.00	
4.	USG płodu	200.00	
5.	Badanie USG ginekologiczne	70.00	
6.	Badanie USG jednorazowe w monitorowaniu jajeczkowania	40.00	
7.	Wycinki z tarczy szyjki macicy z wyłęczkowaniem kanału szyjki macicy bez znieczulenia ogólnego	250.00	
8.	Wycinki z tarczy szyjki macicy z wyłęczkowaniem kanału szyjki macicy ze znieczuleniem ogólnym	500.00	
9.	Wyłęczkowanie jamy macicy	500.00	

10.	Wycinki ze sromu lub pochwy bez znieczulenia ogólnego	200.00	
11.	Wycinki ze sromu lub pochwy ze znieczuleniem ogólnym	450.00	
12.	Badanie USG narządu rodnego i w I trymestrze ciąży	150.00	
13.	Badanie USG w II i III trymestrze ciąży, poszerzone o badanie dopplerowskie przepływu krwi u płodu	250.00	
14.	Badanie USG płodu, poszerzone o badanie echokardiograficzne	350.00	
15.	Monitorowanie jajczkowania ( badanie jednorazowe )	50.00	
16.	Test prenatalny I trymestru / badanie USG oraz badania biochemiczne $\beta$ -HCG i PAPP-A	450.00	
17.	Nagranie badania na płycie DVD	8.13	10.00

#### KLINIKA PSYCHIATRII

Lp	Rodzaj świadczenia	Cena netto
<i>Diagnostyka psychiatryczna</i>		
1.	Badanie psychiatryczne z ustaleniem zaleceń medycznych	100.00
<i>Diagnostyka psychologiczna</i>		
1	Analiza dokumentacji-ustalenie problemu diagnostycznego w konsult. z lekarzem prowadzącym - 20 min.	30.00
2	Wywiad z pacjentem - 1 godz.	100.00
3	Testy organiczne - 45 min.	70.00
4	Badanie intelektu - 1,5 godz.	150.00
5	Badanie osobowości - 4,5 godz.	200.00
6	Badanie przebiegu procesów poznawczych z wykorzystaniem testów neuropsychologicznych - 1,5 godz.	150.00
7	Sporządzenie opinii pisemnej ( obligatoryjnie ) - 45 min.	70.00
8	Badanie konferencyjne - 50 min.	150.00
<i>Praca psychoterapeutyczna</i>		
1	Psychoterapia indywidualna - 50 min.	100.00
2	Konsultacje, porady psychoterapeutyczne indywidualne - 20 min.	70.00
3	Konsultacje psychoterapeutyczne - 50 min.	100.00

#### KLINIKA CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH, REUMATOLOGII, DIABETOLOGII GERIATRII I IMMUNOLOGII KLINICZNEJ

Lp.	Rodzaj świadczenia	Cena netto
1	Blokada wykonana przez specjalistę	40.00
2.	Punkcja diagnostyczna wykonana przez specjalistę *	35.00
3.	Całodobowe badanie EKG metodą Holtera	120.00
4.	Całodobowe badanie ciśnienia tętniczego (RR) metodą Holtera	80.00

#### Uwaga!

\* ) w/w ceny nie obejmują badań patomorfologicznych i badań laboratoryjnych.

#### ZAKŁAD DIAGNOSTYKI OBRAZOWEJ I RADIOLOGII INTERWENCYJNEJ

Lp	Rodzaj świadczenia	Cena netto
<i>Rezonans Magnetyczny</i>		
1.	Rezonans magnetyczny konsultacje	120.00
2.	Rezonans magnetyczny głowy bez kontrastu	450.00
3.	Rezonans magnetyczny głowy bez kontrastu i z kontrastem	700.00
4.	Rezonans magnetyczny głowy - badanie dynamiczne z programem perfuzji	900.00
5.	Rezonans magnetyczny głowy bez kontrastu plus ANGIO	500.00
6.	Rezonans magnetyczny głowy z kontrastem plus ANGIO	700.00
7.	Rezonans magnetyczny przysadki mózgowej bez kontrastu	450.00
8.	Rezonans magnetyczny oczodołów bez kontrastu	450.00
9.	Rezonans magnetyczny oczodołów bez kontrastu i z kontrastem	700.00
10.	Rezonans magnetyczny przysadki mózgowej bez kontrastu i z kontrastem	700.00
11.	Rezonans magnetyczny kręgosłupa szyjnego bez kontrastu	450.00
12.	Rezonans magnetyczny kręgosłupa szyjnego bez kontrastu i z kontrastem	700.00
13.	Rezonans magnetyczny kręgosłupa piersiowego bez kontrastu	450.00
14.	Rezonans magnetyczny kręgosłupa piersiowego bez kontrastu i z kontrastem	700.00
15.	Rezonans magnetyczny kręgosłupa lędźwiowego bez kontrastu	450.00
16.	Rezonans magnetyczny kręgosłupa lędźwiowego bez kontrastu i z kontrastem	660.00
17.	Rezonans magnetyczny ANGIO głowy bez kontrastu	450.00
18.	Rezonans magnetyczny ANGIO głowy z kontrastem	800.00

19.	Rezonans magnetyczny ANGIO tętnic szyjnych bez kontrastu	450.00
20.	Rezonans magnetyczny ANGIO tętnic szyjnych z kontrastem	770.00
21.	Rezonans magnetyczny ANGIO aorty z kontrastem	850.00
22.	Rezonans magnetyczny ARTERIOGRAFIA tt. nerkowych bez kontrastu	450.00
23.	Rezonans magnetyczny ARTERIOGRAFIA tt. jamy brzusznej z kontrastem	900.00
24.	Rezonans magnetyczny ARTERIOGRAFIA tt. klatki piersiowej z kontrastem	900.00
25.	Rezonans magnetyczny ARTERIOGRAFIA tt. kończyn dolnych z kontrastem	900.00
26.	Rezonans magnetyczny klatki piersiowej bez kontrastu	460.00
27.	Rezonans magnetyczny klatki piersiowej bez kontrastu i z kontrastem	800.00
28.	Rezonans magnetyczny MAMMOGRAFIA dynamiczne z kontrastem	900.00
29.	Rezonans magnetyczny płodu bez kontrastu	550.00
30.	Rezonans magnetyczny - ENTEROKLIZA z kontrastem	800.00
31.	Rezonans magnetyczny całego ciała z kontrastem (DWI)	950.00
32.	Rezonans magnetyczny jamy brzusznej bez kontrastu	500.00

33.	Rezonans magnetyczny jamy brzusznej bez kontrastu i z kontrastem	850.00
34.	Rezonans magnetyczny - UROGRAFIA bez kontrastu i z kontrastem	700.00
35.	Rezonans magnetyczny miednicy bez kontrastu	500.00
36.	Rezonans magnetyczny miednicy bez kontrastu i z kontrastem	760.00
37.	Rezonans magnetyczny CHOLANGIOGRAFIA bez kontrastu	450.00
38.	Rezonans magnetyczny CHOLANGIOGRAFIA z kontrastem	820.00
39.	Rezonans magnetyczny szyi bez kontrastu	450.00
40.	Rezonans magnetyczny szyi bez kontrastu i z kontrastem	750.00
41.	Rezonans magnetyczny stawu barkowego bez kontrastu	500.00
42.	Rezonans magnetyczny stawu barkowego bez kontrastu i z kontrastem	750.00
43.	Rezonans magnetyczny stawów krzyżowo-biodrowych bez kontrastu	450.00
44.	Rezonans magnetyczny stawów krzyżowo-biodrowych bez kontrastu i z kontrastem	700.00
45.	Rezonans magnetyczny stawu kolanowego bez kontrastu	450.00
46.	Rezonans magnetyczny stawu kolanowego bez kontrastu i z kontrastem	700.00
47.	Rezonans magnetyczny stawów skroniowo-żuchwowych bez kontrastu	500.00
48.	Rezonans magnetyczny stawu k. górnej z kontrastem dostawowo	650.00
49.	Rezonans magnetyczny stawu k. dolnej z kontrastem dostawowo	650.00
50.	Rezonans magnetyczny stawów skroniowo-żuchwowych bez kontrastu i z kontrastem	750.00
51.	Rezonans magnetyczny stawów stopy bez kontrastu	500.00
52.	Rezonans magnetyczny stawów stopy bez kontrastu i z kontrastem	800.00
53.	Rezonans magnetyczny stawów nadgarstka bez kontrastu	500.00
54.	Rezonans magnetyczny stawów nadgarstka bez kontrastu i z kontrastem	800.00
55.	Rezonans magnetyczny ramienia bez kontrastu	450.00
56.	Rezonans magnetyczny ramienia bez kontrastu i z kontrastem	700.00
57.	Rezonans magnetyczny przedramienia bez kontrastu	450.00
58.	Rezonans magnetyczny przedramienia bez kontrastu i z kontrastem	700.00
59.	Rezonans magnetyczny uda bez kontrastu	450.00
60.	Rezonans magnetyczny uda bez kontrastu i z kontrastem	700.00
61.	Rezonans magnetyczny podudzia bez kontrastu	450.00
62.	Rezonans magnetyczny podudzia bez kontrastu i z kontrastem	700.00
63.	Rezonans magnetyczny głowy (spektroskopia)	550.00
64.	Rezonans magnetyczny głowy - badanie z programem dyfuzji (DTI - traktografia) - bez kontrastu TENSOR DYFUZJI	650.00
65.	Rezonans magnetyczny przysadki mózgowej dynamiczne z kontrastem	1 000.00
66.	Rezonans magnetyczny głowy - badanie czynnościowe (fMRI)	750.00
67.	Rezonans magnetyczny ARTERIOGRAFIA tt. nerkowych z kontrastem	820.00

**Tomografia Komputerowa**

1.	TK - KONSULTACJE	100.00
2.	Tomografia komputerowa - ENTEROKLIZA bez kontrastu i z kontrastem	650.00
3.	Tomografia komputerowa jamy brzusznej bez kontrastu	280.00
4.	Tomografia komputerowa jamy brzusznej bez kontrastu i z kontrastem	530.00
5.	Tomografia komputerowa miednicy mniejszej bez kontrastu i z kontrastem	550.00
6.	Tomografia komputerowa miednicy bez kontrastu	250.00
7.	Tomografia komputerowa jamy brzusznej z miednicą mniejszą bez kontrastu i z kontrastem	600.00
8.	Tomografia komputerowa jamy brzusznej - TK kolonoskopia z kontrastem	770.00
9.	Tomografia komputerowa ANGIO tętnic szyjnych i kręgowych z kontrastem	550.00
10.	Tomografia komputerowa ANGIO tętnic biodrowych i tętnic kończyn dolnych lub kończyn górnych z kontrastem	550.00
11.	Tomografia komputerowa klatki piersiowej bez kontrastu	250.00
12.	Tomografia komputerowa klatki piersiowej bez kontrastu i z kontrastem	450.00
13.	Badanie tomografią komputerową klatki piersiowej bez kontrastu i z kontrastem, z wirtualną bronchoskopią - środek kontrast. niejonowy	470.00
14.	Tomografia komputerowa aorty brzusznej z kontrastem (ew. tętnic nerkowych i pnia trzewnego)	550.00

15.	Tomografia komputerowa aorty piersiowej z kontrastem	550.00
16.	Tomografia komputerowa aorty brzuszno-piersiowej z kontrastem	530.00
17.	Tomografia komputerowa śródpiersia bez kontrastu i z kontrastem	450.00
18.	Tomografia komputerowa głowy bez kontrastu i z kontrastem	350.00
19.	Tomografia komputerowa głowy bez kontrastu	250.00
20.	Tomografia komputerowa głowy z podstawą czaszki bez kontrastu	250.00
21.	Tomografia komputerowa głowy + perfuzja z kontrastem	500.00
22.	Tomografia komputerowa twarzoczaszki bez kontrastu	250.00
23.	Tomografia komputerowa twarzoczaszki bez kontrastu i z kontrastem	450.00
24.	Tomografia komputerowa NEURONAWIGACJA z kontrastem	300.00
25.	Tomografia komputerowa ANGIO głowy z kontrastem	550.00
26.	Tomografia komputerowa oczodołów bez kontrastu	250.00
27.	Tomografia komputerowa oczodołów bez kontrastu i z kontrastem	450.00
28.	Tomografia komputerowa głowy i oczodołów bez kontrastu i z kontrastem	450.00
29.	Tomografia komputerowa uszu bez kontrastu	250.00
30.	Tomografia komputerowa zatok bez kontrastu	250.00
31.	Tomografia komputerowa szyi i klatki piersiowej bez kontrastu i z kontrastem	480.00
32.	Tomografia komputerowa szyi bez kontrastu i z kontrastem	480.00
33.	Tomografia komputerowa z oceną czynności serca	420.00
34.	Tomografia komputerowa serca - ocena zwapnień	250.00
35.	Tomografia komputerowa nosogardła bez kontrastu i z kontrastem	450.00
36.	Tomografia komputerowa krtani lub tchawicy bez kontrastu	250.00
37.	Tomografia komputerowa krtani lub tchawicy bez kontrastu i z kontrastem	500.00
38.	Tomografia komputerowa kręgosłupa szyjnego bez kontrastu	250.00
39.	Tomografia komputerowa kręgosłupa szyjnego bez kontrastu i z kontrastem	350.00
40.	Tomografia komputerowa kręgosłupa piersiowego bez kontrastu	250.00
41.	Tomografia komputerowa kręgosłupa piersiowego bez kontrastu i z kontrastem	350.00

42.	Tomografia komputerowa kręgosłupa lędźwiowego bez kontrastu	250.00
43.	Tomografia komputerowa kręgosłupa lędźwiowego bez kontrastu i z kontrastem	350.00
44.	Tomografia komputerowa kończyn górnych bez kontrastu	250.00
45.	Tomografia komputerowa kończyn górnych bez kontrastu i z kontrastem	400.00
46.	Tomografia komputerowa kończyn dolnych bez kontrastu	250.00
47.	Tomografia komputerowa kończyn dolnych bez kontrastu i z kontrastem	400.00
48.	Tomografia komputerowa kości	250.00
49.	Tomografia komputerowa - biopsja diagnostyczna	350.00
50.	Tomografia komputerowa - drenaż	900.00
51.	Tomografia komputerowa Politrauma hematologiczna bez kontrastu	650.00
52.	Tomografia komputerowa Politrauma hematologiczna bez kontrastu i z kontrastem	750.00
53.	Politrauma (tomografie komputerowe głowy, kręgosłupa, klatki piersiowej, brzucha i miednicy) z kontrastem	750.00
<b>Badania USG</b>		
1.	USG piersi	80.00
2.	USG brzucha i przestrzeni zaopłucnowej	80.00
3.	USG brzucha inne - refluks / odźwiernik	90.00
4.	USG przewodu pokarmowego - inne	90.00
5.	USG gruczołu krokowego	70.00
6.	USG - drenaż	770.00
7.	USG moszny w tym jąder i najądrzy	80.00
8.	USG przeziemiączkowe	80.00
9.	USG tarczycy i przytarczyc	80.00
10.	USG węzłów chłonnych szyi	90.00
11.	USG węzłów chłonnych pachwinowych	90.00
12.	USG węzłów chłonnych pachowych	90.00
13.	USG doppler tętnic podobojczykowych z testem ADSONA	80.00
14.	USG doppler przezczaszkowy	114.00
15.	USG doppler innych obszarów układu naczyniowego	114.00
16.	USG szyi	90.00
17.	USG doppler szyi	96.00
18.	USG klatki piersiowej	80.00
19.	USG doppler naczyń nerkowych	114.00
20.	USG doppler naczyń kończyny górnej prawej	80.00
21.	USG doppler naczyń kończyny górnej lewej	80.00
22.	USG doppler naczyń kończyny dolnej prawej	80.00
23.	USG doppler naczyń kończyny dolnej lewej	80.00
24.	USG ślinianek	70.00
25.	USG jamy opłucnej	70.00



26.	USG nerek, moczowodów, pęcherza moczowego	80.00
27.	USG układu moczowego inne	80.00
28.	USG tkanek miękkich - 1 obszar	80.00
29.	USG ostrzykiwanie tkanek miękkich - stawy	90.00
30.	USG kończyn górnych lub dolnych - ostrzykiwanie kaletki (podanie leku)	90.00
31.	USG stawu biodrowego prawego	96.00
32.	USG stawu biodrowego lewego	96.00
33.	USG stawu łokciowego prawego	96.00
34.	USG stawu łokciowego lewego	96.00
35.	USG stawu barkowego prawego	96.00
36.	USG stawu barkowego lewego	96.00
37.	USG stawu kolanowego prawego	96.00
38.	USG stawu kolanowego lewego	96.00
39.	USG kończyn górnych lub dolnych	96.00
40.	USG stawów rąk lub stawów stóp	80.00
41.	USG narządu rodnego	70.00
42.	b.a.c.* - biopsja aspiracyjna cienkoigłowa	65.00
<b>Badania RTG</b>		
1.	RTG jamy brzusznej inne - doodbytniczy wlew kontrastowy	180.00
2.	RTG jamy brzusznej inne - górny odcinek przewodu pokarmowego	160.00
3.	RTG układu moczowego inne - urografia	330.00
4.	RTG zatok nosa	80.00
5.	RTG kręgosłupa szyjnego - przeglądowe - 1 rzut	70.00
6.	RTG kręgosłupa szyjnego - przeglądowe - 3 rzuty	90.00
7.	RTG kręgosłupa szyjnego - celowane lub czynnościowe	80.00
8.	RTG kręgosłupa C - boczne poziomym promieniem	80.00
9.	RTG kręgosłupa piersiowego	80.00
10.	RTG kręgosłupa piersiowo-lędźwiowego - 1 rzut	70.00
11.	RTG układu kostnego nieokreślone inaczej - wada postawy	110.00
12.	Zdjęcie RTG inne - kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego - BENDING	103.00
13.	RTG kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego - przeglądowe	80.00
14.	RTG kręgosłupa L-S - celowane lub czynnościowe - skosy	80.00
15.	RTG kręgosłupa L/S - boczne poziomym promieniem	80.00
16.	RTG klatki piersiowej p-a	70.00
17.	RTG klatki piersiowej - na leżąco	70.00
18.	RTG klatki piersiowej - przyłóżkowe	70.00
19.	RTG klatki piersiowej - wg Przybylskiego	70.00
20.	RTG klatki piersiowej - na stojąco	70.00
21.	RTG klatki piersiowej inne - boczne	70.00
22.	RTG kości miednicy / stawu biodrowego inne - 1 rzut	70.00

23.	RTG talerza biodrowego	70.00
24.	RTG kości miednicy / stawu biodrowego inne - 2 rzuty	80.00
25.	RTG kości miednicy / biodra - inne - stawy biodrowe porównawcze	70.00
26.	RTG porównawcze osiowe st. biodrowych	70.00
27.	RTG kości miednicy / biodra - inne - stawy krzyż - biodro	75.00
28.	RTG st. krzyżowo - biodrowe - skos	75.00
29.	RTG kości kończyny górnej celowane lub czynnościowe	70.00
30.	RTG miednicy - przeglądowe	70.00
31.	RTG miednicy w pozycji na wchód	70.00
32.	RTG miednicy w pozycji na wychód	70.00
33.	RTG miednicy w pozycji na stojąco	70.00
34.	RTG żeber 2 rzuty	80.00
35.	RTG łopatk	80.00
36.	RTG stawu barkowego i ramienia	80.00
37.	RTG stawu barkowego i ramienia na leżąco	80.00
38.	RTG stawu barkowego i ramienia na stojąco	80.00
39.	RTG jamy brzusznej przeglądowe - 1 zdjęcie	70.00
40.	RTG jamy brzusznej przeglądowe - 2 zdjęcia	90.00
41.	RTG jamy brzusznej - inne - niedrożność	110.00
42.	RTG miednicy - celowane	80.00
43.	RTG mostka	80.00
44.	RTG obojczyków	70.00
45.	RTG czaszki przeglądowe - 3 rzuty	96.00
46.	RTG czaszki w projekcji bocznej	70.00
47.	RTG czaszki w projekcji strzałkowej	70.00

48.	RTG czaszki w projekcji stycznej	70.00
49.	RTG czaszki celowane lub czynnościowe - uszy	110.00
50.	RTG st.skroniowo - żuchwowe na leżąco	110.00
51.	RTG twarzoczaszki przeglądowe	70.00
52.	RTG twarzoczaszki celowane lub czynnościowe - żuchwa	84.00
53.	RTG żuchwy p-a	84.00
54.	RTG żuchwy - projekcja skośna na leżąco	84.00
55.	RTG nosa	80.00
56.	RTG nosa - na stojąco	80.00
57.	RTG nosa - na leżąco	80.00
58.	Zdjęcie RTG inne - szyja - zdjęcie boczne	70.00
59.	RTG uda / kolana / podudzia	80.00
60.	RTG kończyny dolnej nieokreślone inaczej stawów kolanowych porównawcze	90.00
61.	RTG kończyny dolnej celowane lub czynnościowe	70.00
62.	RTG kości piętowej - boczne	70.00
63.	RTG kości piętowej - osiowe	70.00
64.	RTG stawu skokowego - na widełki	70.00
65.	RTG rzepek - osiowe / wg Merchanta	70.00
66.	RTG kości łokcia i przedramienia	80.00
67.	RTG st. łokciowego - cel. na głowę k. prom	80.00
68.	RTG st. łokciowego - 2 rzuty	80.00
69.	RTG st. łokciowego - 3 rzuty	80.00
70.	RTG kończyny górnej nieokreślone inaczej - ręk - porównawcze	100.00
71.	RTG kończyny dolnej nieokreślone inaczej - stóp - porównawcze	100.00
72.	RTG nadgarstka / dłoni	70.00
73.	RTG nadgarstka / dłoni - 3 rzuty	70.00
74.	RTG nadgarstka / dłoni - 2 rzuty	70.00
75.	RTG kostki / stopy	90.00
76.	RTG kończyny górnej nieokreślone inaczej - wiek kostny	70.00
77.	RTG układu kostnego nieokreślone inaczej - Babygram	96.00
78.	RTG krtani lub tchawicy	70.00
79.	RTG przełyk i gardło z kontrastem	144.00
80.	RTG przewodu pokarmowego - inne - połykanie	250.00
81.	Cystografia	236.00
82.	Badanie RTG jelit inne - założenie cewnika dojelitowego	90.00
83.	Porada lekarska - inne - konsultacja specjalistyczna	70.00
84.	Zdjęcie RTG inne - skopia z kontrastem	144.00
85.	RTG jajowodów / macicy - inne - H.S.G.	190.00
86.	RTG przestrzeni zaotrzewnowej - inne - Fistulografia	170.00
87.	RTG jelit inne - pasaż - enterokliza	300.00
88.	RTG przewodu pokarmowego - inne - pasaż	185.00
89.	RTG przewodu pokarmowego - inne - Szczelność zespolenia	180.00
90.	RTG zdjęcie telemetryczne kończyn dolnych	67.00
91.	RTG telemetryczne k. dolnych na stojąco (4 zdj.)	67.00
92.	RTG telemetryczne k. dolnych na leżąco (2 zdj.)	67.00
93.	RTG zdjęcie telemetryczne kręgosłupa a-p	67.00
94.	RTG telemetryczne kręgosłupa a-p na stojąco (3 zdj.)	67.00
95.	RTG telemetryczne kręgosłupa a-p na leżąco (2 zdj.)	67.00
96.	RTG telemetryczne kr. a-p i boczne na stojąco (6 zdj)	67.00
97.	RTG zdjęcie telemetryczne kręgosłupa bok	67.00
98.	RTG nosogardła z kontrastem - Faryngografia	150.00
99.	Badanie dróg żółciowych - inne - ECPW (zdjęcie RTG przy badaniu ECPW)	36.00
100.	Pantomografia	60.00
<b>Badania naczyniowe</b>		
1.	Arteriografia tętnic kończyny dolnej z kontrastem	1 260.00
2.	Arteriografia tętnicy podstawnej mózgu z kontrastem - 1 naczynie	1 200.00
3.	Arteriografia tętnicy szyjnej wewnętrznej z kontrastem - 1 naczynie	1 200.00
4.	Arteriografia tętnicy kręgosłupowej z kontrastem - 1 naczynie	1 200.00
5.	Arteriografia krążenia w tylnej części mózgu z kontrastem - 2 naczynia	1 300.00
6.	Arteriografia naczyń mózgowych z kontrastem - inne - 3 naczynia	1 400.00
7.	Arteriografia innych wewnątrzbrzusznych tętnic z kontrastem	1 260.00
8.	Arteriografia tętnic nerkowych z kontrastem	1 260.00
9.	Arteriografia innych naczyń klatki piersiowej z kontrastem	1 260.00
10.	Arteriografia o innej lokalizacji	1 260.00
11.	Wewnątrznaczyniowe techniki rekanalizacji naczyń - tromboliza celowana	2 160.00
12.	Aortografia innych odcinków aorty z kontrastem - łukografia	1 420.00

13.	Aortografia (łuk aorty) z kontrastem	1 420.00
14.	Endowaskularny zabieg naprawczy lub zamknięcie tętniaka, wad tętniczo-żylnych (AVM) lub przetok – inne (naczyniak)	4 000.00
15.	Embolizacja narządowa bez użycia leków - embolizacja guza	2 960.00
16.	Przecewnikowa embolizacja - embolizacja krwawienia	2 800.00
17.	Rozszerzanie przełyku - 1 etap	870.00
18.	Przejskórny przewątrobowy drenaż dróg żółciowych	1 950.00
19.	Założenie filtra żyły głównej dolnej	5 400.00
20.	Flebografia żył kończyny dolnej	540.00
21.	Flebografia - inne	540.00
22.	Zniszczenie nerwów czaszkowych lub obwodowych przez wstrzyknięcie czynnika neurolytycznego	890.00
<b>Badanie mammograficzne</b>		
1.	Mammografia	70.00
2.	Tomosynteza	120.00

**Uwaga!**

\* ceny nie obejmują badań patomorfologicznych w/w  
ceny nie obejmują znieczulenia anestetycznego

### ZAKŁAD MEDYCyny NUKLEARNEJ

Lp	Rodzaj świadczenia	Cena netto
1.	Scyntygrafia kośćca dynamiczna + statyczna	350,00*
2.	Scyntygrafia kośćca SPECT	350,00*
3.	Scyntygrafia kośćca dynamiczna + statyczna + SPECT	470,00*
4.	Scyntygrafia dynamiczna nerek DTPA	270,00*
5.	Scyntygrafia dynamiczna nerek + test Captoprilowy	300,00*
6.	Scyntygrafia refluksu pęcherzowo-moczowodowego + SDN	270,00*
7.	Scyntygrafia statyczna nerek DMSA	250,00*
8.	Scyntygrafia nerek SPECT	300,00*
9.	Scyntygrafia izotopowa serca metodą "pierwszego przejścia"	320,00*
10.	Scyntygrafia perfuzyjna serca MIBI-stres	500,00*
11.	Scyntygrafia perfuzyjna serca MIBI-rest	400,00*
12.	Scyntygrafia perfuzyjna serca MIBI /stres + rest/	800,00*
13.	Scyntygrafia serca - bramkowane (wentykulografia MUGA)	440.00
14.	Scyntygrafia bramkowana serca - SPECT REST	440,00*
15.	Scyntygrafia wątroby koloid - planar	400,00*
16.	Scyntygrafia wątroby koloid SPECT/CT	440,00*
17.	Scyntygrafia wątroby z wyzn. krwinek czerwonych SPECT/CT	440,00*
18.	Scyntygrafia dynamiczna wątroby (z mebrofeniną)	480,00*
19.	Scyntygrafia perfuzyjna płuc	440.00
20.	Scyntygrafia przełyku - ocena motoryki	250,00*
21.	Scyntygrafia przełyku - ocena refluksu żołądkowo - przełykowego	250,00*
22.	Scyntygrafia w kierunku uchyłka Meckela	330.00
23.	Scyntygrafia przytarczyc	460,00*
24.	Scyntygrafia ślinianek	230.00
25.	Scyntygrafia sutków MIBI ( mammoscyntygrafia )	440,00*
26.	Scyntygrafia całego ciała z MIBI Tc 99m SPECT/CT	450.00
27.	Scyntygrafia całego ciała Ga 67	2600,00**
28.	Scyntygrafia całego ciała ( J-131 )	440,00**
29.	Limfoscyntygrafia	400,00*
30.	Scyntygrafia mózgu - ocena regionalnego przepływu krwi SPECT	770,00*
31.	Scyntygrafia mózgu - cysternografia	470,00*
32.	Scyntygrafia receptorowa mózgu - Da TSCAN	5000,00**
33.	Scyntygrafia jąder z próbą Valsalwy	370.00
34.	Scyntygrafia stanu zapalnego - leukocyty	1350,00*
35.	Scyntygrafia nadnerczy MIBG J - 131	2800,00**
36.	Scyntygrafia z zastos. pochodnych Somatostatyny (Tektrotyd)	2600,00*
37.	Znakowanie płytki krwi	1 340.00
38.	Terapia izotopowa synowektomii radioizotopowych	1700,00**
39.	Terapia gólu nowotworowego strontem (Sr-89)	3800,00**
40.	Terapia izotopowa Xofigo - Dichlorek radu Ra-223	18000,00**
41.	Scyntygram tarczycy SPECT-CT	250.00
42.	Scyntygram tarczycy	150.00
43.	USG tarczycy	100.00
44.	Oznaczenie jodochwytności tarczycy	140.00

45.	Biopsja cienkoigłowa tarczycy	150.00
46.	Oznaczenie poziomu TSH	36.00
47.	Oznaczenie poziomu FT4	35.00
48.	Oznaczenie poziomu FT3	36.00
49.	Oznaczenie anti-TPO	45.00
50.	Oznaczenie przeciiał TRAK	52.00
51.	Badanie przed podaniem dawki J-131 (bez b.a.c.)	630.00
52.	Podanie dawki J - 131	400.00
53.	Porada z zakresu medycyny nuklearnej	85.00

\* w przypadku, gdy do badania kamerowego otwierana jest ampulka specjalnie dla jednego pacjenta i nie ma więcej pacjentów na to badanie, do ceny świadczenia doliczana jest kwota 50.00zł \*\* na indywidualne zlecenie

#### ZAKŁAD PATOMORFOLOGII

Lp.	Rodzaj świadczenia	Cena zł
<b>Badania histopatologiczne</b>		
1.	Jeden wycinek	24.00
2.	Każdy następny wycinek	12.00
3.	Maksymalna cena (przewidziana do badania dużych materiałów pooperacyjnych)	144.00
4.	Trepanobiopsat szpiku kostnego (+koszt badań immunohistochemicznych)	150.00
5.	Węzeł chłonny (+koszt badań immunohistochemicznych)	150.00
6.	Biopsja gruboigłowa wątroby (+koszt badań immunohistochemicznych)	100.00
7.	Biopsja gruboigłowa nerki własnej/przeszczepionej (ocena preparatów histologicznych)	150.00
8.	Badania immunohistochemiczne z przeciwciałami IgA, IgG, IgM, C1q, C3, C9 wykonane w nerce	200.00
9.	Badanie amplifikacji genu HER2-2 metodą FISH	145.00
<b>Badania cytologiczne</b>		
1.	Badanie cytologiczne wymazu z szyjki macicy	12.00
2.	Badanie cytologiczne z szyjki macicy metodą LBC (cytologia płynowa)	45.00
3.	Immunocytochemiczna ocena ekspresji białek p16/Ki-67	110.00
4.	Inne badanie cytologiczne (np. płwocina, wymazy z przewodu pokarmowego, oskrzeli, płyny z jam ciała)	33.00
5.	Biopsja aspiracyjna cienkoigłowa – ocena	33.00
6.	Biopsja aspiracyjna cienkoigłowa – wykonanie + ocena	70.00
7.	Badanie wymazów pobieranych z otrzewnej w trakcie operacji	60.00
8.	Konsultacja preparatów (+ koszt badań immunohistochemicznych)	250.00
9.	Badanie immunohistochemiczne (1 przeciwciało dot. hist/cyt.)	70.00
10.	Badanie histochemiczne	25.00
11.	Badanie śródoperacyjne	350.00
12.	Badanie sekcyjne	600.00
13.	Badanie HPV DNA HR, 14 typów:16,18, nie 16/18 ( 31 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66, 68 )	140.00
14.	Badanie HPV DNA HR, 12 typów, genotypowanie: 31 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66, 68	55.00
<b>Badania w cytometrii przepływowej</b>		
1.	Badanie cytometryczne szpiku, krwi obwodowej, węzła chłonnego w biataczkach, chłoniakach, zespołach mielodysplastycznych (MDS), dyskrazjach plazmocytowych	750.00
2.	Badanie cytometryczne krwi w CLL	490.00
3.	Badanie cytometryczne choroby resztkowej w szpiku	730.00
4.	Badanie cytometryczne płynów z jam ciała, BAC, PMR	480.00
5.	Badanie cytometryczne krwi - subpopulacja limfocytów	420.00
6.	Badanie cytometryczne krwi pępowinowej CD34+	360.00
1	Badanie w mikroskopie elektronowym	400.00

#### LABORATORIUM MIKROBIOLOGICZNE

Lp.	Rodzaj świadczenia	Cena netto
1.	Badanie bakteriologiczne moczu w kierunku bakterii i grzybów - badanie ujemne	35.00
2.	Posiew wymazu z nosa, gardła, migdałków, z jamy ustnej, języka, nosogardzieli, ucha, spojówek, w kierunku bakterii i grzybów - badanie ujemne lub flora fizjologiczna	36.00
3.	Posiew wymazu z nosa, gardła, z jamy ustnej w kierunku alert patogenów - posiew ujemny	35.00
4.	Posiew płwociny, popłuczyn oskrzelowych, rurki intubacyjnej, BAL-u w kierunku bakterii tlenowych i grzybów, ocena preparatu bezpośredniego - badanie ujemne lub flora fizjologiczna	48.00
5.	Posiew cewników, wkłuc w kierunku drobnoustrojów tlenowych i grzybów - posiew ujemny lub flora fizjologiczna	35.00
6.	Wymaz z rany w kierunku bakterii tlenowych - badanie ujemne	40.00
7.	Posiew wymazu z rany w kierunku bakterii beztlenowych - badanie ujemne E.coli	40.00

8.	Posiew ropy, punktatów, płynu z jamy otrzewnej, żółci, płynu z opłucznej i innych płynów z jam ciała w kierunku bakterii tlenowych i beztlenowych - posiew ujemny lub flora fizjologiczna	75.00
9.	Posiew płynu mózgowo-rdzeniowego, płynu stawowego - posiew ujemny	66.00
10.	Posiew kału w kierunku bakterii patogennych ( <i>Salmonella</i> , <i>Shigella</i> , <i>Yersinia</i> , <i>E.coli patogenne</i> ) badanie dodatnie i ujemne, bez antybiogramu	70.00
11.	Posiew kału w kierunku alert patogenów (ESBL, AmpC, MRSA, VRE)	48.00
12.	Badanie kału w kierunku <i>Rotawirusów</i> i <i>Adenowirusów</i>	40.00
13.	Wykrycie toksyny A i B <i>Clostridium difficile</i> bezpośrednio z kału + posiew w kierunku <i>Clostridium difficile</i> w przypadku badania ujemnego	110.00
14.	Wymaz z kanału szyjki macicy, wymaz z pochwy, wymaz z cewki moczowej	43.00
15.	Oznaczenie stopnia czystości pochwy	12.00
16.	Posiew wymazu z pochwy i odbytu w kierunku <i>Streptococcus agalactiae</i>	25.00
17.	Posiew materiałów w kierunku dermatofitów, grzybów pleśniowych i drożdżaków -wynik ujemny	30.00
18.	Posiew krwi w kierunku bakterii tlenowych - posiew ujemny	40.00
19.	Posiew krwi w kierunku bakterii beztlenowych - posiew ujemny	40.00
20.	Identyfikacja bakterii i grzybów z użyciem prostych testów	23.00
21.	Identyfikacja bakterii i grzybów z użyciem testów automatycznych oraz testów lateksowych	47.00
22.	Oznaczenie lekowrażliwości bakterii metodą dyfuzyjno-krążkową (3-5 krążków)	24.00
23.	Oznaczenie lekowrażliwości bakterii metodą dyfuzyjno-krążkową (>5 krążków)	36.00
24.	Oznaczenie lekowrażliwości bakterii i grzybów metodą automatyczną	45.00
25.	Potwierdzenie lekowrażliwości bakterii metodą E-test, potwierdzenie / wykluczenie obecności enzymów typu MBL, KPC	25.00
26.	Posiew wymazu czystościowego - posiew ujemny	42.00
27.	Badanie czystości powietrza	42.00
28.	Potwierdzenie lekowrażliwości grzybów metodą E-test	50.00
29.	Posiew kału w kierunku <i>Clostridium difficile</i>	65.00
30.	Potwierdzenie obecności toksyny A i B <i>Clostridium difficile</i>	110.00
31.	Wykrywanie wirusa RSV (RSV test)	45.00
32.	Test na obecność antygeny streptococcus pneumoniae w próbkach moczu i płynie mózgowo - rdzeniowym	70.00
33.	Test na obecność antygeny Legionella pneumophila w próbkach moczu i płynie mózgowo - rdzeniowym	60.00

### Medyczne Laboratorium Diagnostyczne

Lp	Rodzaj świadczenia	Cena netto
1.	Oznaczenie obecności przeciwciał przeciwjądrowych ( ANA ) na HEp-2 w klasie IgG metodą IF	80.00
2.	<b>Oznaczenie obecności przeciwciał przeciw poszczególnym antygenom jądrowym w klasie IgG metodą ELISA:</b>	
2.1	przeciwciała przeciw dwuniciowemu DNA (dsDNA )	80.00
2.2	przeciwciała przeciw cytoplazmatycznej rybonukleoproteinie ( SS-A )	80.00
2.3	przeciwciała przeciw jądrowej fosfoproteinie ( SS-B )	80.00
2.4	przeciwciała przeciw Jo-1, histydylo-t-RNA-syntetazie	80.00
2.5	przeciwciała przeciw kompleksowi antygeny Sm z rybonukleoproteiną ( nRNP/Sm )	80.00
2.6	przeciwciała przeciw DNA topozomerazie I ( Scl - 70 )	80.00
2.7	przeciwciała przeciw antygenowi Sm	80.00
2.8	przeciwciała przeciw centromerom	80.00
3.	Oznaczenie poziomu przeciwciał przeciw komórkom endotelialnym ( AEA ) w klasie IgG metodą IF	80.00
3.1	z określeniem miana	110.00
4.	Kompleksowa analiza płynu stawowego wraz z oceną obecności kryształów	55.00
4.1	Nakłucie stawu przez specjalistę	50.00
5	Oznaczenie obecności krioglobulin i miana zimnych aglutynin	45.00
6	Oznaczenie poziomu przeciwciał przeciw antygenowi mitochondrialnemu M2 w klasie IgG metodą ELISA	80.00
7	<b>Oznaczenie obecności krążących kompleksów immunologicznych metoda ELISA:</b>	
7.1	Clq	90.00
7.2	oraz C3d	90.00
8.	Oznaczenie obecności przeciwciał przeciwkeratynowych ( AKA ), w klasie IgG, na przełyku szczura, metodą immunofluorescencji pośredniej	63.00
8.1	z określeniem miana	86.00
9.	Oznaczenie poziomu przeciwciał przeciw histonom, w klasie IgG, met. ELISA	80.00
10	Oznaczenie czynnika reumatoidalnego w klasie IgM ( RF IgM ) metodą ELISA	60.00
11	Oznaczenie poziomu profilu przeciwciał przeciw cytoplazmie granulocytów obojętnochłonnych ( ANCA - Profil ) w klasie IgG metodą ELISA	220.00
12	Profil podstawowy - mozaika czterech antygenów ( HEp-2010, wątroba, nerka, żółądek) do jednoczesnego wykrywania przeciwciał przeciwjądrowych ( ANA ), przeciw mitochondriom ( AMA ) i przeciw mięśniom gładkim ( ASMA ), metodą immunofluorescencji pośredniej	110.00
13	Profil wątrobowy, test jakościowy do jednoczesnego wykrywania obecności przeciwciał przeciw mitochondrialnemu antygenowi M2, przeciw mikrosomom nerki i wątroby LKM-1 oraz przeciw antygenom LC-1, SLA/LP, metodą dot blot;	160.00
14	Oznaczenie poziomu przeciwciał przeciw nukleosomom (aNuA), w klasie IgG metodą ELISA	80.00
15	Oznaczenie poziomu przeciwciał przeciw rybosomalnemu białku P (ARPA), w klasie IgG metodą ELISA	80.00
16	Oznaczenie poziomu przeciwciał przeciw utlenionym lipoproteinom o niskiej gęstości (oxLDL), w klasach IgG i IgM, metodą ELISA	75.00

17	Oznaczenie obecności przeciwciał cytoplazmie granulocytów obojętnochłonnych (ANCA) z jednoczesną identyfikacją przeciwciał przeciw mieloperoksydazie (aMPO) i proteinazie 3 (aPR-3), met. IIF	155.00
18	Oznaczenie profilu przeciwciał do diagnostyki zapalenia wielomięśniowego i skórno - mięśniowego (Profil - Myositis), met. Western blot	245.00
19	Oznaczenie obecności i miana przeciwciał przeciwjądrowych (ANA) z jednoczesnym wykonaniem testu potwierdzenia (profil ANA). met. IIF i Western blot	195.00
20	Kapilaroskopia	140.00
21	Oznaczenie przeciwciał przeciw endomyzjum w klasie IgG i IgA (EmA IgG/IgA)met. IIF	120.00
22	Oznaczenie przeciwciał przeciw transglutaminazie tkankowej w klasie IgA (anty-tTG IgA), test ilościowy, metodą ELISA	98.00
23	Oznaczenie przeciwciał przeciw gliadynie w klasie IgG (AGA IgG), met. ELISA	98.00
24	Oznaczenie profilu przeciwciał do twardziny układowej (twardzina profil): Scl-70, CENP A, CENP B, RP11, RP155, Fibrylaryna, NOR-90, Th/To, PM-Scl 100, PM-Scl 75, Ku, PDGFR, Ro-52, met. dot blot	245.00
25	Oznaczenie stężenia przeciwciał przeciw PM/Scl (anty-PM/Scl), w klasie IgG, met. ELISA	80.00
26	Oznaczenie przeciwciał przeciw antygenowi S.A. W klasie IgG (anty-S.A.), test ilościowy met. ELISA	90.00
27	Oznaczenie przeciwciał przeciw Saccharomces cerevisiae, ANCA komórkomzrazikowym i wysp trzuski oraz komórkom kubkowym jelita (Profil CIBD) w klasie IgG, met IIF	135.00
28	Oznaczenie stężenia metaloproteinazy macierzy zewnątrzkomórkowej 3 (MMP-3) met. ELISA	100.00
29	Oznaczenie antygenu HLA-B27 met. cytometrii przepływowej (HLA-B27)	180.00
30	Badanie usg met. Dopplera tętnic skroniowych w zapaleniu naczyń	50.00
31	Badanie usg met. Dopplera pozostałych tętnic w zapaleniach naczyń	65.00
32	Oznaczenie przeciwciał przeciw Borrelia w klasie IgG, w surowicy i płynie mózgowo - rdzeniowym (diagnostyka boreliozy 1 G), metodą ELISA	70.00
33	Oznaczenie przeciwciał przeciw Borrelia w klasie IgM, w surowicy i płynie mózgowo - rdzeniowym (diagnostyka boreliozy 1 M), metodą ELISA	70.00
34	Oznaczenie przeciwciał przeciw Borrelia w klasie IgG, w surowicy i płynie mózgowo - rdzeniowym (diagnostyka boreliozy 2 G), metodą dot blot	115.00
35	Oznaczenie przeciwciał przeciw Borrelia w klasie IgM, w surowicy (diagnostyka boreliozy 2 M), metodą dot blot	105.00
36	Oznaczenie przeciwciał przeciw komórkom okładzinowym żółądka (PCA) i czynnikowi wewnętrznemu Castle'a w klasie IgG, metodą immunofluorescencji pośredniej	110.00
37	Oznaczenie rozszerzonego profilu przeciwciał przeciwjądrowych ( ANA Profil 1 ) w klasie IgG, metodą dot blot	195.00
38	Oznaczenie przeciwciał przeciw aneksynie V ( Aneksyna V ) w klasie IgG i IgM, metodą ELISA	100.00
39	Oznaczenie przeciwciał przeciw C1q ( anty - C1q ) w klasie IgG, metodą ELISA	80.00
40	Oznaczenie przeciwciał przeciw błonie podstawnej kłębuszków nerkowych (anty-GBM) w klasie IgG,metodą immunofluorescencji pośredniej	80.00
41	Przeciwciała przeciw DFS-70, metoda ELISA (anty-DFS-70) w klasie IgG - test półilościowy	110.00
42	Profil przeciwciał ANA 2 dot. blot.w klasie IgG - test jakościowy	250.00
43	Profil wątrobowy 2, metodą dot. blot, w klasie IgG - test jakościowy	230.00
44	Test do oznaczenia stężenia witaminy D3, metoda ELISA	120.00
45	Test do monitorowania skuteczności leczenia boreliozy, metoda ELISA, w klasie IgG	120.00
46	Pobranie wycinka skórniego	160.00
47	Badanie zdolności dyfuzji gazów w płucach (DLCO)	200.00
48	Badanie spirometryczne	67.00
49	Dostawowe podanie leku pod kontrolą USG	73.00
50	Badanie USG jednego stawu	140.00
51	Badanie USG rąk i stawów nadgarstkowych	170.00
52	Badanie USG stóp i stawów skokowych	170.00
53	Przeciwciała przeciw HMGCR, metoda ELISA (anty-HMGCR)	180.00 zł
54	Przeciwciała przeciw beta2-glikoproteinie I, w klasie IgA (aB2-GPI IgA), met. chemiluminescencji	90.00 zł
55	Przeciwciała przeciw beta2-glikoproteinie I, w klasie IgM (aB2-GPI IgM), met. chemiluminescencji	90.00 zł
56	Przeciwciała przeciw beta2-glikoproteinie I, w klasie IgG (aB2-GPI IgG), met. chemiluminescencji	90.00 zł
57	Przeciwciała antykardiolipinowe, w klasie IgA (aCL IgA), met. chemiluminescencji	90.00 zł
58	Przeciwciała antykardiolipinowe, w klasie IgM (aCL IgM), met. chemiluminescencji	90.00 zł
59	Przeciwciała antykardiolipinowe, w klasie IgG (aCL IgG), met. chemiluminescencji	90.00 zł
60	Przeciwciała przeciw kompleksowi fosfatydyloseryny i protrombiny, metoda ELISA, w klasie IgG i IgM (anty-PS/PT IgG i IgM)	130.00 zł
61	Przeciwciała przeciw domenie 1 beta2-glikoproteiny I, metoda chemiluminescencji (anty-D1-B2GPI)	160.00 zł
62	Przeciwciała przeciw CCP, test III generacji, metoda chemiluminescencji (anty-CCP3)	85.00 zł
63	UChTł skrining ANA 17 antygenów, metoda chemiluminescencji (ANA 17 skrining)	120.00 zł
64	Profil cytoplazmatyczny, metoda immunoblot, w klasie IgG	150.00 zł
<i>Pracownia Seminologiczna</i>		
1.	Podstawowa laboratoryjna ocena nasienia - podstawowy seminogram	180.00
2.	Rozszerzona kompleksowa laboratoryjna ocena nasienia - kompleksowy seminogram	550.00
3.	Oznaczenie obecności p/ciał antyplemnikowych (ASA) w surowicy, met. immunofluorescencji pośredniej w klasach IgG, IgM i IgA	130.00
4.	Oznaczenie obecności p/ciał przeciw komórkom Leydiga w surowicy met. immunofluorescencji pośredniej w klasach IgG, IgM i IgA	140.00
5.	Oznaczenie obecności p/ciał przeciw antygenom jajnikowym w surowicy, met. immunofluorescencji pośredniej w klasach IgG, IgM i IgA	170.00
6.	Oznaczenie stężenia hormonu anty-Müllerowskiego w surowicy, met. ELISA	200.00

**BANK KRWI**

Lp.	Rodzaj świadczenia	Cena netto
1.	Oznaczenie grupy krwi	45.00
2.	Badania przesiewowe u kobiet w ciąży w kierunku obecności przeciwciał odpornościowych(test Coombsa)	45.00
3.	Wykrywanie alloprzeciwciał metodą Dia-Med..ID NaCl / Enzym	40.00
4.	Wykrywanie alloprzeciwciał metodą Dia-Med..IPTA_LISS/ Coombs	42.00
5.	BTA wyk.metodą Dia - Med..	19.00
6.	Próba zgodności serologicznej metodą Dia-Med.. ID dla 1 dawcy	60.00
7.	- dla kolejnych dawców tego samego biorcy	19.00

**GABINET OKULISTYCZNY**

Lp	Rodzaj świadczenia	Cena netto	
1.	Usunięcie ciała obcego	30.00	
2.	Mierzenie ciśnienia śródgałkowego	15.00	
3.	Badanie pola widzenia	20.00	
		<b>Cena netto</b>	<b>Cena brutto z VAT 23 %</b>
			73.80
4.	Zaświadczenie dla kierowców	60.00	

**INNE ŚWIADCZENIA**

Lp	Rodzaj świadczenia	Cena netto
1	Badanie histo-patologiczne	40.00
2	Biopsja cienkoigłowa w obrębie głowy i szyi ( bez kosztów badania cytologicznego)	50.00

**Pokoje gościnne przy Klinice Pediatrii, Hemato-Onkologii i Gastroenterologii Dziecięcej oraz Klinice Pediatrii i****Onkologii Dziecięcej**

Lp	Rodzaj świadczenia	Cena netto	Cena brutto z VAT 8%
<b>Cennik dla rodziców pacjentów Kliniki Pediatrii, Hemato-Onkologii i Gastroenterologii Dziecięcej</b>			
1.	Pokój samodzielny - apartament ( cena pierwszej doby za pokój )	50.93	55.00
2.	Pokój samodzielny - apartament ( cena kolejnej doby za pokój )	41.67	45.00
3.	Pokój dwuosobowy ( cena pierwszej doby za łóżko)	32.41	35.00
4.	Pokój dwuosobowy ( cena drugiej doby za łóżko )	23.15	25.00
5.	Pokój dwuosobowy ( cena trzeciej i kolejnej doby za łóżko)	16.67	18.00

**Cennik dla pozostałych osób**

1.	Pokój dwuosobowy ( cena za dobę za łóżko)	46.30	50.00
2.	Pokój samodzielny - apartament ( cena za dobę za pokój )	83.33	90.00

**Pozostałe**

Lp	Rodzaj świadczenia	Cena netto	Cena brutto z VAT 23 %
1.	Wydawanie zaświadczeń dla instytucji ubezpieczeniowych	40.65	50.00

## Cennik usług medycznych

Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 1 im. prof. Tadeusza Sokołowskiego

Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie

### Uwaga:

Wszystkie ceny umieszczone w cenniku są cenami netto za wyjątkiem pozycji gdzie jest adnotacja, że ceny są brutto.

### KONSULTACJE SPECJALISTYCZNE

Lp.	Rodzaj świadczenia	Cena netto
1.	Konsultacje specjalistyczne	100.00
2.	Konsultacje profesora	150.00
3.	Konsultacja anestezjologiczna	100.00

### KONSULTACJE SPECJALISTYCZNE - z dojazdem\*

Lp.	Rodzaj świadczenia	Cena netto
1.	Konsultacje specjalistyczne	150.00
2.	Konsultacje profesora	250.00

### Uwaga!

\*dotyczy tylko pacjentów z innych jednostek służby zdrowia

### SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY Z OGÓLNĄ IZBĄ PRZYJĘĆ

Lp.	Rodzaj świadczenia	Cena netto
1.	Porada i badanie lekarskie	80.00
2.	Konsultacje specjalistyczne	100.00
3.	Konsultacje profesora	150.00
4.	Opieka pielęgniarska	30.00
5.	Założenie opatrunku na ranę	91.00
6.	Usunięcie ciała obcego bez nacięcia - inne	91.00
7.	Usunięcie ciała obcego z tułowia	91.00
8.	Usunięcie ciała obcego z ręki bez nacięcia	91.00
9.	Usunięcie ciała obcego z kończyny górnej (z wyjątkiem dłoni) bez nacięcia	91.00
10.	Usunięcie ciała obcego ze stopy bez nacięcia	91.00
11.	Usunięcie ciała obcego z nogi (z wyjątkiem stopy) bez nacięcia	91.00
12.	Usunięcie ropnia okołoodbytoowego	124.00
13.	Płukanie rany	91.00
14.	Oczyszczanie rany, zakażenia lub oparzenia bez wycinania	110.00
15.	Oczyszczanie (wycięcie) rany, zakażenia lub oparzenia - inne	110.00
16.	Nakłucie opłucnej - punkcja odbarczająca	155.00
17.	Nakłucie otrzewnej - punkcja odbarczająca	155.00
18.	Szycie pojedynczej rany skóry i tkanki podskórnej powyżej 4 cm	136.00
19.	Szycie pojedynczej rany skóry i tkanki podskórnej do 4 cm	136.00
20.	Szycie licznych ran skóry i tkanki podskórnej poniżej 4 cm	142.00
21.	Usunięcie paznokcia, łożyska paznokcia	104.00
22.	Aspiracja krwiaka paznokcia, skóry lub tkanki podskórnej	104.00
23.	Wymiana opatrunku unieruchamiającego kończyny górnej	234.00
24.	Wymiana opatrunku unieruchamiającego kończyny dolnej	234.00
25.	Wymiana opatrunku unieruchamiającego innej okolicy	234.00
26.	Usunięcie gipsu	234.00
27.	Usunięcie szwów z innej okolicy	91.00
28.	Szycie rany piersi	116.00
29.	Nacięcie, drenaż skóry, tkanki podskórnej	124.00
30.	Wycięcie martwiczej tkanki	110.00
31.	Ręczne odprowadzenie przepukliny	104.00
32.	Ręczne odprowadzenie wypadniętej odbytnicy	104.00
33.	Szycie pochewki ścięgna ręki	228.00
34.	Szycie ścięgna ręki	262.00
35.	Szycie mięśnia, powięzi ręki	262.00
36.	Szycie ścięgna - inne	262.00
37.	Szycie mięśnia, powięzi - inne	262.00
38.	Podwiązanie naczynia krwionośnego - naczyń kończyny górnej	246.00