

REGULAMIN ORGANIZACYJNY
Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego nr 1
im. prof. Tadeusza Sokołowskiego PUM w Szczecinie

CZĘŚĆ I
Postanowienia ogólne

§1

1. Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 1 im. prof. Tadeusza Sokołowskiego Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie, zwany dalej „**USK-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. USK-1 działa na podstawie:
 - a) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (j.t. z 2024 r. DzU poz. 779 z późn. zm.),
 - b) innych powszechnie obowiązujących przepisów prawa,
 - c) Statutu Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego nr 1 im. prof. Tadeusza Sokołowskiego PUM w Szczecinie, zwanego dalej „**Statutem USK-1**”, oraz
 - d) niniejszego Regulaminu Organizacyjnego, zwanego dalej „**Regulaminem**”.
3. Firma Szpitala brzmi: Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 1 im. prof. Tadeusza Sokołowskiego PUM w Szczecinie.
4. Szpital może używać nazwy skróconej: USK-1.

§2

1. Niniejszy Regulamin określa w szczególności:
 - 1) cele i zadania Szpitala,
 - 2) strukturę organizacyjną Szpitala,
 - 3) strukturę organizacyjną zakładów leczniczych¹ 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,
 - 11) wysokość opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej,
 - 12) organizację procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat,

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

- 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 Naczelny²,
 - 2) Rada Społeczna.
2. W Szpitalu działa również Rada Klinikistów, będąca organem pomocniczym i doradczym Dyrektora Naczelnego.

§4

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

§5

1. Dyrektor Naczelny 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 Naczelny jest pracodawcą i przełożonym wszystkich pracowników Szpitala.
3. Dyrektora Naczelnego w czasie jego nieobecności zastępuje Dyrektor ds. Lecznictwa³.

§6

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

² Zmiana nazwy Dyrektor na Dyrektor naczelny w całym Regulaminie – Uchwała nr 74/2025 PUM

³ Uchwała RS nr 2/2026, zmiana nazewnictwa z „Zastępcą Dyrektora ds.” na „Dyrektor ds.”

§7

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

Rozdział II Zarządzanie Szpitalem

§9

1. Dyrektor Naczelny zarządza Szpitalem przy pomocy:
 - 1) Dyrektora ds. Lecznictwa,
 - 2) Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych – Głównego Księgowego,
 - 3) Dyrektora ds. Eksploatacyjno-Technicznych,
 - 4) Dyrektora ds. Administracyjnych,
 - 5) Dyrektora ds. Promocji i Organizacji⁴,
 - 6) Dyrektora ds. Pielęgniarstwa i Położnictwa⁵,
2. Dyrektorzy kierują działalnością podporządkowanych im pionów w zakresie ustalonym przez niniejszy regulamin i Dyrektora Naczelnego.
3. Dyrektor Naczelny może ustanawiać pełnomocników do realizacji określonych zadań oraz ustalać zakres i czas ich umocowania.

Rozdział III Obowiązki Dyrektorów

§10

1. Dyrektorzy kierują działalnością podległych im pionów, zgodnie z przyjętym w Szpitalu podziałem zadań.
2. Dyrektorzy ponoszą odpowiedzialność za zadania realizowane przez podległe im jednostki i komórki organizacyjne.
3. Do obowiązków Dyrektorów 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,

⁴ Dodano – Uchwała Nr 16/2024 RS USK-1

⁵ Uchwała RS nr 2/2026, Zmiana nazewnictwa z Naczelna Pielęgniarka Szpitala na Dyrektor ds. Pielęgniarstwa i Położnictwa

- 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 Naczelnego 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 Naczelnemu 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. Dyrektorzy realizują inne zadania powierzone im przez Dyrektora Naczelnego.

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 Naczelnym lub Dyrektorem ds. Lecznictwa.
2. Innymi niż wskazane w ust. 1 komórkami organizacyjnymi Szpitala kierują kierownicy, którzy ponoszą z tego tytułu odpowiedzialność przed Dyrektorem Naczelnym lub właściwym Dyrektorem.
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 Naczelnym lub właściwym Dyrektorem.
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 Naczelnego.

§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 Naczelnego lub właściwego Dyrektora 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 Naczelnego lub Dyrektora, 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 Dyrektora ds. Lecznictwa wyodrębnia się nadto zakłady lecznicze⁶, na zasadach określonych w dalszej części niniejszego Regulaminu.
3. Niemedyczne: piony, jednostki i komórki organizacyjne lub samodzielne stanowiska pracy, tworzy, likwiduje lub przekształca Dyrektor Naczelny.
4. Strukturę organizacyjną Szpitala określa **Załącznik Nr 1** do Regulaminu.

§18

Zadania Szpitala realizowane są przez piony:

- 1) Dyrektora Naczelnego,
- 2) Dyrektora ds. Lecznictwa,
- 3) Dyrektora ds. Ekonomiczno – Finansowych, Głównego Księgowego
- 4) Dyrektora ds. Eksploatacyjno – Technicznych,
- 5) Dyrektora ds. Administracyjnych,
- 6) Dyrektora ds. Promocji i Organizacji⁷,
- 7) Dyrektora ds. Pielęgniarstwa i Położnictwa,

§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 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 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.

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

⁷ Dodano – Uchwała 16/2024 RS USK-1

§21

1. Jednostki i komórki organizacyjne oraz stanowiska pracy pionu Dyrektora Naczelnego 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,
 - 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) Dyrektora ds. Lecznictwa oraz Dyrektora ds. Pielęgniarstwa i Położnictwa – w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych,
 - 2) Dyrektora ds. Ekonomiczno – Finansowych, Głównego Księgowego – w zakresie finansów i księgowości,
 - 3) Dyrektora ds. Eksploatacyjno – Technicznych – w zakresie obsługi technicznej i zabezpieczenia eksploatacyjnego,
 - 4) Dyrektora ds. Administracyjnych w zakresie obsługi administracyjnej i gospodarczej i kuchni szpitalnej⁸.
 - 5) Dyrektora ds. Promocji i Organizacji, w zakresie planowania, koordynacji i realizacji działań marketingowych, polityki sprzedaży, promocji, dbania o dobry wizerunek Szpitala⁹
3. Jednostki i komórki organizacyjne oraz stanowiska pracy pionu 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,

⁸ Zmiana – Uchwała 16/2-024 RS USK-1

⁹ Dodano – Uchwała 16/2-024 RS USK-1

- 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 Dyrektora ds. Pielęgniarstwa i Położnictwa 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.
 5. Jednostki i komórki organizacyjne oraz stanowiska pracy pionu 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, zabezpieczenia informatycznego¹⁰.
 6. Jednostki i komórki organizacyjne oraz stanowiska pracy pionu 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.
 7. Jednostki i komórki organizacyjne oraz stanowiska pracy pionu Dyrektora ds. Administracyjnych realizują zadania w zakresie w szczególności: obsługi administracyjno – gospodarczej, transportu oraz archiwizacji dokumentów, kuchni szpitalnej¹¹.
 8. Jednostki i komórki organizacyjne oraz stanowiska pracy pionu Dyrektora ds. Promocji i Organizacji realizują zadania w zakresie w szczególności: dbania o wizerunek Szpitala, promowania i strategii budowania relacji między Szpitalem a pacjentami i innymi podmiotami współpracującymi ze Szpitalem, systemu zarządzania polityką jakości.¹²
 9. Zakres zadań jednostek i komórek organizacyjnych oraz samodzielnych stanowisk pracy poszczególnych pionów działalności Szpitala określa **Załącznik Nr 2** do niniejszego Regulaminu¹³.

Rozdział VII

Akty kierownictwa wewnętrznego

§22

1. Regulacje określające szczegółowe zasady działalności i/lub tryb postępowania wprowadzane są zarządzeniami Dyrektora Naczelnego lub poleceniami wewnętrznymi Dyrektora Naczelnego lub Dyrektora właściwego dla przedmiotu regulacji.

¹⁰ Zmieniono – Uchwała 16/2024 RS USK-1

¹¹ Zmieniono – Uchwała 16/2024 RS USK-1

¹² Dodano – Uchwała 16/2024 RS USK-1

¹³ Renumeracja – Uchwała 16/2024 RS USK-1

2. Zarządzeniami Dyrektora Naczelnego, 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 leczniczych¹⁴

§23

1. Szpital uczestniczy w systemie ochrony zdrowia wykonując zadania w ramach:
 - 1) Zakładów leczniczych¹⁵ wykonujących zadania z zakresu leczenia stacjonarnego – poprzez zapewnienie pacjentom całodobowej opieki i leczenia,
 - 2) Zakładów leczniczych¹⁶ Ambulatorium i Diagnostyka wykonujących zadania z zakresu leczenia ambulatoryjnego i diagnostyki – poprzez prowadzenie działalności konsultacyjnej i leczniczej, wykonywanie badań i procedur dla potrzeb rozpoznania choroby, ustalenia sposobu terapii i rehabilitacji.
2. Zakłady lecznicze¹⁷ 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. ¹⁸W 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,

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

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

¹⁶ Zarządzenie 12/2018, zmieniono przedsiębiorstwa na: zakłady lecznicze

¹⁷ Zarządzenie 12/2018, zmieniono przedsiębiorstwa na: zakłady lecznicze

¹⁸ Zapis ust. 8 w całości zmieniono Zarządzeniem Nr 5/2020

- 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,
- 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. ¹⁹Lecznictwo 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,

¹⁹ Zapis ust. 8 w całości zmieniono Zarządzeniem Nr 5/2020

- 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,
- 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,
- osteoporoza²⁰,
- stomatologia,
- kariologia,²¹
- medycyna rodzinna²²,
- farmakologia kliniczna²³,

10. Działalność diagnostyczna prowadzona jest w szczególności w zakresie:

- 1) diagnostyki laboratoryjnej,
- 2) diagnostyki obrazowej,
- 3) mikrobiologii,
- 4) medycyny nuklearnej,
- 5) patomorfologii,
- 6) rentgenodiagnostyki²⁴,
- 7) cytogenetyka²⁵

²⁰ Zarządzenie Nr 27/2022, dodano: osteoporoza,

²¹ Zarządzenie 35/2022, dodano: stomatologia i kardiologia

²² Dodano – uchwała nr 11/2023 RS SPSK-1

²³ Dodano – Uchwała 11/2023 RS SPSK-1, Uchwała nr 93/2023 PUM

²⁴ Dodana „rentgenodiagnostyka”, Zarządzenie Nr 53/2021

²⁵ Zarządzenie Nr 27/2022, dodano: cytogenetyka,

11. Świadczenia zdrowotne, z zastrzeżeniem świadczeń udzielanych zgodnie z obowiązującymi przepisami w miejscu pobytu pacjenta (w warunkach domowych), udzielane w ramach działalności leczniczej zakładów leczniczych²⁶ Szpitala, wykonywane są na terenie Szpitala, w ramach niżej wskazanych zakładów leczniczych i ich lokalizacji:
- 1) Zakład leczniczy Szpital USK-1 PUM w Szczecinie, działające w lokalizacji: ul. Unii Lubelskiej 1, 70-252 Szczecin,
 - 2) Zakład leczniczy Ambulatorium i Diagnostyka USK- 1 PUM w Szczecinie, działające w lokalizacji: ul. Unii Lubelskiej 1, 70-252 Szczecin,
 - 3) Zakład leczniczy Szpital Psychiatryczny USK-1 PUM w Szczecinie, działające w lokalizacji: ul. Broniewskiego 24/26, Szczecin,
 - 4) Zakład leczniczy Ambulatorium i Diagnostyka Szpitala Psychiatrycznego USK- 1 PUM w Szczecinie, działające w lokalizacji: ul. Broniewskiego 26, Szczecin,
 - 5) Zakład leczniczy Szpital USK-1 PUM w Policach, działające w lokalizacji: ul. Siedlecka 2a, Police,
 - 6) Zakład leczniczy Ambulatorium i Diagnostyka USK- 1 PUM w Policach, działające w lokalizacji: ul. Siedlecka 2a, Police.
12. Strukturę zakładów leczniczych²⁷ Szpitala określa **Załącznik Nr 1** do niniejszego regulaminu

§24

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 leczniczego²⁸ 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: Dyrektor ds. Lecznictwa i Dyrektor ds. Pielęgniarstwa i Położnictwa.

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, zlecaniu 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.

²⁶ Zarządzenie 12/2018, zmieniono przedsiębiorstwa na: zakłady lecznicze, wszystkie wystąpienia w ust. 11

²⁷ Zarządzenie 12/2018, zmieniono przedsiębiorstwa na: zakłady lecznicze

²⁸ Zarządzenie 12/2018, zmieniono przedsiębiorstwa na: zakłady lecznicze

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.

§26²⁹

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.
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 §26¹ 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^{1 30}

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

²⁹ Zarządzenie 12/2018, ustalono nową treść §26

³⁰ Zarządzenie 12/2018, dodano §26¹

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 dentysty.
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
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

§27³¹

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.

³¹ Zarządzenie 12/2018, ustalono nową treść §26

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 na podstawie dyspozycji uzyskanych z poszczególnych jednostek organizacyjnych Szpitala, zatwierdzonych przez Dyrektora Naczelnego.
10. **Cennik Usług Medycznych** podlega aktualizacji nie rzadziej niż raz w roku w trybie przyjętym dla zmian niniejszego Regulaminu, z zastrzeżeniem ust. 11.
11. W poszczególnych pozycjach **Cennika Usług Medycznych** dopuszcza się zmiany bez zachowania trybu określonego w ust. 10; w takim przypadku ustalone przez Dział Rozliczeń zmiany w Cenniku Usług Medycznych wchodzi w życie po zatwierdzeniu przez Dyrektora Naczelnego.
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. **Zespół ds. Oceny Przyjęć**, w celu dokonywania oceny list pacjentów oczekujących na świadczenie danego rodzaju, powołuje Dyrektor Naczelny 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 Dyrektorowi 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 Rozliczeń 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 finansowych ze środków publicznych (j.t. z 2015 r., DzU poz. 581 ze zm.)³².

§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,

³² Zapis zmieniony – Zarządzenia Nr 22/2015

- 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 Oddział Ratunkowym³³.

§36

1. SOR z Izbą 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 pracowniami 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 zakaźnego³⁴.

§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.

³³ Zapis zmieniony- Zarządzenie 38/2017

³⁴ Zarządzenie 12/2018, ustalono nową treść §38 ust. 2

§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.
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 książki 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.³⁵
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 książki 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 dziecku³⁶.
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.

³⁵ Zarządzenie 12/2018, ustalono nową treść §45 ust. 2

³⁶ Zarządzenie 12/2018, ustalono nową treść §45 ust. 4

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^{1 37}

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.
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 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.

³⁷ dodany Zarządzeniem Nr 5/2020

- 6) Postępowanie w razie wystąpienia awarii technicznych oraz wewnętrznych i zewnętrznych zagrożeń.³⁸
4. W zakładzie leczniczym³⁹ Szpital USK-1 PUM w Policach, Lekarza Dyżurnego wyznacza Dyrektor Naczelny w drodze zarządzenia^{40 41}.

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 Dyrektorowi ds. Lecznictwa.
3. W jednostce medycznej może być wprowadzony Regulamin jednostki. Wprowadzenie takiego Regulaminu wymaga akceptacji lekarza kierującego oraz zatwierdzenia przez 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.

³⁸ Zarządzenie 12/2018 – dodano pkt 6 w §48 ust. 3

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

⁴⁰ Zarządzenie 12/2018, nowa treść §48 ust. 4

⁴¹ 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

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 Dyrektor Naczelny na wniosek 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 Naczelnego lub 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 Dyrektora ds. Pielęgniarstwa i Położnictwa i Dyrektora ds. Lecznictwa, kieruje Pielęgniarka Oddziałowa.
4. Pielęgniarka Oddziałowa podlega Dyrektorowi ds. Pielęgniarstwa i Położnictwa i współpracuje z Lekarzem Kierującym^{42 43}.

§52

1. Przyjęcie pacjenta do jednostki lecznictwa stacjonarnego odbywa się na podstawie:
 - 1) skierowania lekarza specjalisty lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej,
 - 2) skierowania lekarza poradni specjalistycznej lub oddziału szpitalnego USK-1,
 - 3) decyzji lekarza Izby Przyjść/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 dentysty.
2. Udzielenie świadczenia zdrowotnego pacjentowi bez uzyskania na nie zgody odbywa się na zasadach określonych w §27 niniejszego Regulaminu.

⁴² Zmiana Zarządzenie Nr 1/2019. Poprzednio: Pielęgniarka Oddziałowa podlega Lekarzowi Kierującemu oraz Naczelnej Pielęgniarence

⁴³ Zmiana, zarządzenie 25/2019, wcześniej: Pielęgniarka Oddziałowa podlega Naczelnej Pielęgniarence i współpracuje z Lekarzem Kierującym

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 dentysty.
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, zlecaniu 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 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. 4.⁴⁴

§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.

⁴⁴ Zarządzenie 12/2018, dodano ust. 8 w §56.

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 Naczelnego **Komitet Terapeutyczny**.
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 diety 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 Dyrektorowi ds. Pielęgniarstwa i Położnictwa.

§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.

§62⁴⁵

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.

⁴⁵ Zarządzenie 12/2018, ustalono nową treść §62

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 faktycznej, należy przez to rozumieć opiekuna faktycznego w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

§63⁴⁶

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,
 - 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.

⁴⁶ Zarządzenie 12/2018, ustalono nową treść §63

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 rażący 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 przyczynach⁴⁷.
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 Naczelnego, 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.

⁴⁷ Zarządzenie 12/2018, zmieniono treść §66 ust. 1

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.
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 Naczelny 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 Dyrektorowi ds. Lecznictwa⁴⁸.
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.

⁴⁸ Zapis zmieniony- Zarządzenie 38/2017

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.
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 wynosić 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 określonego 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.

§75

1. Fotografowanie, filmowanie, nagrywanie audio lub video pacjentów jest dopuszczalne wyłącznie po uzyskaniu pisemnej zgody pacjenta albo przedstawiciela ustawowego, jak również zgody 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 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 pielęgnacyjnej 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 ⁴⁹

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. Krótkotrwale opuszczenie jednostki przez pacjenta w czasie odwiedzin odbywa się na zasadach określonych w §81.

§81

1. Dopuszcza się krótkotrwale opuszczenie przez pacjenta jednostki, w celu wyjścia na teren innych obiektów Szpitala, np. na spacer.
2. Krótkotrwale 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.

⁴⁹ Zarządzenie Nr 5/2020, skreślono ust. 5 w §80, w treści: Na terenie Szpitala w określonych obszarach prowadzony jest monitoring wizyjny

3. Krótkotrwale 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^{1 50}

1. Dyrektor Naczelny 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.⁵¹
5. Na oddziałach intensywnej terapii przy pacjencie może przebywać tylko jedna osoba, przy czym jej pobyt u pacjenta wymaga uzyskania zgody lekarza.

⁵⁰ dodany Zarządzeniem 5/2020

⁵¹ 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 sprzątania 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 wywieszone na tablicach ogłoszeń w medycznych jednostkach organizacyjnych.

Rozdział XIII

Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia ambulatoryjnego

§90

1. Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne udzielane są w poradniach i pracowniach.
2. Poradnia jest jednostką organizacyjną zakładów leczniczych⁵² 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,
 - 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,

⁵² Zarządzenie 12/2018, zmieniono przedsiębiorstwa na: zakłady lecznicze

- 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. 6.⁵³
6. Zwierzchnikiem służbowym pielęgniarek zatrudnionych w poradni lub pracowni jest Dyrektor ds. Pielęgniarstwa i Położnictwa.

§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 wywieszone na tabliczkach informacyjnych danej poradni oraz ogłaszane są na stronie internetowej Szpitala.⁵⁴

Rozdział XIV

Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie diagnostyki

§92⁵⁵

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 leczniczych⁵⁶ 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,
 - 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 Dyrektora ds. Pielęgniarstwa i Położnictwa.

⁵³ Zarządzenie 12/2018, zmieniono §90 ust. 5

⁵⁴ Zarządzenie 12/2018, zmieniono §91 ust. 3

⁵⁵ Zapis §92 zmieniony Zarządzeniem Nr 8/2017

⁵⁶ Zarządzenie 12/2018, zmieniono przedsiębiorstwa na: zakłady lecznicze

§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 Przyjęć⁵⁷.
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 Naczelny może wyrazić zgodę na pracę w innym systemie, w szczególności w określonych godzinach⁵⁸.
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 wywieszone na tablicy informacyjnej laboratorium, zakładu lub danej pracowni oraz ogłaszane są na stronie internetowej Szpitala^{59 60}.

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 pielęgniarzkę przyszpitalną, która przejmuje obowiązek dopełnienia formalności związanych z pochówkiem
4. Pielęgniarka dyżurna:
 - 1) odnotowuje datę i godzinę zgonu w karcie gorączkowej,
 - 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 chłodzi.
5. Pielęgniarka oddziałowa lub dyżurna:

⁵⁷ §92 ust. 1 zmieniony Zarządzeniem Nr 8/2017

⁵⁸ §93 ust. 5 zmieniony Zarządzeniem Nr 8/2017

⁵⁹ §93 ust. 7 zmieniony Zarządzeniem Nr 8/2017

⁶⁰ Zarządzenie 12/2018 – zmieniono §93 ust. 7

- 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 14.⁶¹
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.⁶²
14. Na uzasadniony wniosek podmiotu, który zobowiązał się do wykonania pochówku lub podmiotu odbierającego zwłoki pacjenta, Dyrektora ds. Lecznictwa może podjąć decyzję o odstąpieniu od naliczenia opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta przez czas dłuższy niż wskazany w ust. 12.⁶³

§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.
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.

⁶¹ Zmieniono Zarządzenie Nr 9/2021, wcześniej: *Za przechowywanie zwłok do 120 godzin Szpital nie pobiera opłat. Za dalsze przechowywanie zwłok pobiera się opłatę zgodną z cennikiem*

⁶² Dodany, Zarządzenie Nr 9/2021

⁶³ Dodany, Zarządzenie Nr 9/2021

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 sekcijną.
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 przeznaczone 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 Naczelnego.

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 Naczelnemu wniosków organizacyjnych lub kadrowych, wynikających z zgłoszonych i rozpoznanych spraw.⁶⁴
2. Skargi pacjentów wpływające w formie pisemnej, przy pomocy Działu Organizacyjno – Prawnego, rozpatruje Dyrektor 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 Naczelnemu 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.
3. Dyrektor ds. Lecznictwa rozpatruje odwołania od rozstrzygnięcia skarg i wniosków, o których mowa w ust. 1.⁶⁵
4. Szczegółowo organizację przyjmowania i rozpatrywania skarg i wniosków ustali Dyrektor Naczelny 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.

⁶⁴ Zarządzenie 12/2018 – zmieniono §103 ust. 1

⁶⁵ Zarządzenie 12/2018 – zmieniono §103 ust. 3

Rozdział XVIII

Nadzór nad procesem udzielania świadczeń zdrowotnych

§105

Nadzór nad realizacją świadczeń zdrowotnych sprawuje Dyrektor ds. Lecznictwa.

§106

Nadzór nad realizacją zadań w zakresie pielęgnacji pacjenta sprawuje pion Dyrektora ds. Pielęgniarstw i Położnictwa.

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 Naczelnego.

§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 jednostką właściwą 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 Akt⁶⁶.
4. Dokumentacja medyczna przekazana do Składnicy Akt⁶⁷ może być następnie z niego wypożyczona na wniosek lekarza kierującego.
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 Akt⁶⁸.
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.

§113⁶⁹

1. Szpital udostępnia dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta.

⁶⁶ Zarządzenie 45/2022, zmiana nazwy z Archiwum na Składnica Akt

⁶⁷ Zarządzenie 45/2022, zmiana nazwy z Archiwum na Składnica Akt

⁶⁸ Zarządzenie 45/2022, zmiana nazwy z Archiwum na Składnica Akt

⁶⁹ Zmiana, Zarządzenie 25/2019

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 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

§114⁷⁰

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;

⁷⁰ Zmiana ust. 1-2, Zarządzenie 25/2019

- 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 Naczelny 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 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.

§116⁷¹

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;
- 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](#) upprpp, 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.

⁷¹ Zmiana, Zarządzenie 25/2019

2. Druki i formularze aktualizowane są przez komórki merytoryczną, właściwe dla przedmiotu danego rodzaju spraw.

DYREKTOR NACZELNY
Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego Nr 1
im. prof. Tadeusza Sokołowskiego PUM w Szczecinie
dr hab. n. med. Konrad Jarosz
/dokument podpisany elektronicznie/

**do Regulaminu Organizacyjnego Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego
nr 1 im. prof. Tadeusza Sokołowskiego PUM w Szczecinie**

STRUKTURA ORGANIZACYJNA

PION DYREKTORA NACZELNEGO:

- Dyrektorzy, Dyrektor ds. Pielęgniarstwa i Położnictwa,
- Pełnomocnik Dyrektora Naczelnego ds. Systemu Zarządzania Jakością^{72 73}
- Audyt Wewnętrzny,
- Dział Kadrowo – Płacowy,
- Dział Organizacyjno – Prawny
- Rzecznik Prasowy⁷⁴
- Pełnomocnik ds. Ochrony Informacji Niejawnych
- Kancelaria Ogólna,
- Ochrona Przeciwpowodziowa,
- Inspektor ds. Obronnych,
- BHP,
- Kapelan,
- Biuro Dyrektora Naczelnego⁷⁵
- Inspektor Ochrony Danych,
- Inspektor Ochrony Radiologicznej⁷⁶
- Dział Zamówień Publicznych⁷⁷
- Pełnomocnik Dyrektora Naczelnego ds. Funduszy Zewnętrznych⁷⁸
- Zespół Radców Prawnych⁷⁹
- Pełnomocnik ds. Cyberbezpieczeństwa,⁸⁰
- Pełnomocnik ds. Praw Pacjenta⁸¹

PION FINANSOWO – KSIĘGOWY (Dyrektora ds. Ekonomiczno - Finansowych)⁸²:

- Główny Księgowy,
- Dział Finansowo – Księgowy,
 - Statystyka Bloku Operacyjnego,
- Dział Rozliczeń⁸³,
- Dział Analiz Ekonomicznych,
 - Sekcja Statystyki,
- Dział Świadczeń Medycznych,
 - Sekcja Kontraktowania i Sprzedaży,
 - Sekcja Koderów Medycznych,
 - Sekcja Koordynatorów Karty Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego,
- Dział Zaopatrzenia
- Dział Informatyki⁸⁴

⁷² Zarządzenie Nr 1/2019, zmiana nazwy z :Pełnomocnik ds. Polityki Lekowej

⁷³ Zarządzenie Nr 7/2022, wykreślono Dział ds. Programów Lekowych i Innych Świadczeń Pozaryczajkowych

⁷⁴ Zmiana nazwy – Uchwała 18/2025 RS USK-1

⁷⁵ Dodano – Zarządzenie Nr 7/2018

⁷⁶ Zarządzenie Nr 1/2019, dodano Dział Programów, IOD, IOR, usunięto Pełnomocnika ds. Polityki Lekowej

⁷⁷ Dział Zamówień publicznych przeniesiony z Pionu Administracyjnego do Pionu Dyrektora – Zarządzenie Nr 9/2021

⁷⁸ Dodano, Zarządzenie Nr 17/2021

⁷⁹ Zarządzenie Nr 22/2022, dodano: Zespół Radców Prawnych

⁸⁰ Utworzone – Uchwała 18/2025 RS USK-1

⁸¹ Uchwała 9/2025 RS USK-1

⁸² Struktura pionu określona Zarządzeniem 45/2021

⁸³ Zarządzenie 45/2022, zmiana nazwy z Dział Rozliczeń i Marketingu na Dział Rozliczeń

⁸⁴ Przeniesienie z Pionu Administracyjnego – Uchwała 16/2024 RS USK-1

PION TECHNICZNY (Dyrektora ds. Eksploatacyjno – Technicznych):

- Dział Głównego Energetyka⁸⁵,
- Dział Techniczny,
- Dział Aparatury Medycznej⁸⁶
- Sekcja Inspektorów Nadzoru⁸⁷

PION ADMINISTRACYJNY (Dyrektora ds. Administracyjnych):

- Dział Administracyjno – Gospodarczy,
- Kuchnia Szpitalna⁸⁸

PION MARKETINGU I PROMOCJI (Dyrektora ds. Promocji i Organizacji):⁸⁹

- Dział ds. Systemu Zarządzania Jakością, Akredytacji, Kontroli oraz Promocji Szpitala⁹⁰

PION DYREKTORA DS. PIEŁĘGNIARSTWA I POŁOŻNICTWA:

- Personel pielęgniarski, położne, salowe, ratownicy medyczni, sanitariusze, opiekunowie medyczni;⁹¹
- Sekcja Żywienia,

PION LECZNICTWA (Dyrektor ds. Lecznictwa):

- zakłady lecznicze⁹², zgodnie z dalszym opisem,
- ⁹³- Dział Epidemiologii^{94 95},
- Koordynator Szpitala ds. Transplantologii⁹⁶
- Centralna Sterylizatornia⁹⁷
- Koordynator ds. rehabilitacji medycznej i fizjoterapii leczniczej⁹⁸
- Centrum Leczenia Biologicznego⁹⁹
- Sekcja Pracowników Socjalnych¹⁰⁰
- Zespół inspektorów ochrony radiologicznej i fizyków medycznych¹⁰¹
- Zespół psychologów¹⁰²
- Zespół rehabilitantów
- Zespół dietetyków
- Zespół techników medycznych

Zakłady Lecznicze¹⁰³:

Zakład leczniczy¹⁰⁴: **SZPITAL USK-1 PUM w SZCZECINIE:**

⁸⁵ Zarządzenie Nr 25/2019 – Zmiana nazwy z: Dział Głównego Energetyka i Aparatury Medycznej na Dział Głównego Energetyka

⁸⁶ Dodany, Zarządzenie 25/2019

⁸⁷ Dodane, Zarządzenie 45/2021

⁸⁸ Dodano – Uchwała 5/2024 RS USK-1

⁸⁹ Dodany – Uchwała nr 16/2024 RS USK-1

⁹⁰ Przeniesione z Pionu Dyrektora – Uchwała nr 16/2024 RS USK-1

⁹¹ Zarządzenie 45/2021, wykreślono jednostkę „Sterylizacja”

⁹² Zarządzenie 12/2018, zmieniono przedsiębiorstwa na: zakłady lecznicze

⁹³ Zarządzenie Nr 7/2022, usunięto „Seksja statystyki”

⁹⁴ Zarządzenie 7/2018 – zmiana nazw z Pielęgniarka Epidemiologiczna na: Sekcja ds. Epidemiologii

⁹⁵ Zarządzenie Nr 22/2022, zmiana z Sekcja Epidemiologii na Dział Epidemiologii

⁹⁶ Dodano, Zarządzenie 25/2019

⁹⁷ Zarządzenie Nr 54/2021, dodano „Centralna Sterylizatornia”

⁹⁸ Zarządzenie Nr 22/2022, dodano Koordynator ds. rehabilitacji medycznej i fizjoterapii leczniczej

⁹⁹ Zarządzenie 27/2022, dodano: Centrum Leczenia Biologicznego

¹⁰⁰ Dodano – Uchwała Nr 20/2023 RS SPSK-1

¹⁰¹ Uchwała nr 2/2026 RS USK-1

¹⁰² 4 zespoły – Uchwała 9/2025 RS USK-1

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

¹⁰⁴ Zarządzenie 12/2018, zmieniono przedsiębiorstwa na: zakłady lecznicze

- 1) Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii z centrum Leczenia Urazów Wielonarządowych¹⁰⁵
- 2) Klinika Chirurgii Ogólnej i Chirurgii Ręki
- 3) Oddział Kliniczny Chirurgii Dziecięcej, Onkologicznej, Urologii i Chirurgii Ręki^{106 107},
- 4) Klinika Pediatrii i Hemato - Onkologii Dziecięcej^{108 109}
- 5) Klinika Pediatrii, Endokrynologii, Diabetologii, Chorób Metabolicznych i Kardiologii Wieków Rozwojowego
- 6) Klinika Gastroenterologii z Oddziałem Hepatologii¹¹⁰,
- 7) Klinika Hematologii z Oddziałem Transplantacji Szpiku¹¹¹
- 8) Klinika Neurologii z Pododdziałem Udarowym, a w ramach tej:
 - a) Pododdział Udarowy Kliniki Neurologii
- 9) Klinika Neurochirurgii i Neurochirurgii Dziecięcej
- 10) Klinika Otolaryngologii i Onkologii Otolaryngologicznej Dorosłych z Oddziałem Dziecięcym^{112 113}
- 11) Klinika Chorób Wewnętrznych, Reumatologii, Diabetologii, Geriatrii i Immunologii Klinicznej z Oddziałem Gastroenterologii oraz Oddziałem Hepatologii i Transplantologii^{114 115 116 117 118}
- 12) Klinika Ortopedii, Traumatologii i Onkologii Narządu Ruchu,
- 13) Klinika Ortopedii Dziecięcej i Onkologii Narządu Ruchu¹¹⁹,
- 14) Klinika Endokrynologii, Chorób Metabolicznych i Chorób Wewnętrznych
- 15) *wykreślono*¹²⁰
- 16) Klinika Chirurgii Ogólnej, Małoinwazyjnej i Gastroenterologicznej¹²¹,
- 17) Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii dla Dzieci,
- 18) *wykreślono*^{122 123}
- 19) Szpitalny Oddział Ratunkowy
- 20) Centralny Blok Operacyjny
- 21) Pracownia Serologii Transfuzjologicznej z Bankiem Krwi¹²⁴
- 22) Izby Przyjęć
- 23) Apteka
- 24) Klinika Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej z Pododdziałem Chirurgii Naczyniowej, a w ramach tej:¹²⁵
 - a) Pododdział Chirurgii Naczyniowej¹²⁶
- 25) Oddział Kliniczny Onkologii, Chemioterapii i Immunoterapii Nowotworów¹²⁷
- 26) Oddział Kliniczny Chirurgii Szczękowo – Twarzowej Dorosłych i Dzieci^{128 129}

¹⁰⁵ Zmiana nazwy (połączenie z CLUW) – uchwała 19/2023 RS SPSK1 i 80/2023 PUM

¹⁰⁶ Zarządzenie Nr 1/2019, zmiana nazwy z Kliniki Chirurgii Dziecięcej i Onkologicznej

¹⁰⁷ Zarządzenie Nr 35/2022, zmiana z Kliniki na Oddział Kliniczny

¹⁰⁸ Zarządzenia Nr 19/2017 – zmieniono nazwę z Kliniki Pediatrii, Hematologii i Onkologii dziecięcej na: Klinika Pediatrii, Hemato – Onkologii i Gastroenterologii Dziecięcej,

¹⁰⁹ Zmiana nazwy – Uchwała 75/2024 Senatu PUM

¹¹⁰ Zmiana nazwy – Uchwała 3/2023 RS SPSK-1

¹¹¹ Zarządzenia Nr 8/2017 – zmieniono nazwę z Kliniki Hematologii na: Klinika Hematologii z Oddziałem Transplantacji Szpiku

¹¹² Zarządzenie Nr 8/2017 – zmieniono nazwę Kliniki Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej na: Klinika Otolaryngologii Dorosłych i Dzieci i Onkologii Laryngologicznej

¹¹³ Zmiana nazwy – Uchwała 7/2024 RS USK-1, Uchwała 28/2024 PUM

¹¹⁴ Zarządzenie Nr 15/2016 Dyrektora SPSK Nr 1 – zmieniono nazwę z: Kliniki Reumatologii i Chorób Wewnętrznych, na: Klinika Reumatologii, Chorób Wewnętrznych i Geriatrii

¹¹⁵ 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

¹¹⁶ Zarządzenie Nr 39/2020 Dyrektora SPSK Nr 1 – zmieniono nazwę z: Ortopedii i Traumatologii Dziecięcej na: Klinika Ortopedii Dziecięcej i Onkologii Narządu Ruchu

¹¹⁷ Zmiana nazwy – Uchwała nr 9/2023 RS SPSK-1

¹¹⁸ Zmiana nazwy, Uchwała nr 67/2025 Senatu PUM

¹¹⁹ 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

¹²⁰ Zarządzenie 5/2020, wykreślono: Klinika Hipertensjologii i Chorób Wewnętrznych

¹²¹ Zmiana nazwy z Kliniki Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej na: Klinika Chirurgii Ogólnej, Małoinwazyjnej i Gastroenterologicznej – Zarządzenie 38/2017

¹²² 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”

¹²³ połączenie z CLUW z KAIIT – uchwała 19/2023 RS SPSK1 i 80/2023 PUM

¹²⁴ Zmiana nazwy – Uchwała nr 4/2024 RS USK-1, Uchwała nr 15/2024 PUM

¹²⁵ Dodano – Zarządzenie Nr 22/2015

¹²⁶ Zarządzenie Nr 1/2019, dodano w ramach Kliniki Pododdział Chirurgii Naczyniowej

¹²⁷ Dodano – Zarządzenie Nr 15/2016

¹²⁸ Zarządzenie Nr 53/2021- zmiana z Kliniki na Oddział Kliniczny

¹²⁹ Zmiana nazwy Uchwałą 8/2025 RS USK-1

- 27) Klinika Pediatrii, Onkologii i Immunologii Dziecięcej^{130 131}
- 28) Klinika Ginekologii, Endokrynologii i Onkologii Ginekologii Onkologicznej^{132 133}
- 29) Bank Komórek Krwiotwórczych¹³⁴
- 30) Ponadregionalny Ośrodek Żywienia Pozajelitowego i Dojelitowego dla Dzieci z Kliniką Pediatrii, Żywienia i Gastroenterologii Dziecięcej¹³⁵
- 31) Pracownia Genetyczna ¹³⁶

Zakład leczniczy¹³⁷: **AMBULATORIUM i DIAGNOSTYKA USK-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 mammograficzna¹³⁸
- 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 Ginekologicznej ¹³⁹,
 - l) w ramach Poradni Neurologicznej:¹⁴⁰
 - 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,

¹³⁰ Dodano – Zarządzenia Nr 19/2017

¹³¹ Zarządzenie 5/2020, zmiana nazwy z Klinika Pediatrii i Onkologii Dziecięcej

¹³² Dodano – Zarządzenia Nr 19/2017

¹³³ Zmiana nazwy – Uchwała 74/2025 Senatu PUM

¹³⁴ Zarządzenie 12/2018, dodano: Bank Komórek Krwiotwórczych, wyłączono BKK ze struktury Kliniki Hematologii

¹³⁵ Utworzony – Uchwała 75/2024

¹³⁶ Utworzona, Uchwała 8/2025 RS USK-1

¹³⁷ Zarządzenie 12/2018, zmieniono przedsiębiorstwa na: zakłady lecznicze

¹³⁸ Zarządzenie 12/2-18 – dodano: Pracownia mammograficzna

¹³⁹ Zmiana nazwy – Uchwała nr 4/2024 RS USK-1, Uchwała nr 15/2024 PUM

¹⁴⁰ Zarządzenie 8/2017 wykreślono: Poradnię Neurologii Ogólnej i Poradnię Chorób Zwyrodnieniowych Układu Nerwowego

- s) Poradnia Logopedyczna,
 - t) Poradnia Endokrynologiczna,
 - u) Poradnia, Ginekologii, Endokrynologii Ginekologicznej i Leczenia Niepłodności¹⁴¹
 - v) Poradnia Leczenia Otyłości,
 - w) Poradnia Metaboliczna,
 - x) Poradnia Nadciśnienia Tętniczego
 - y) Poradnia Leczenia Bólu,
 - z) Poradnia Chirurgii Onkologicznej¹⁴²,
 - za) Poradnia Onkologiczna¹⁴³,
 - zb) Onkologiczna Poradnia Genetyczna¹⁴⁴
 - zc) Poradnia Żywieniowa¹⁴⁵
 - zd) Poradnia Transplantologiczna¹⁴⁶
 - ze) Poradnia Geriatryczna¹⁴⁷
 - zf) Poradnia Anestezjologiczna¹⁴⁸
 - zg) Poradnia Endokrynologii Ginekologicznej¹⁴⁹
 - zh) Poradnia Immunologiczna¹⁵⁰
 - zi) Poradnia Rehabilitacyjna,¹⁵¹
 - zj) Poradnia Psychologiczna,¹⁵²
 - zk) Nieonkologiczna Poradnia Genetyczna,¹⁵³
 - zl) Poradnia Leczenia Osteoporozy¹⁵⁴,
 - zm) Poradnia Stomatologiczna ¹⁵⁵,
 - zn) Poradnia Nocnej i Świątecznej Pomocy ¹⁵⁶
- 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*¹⁵⁷,
 - j) Poradnia Andrologiczna,
 - k) Poradnia Endokrynologii i Zaburzeń Odżywiania u Dzieci¹⁵⁸,
 - l) Poradnia Diabetologiczna,
 - m) Poradnia Chorób Metabolicznych,
 - n) Poradnia Gastroenterologiczna,
 - o) Poradnia Onkologii i Hematologii,
 - p) Poradnia Schorzeń Tarczycy,
 - q) Poradnia Wad Rozwojowych Twarzy,

¹⁴¹ Zmiana nazwy, Zarządzenie 6/2018 (była: Poradnia Endokrynologii Ginekologicznej)

¹⁴² Dodano – Zarządzenie Nr 22/2015

¹⁴³ Dodano – Zarządzenie Nr 22/2015

¹⁴⁴ Dodano Zarządzenie Nr 8/2017

¹⁴⁵ Dodano – Zarządzenie 38/2017

¹⁴⁶ Dodano – Zarządzenie 38/2017

¹⁴⁷ Zarządzenie 12/2018 – dodano: Poradnia Geriatryczna

¹⁴⁸ Zarządzenie 12/2018 – dodano: Poradnia Anestezjologiczna

¹⁴⁹ Dodano – Zarządzenie Nr 1/2019

¹⁵⁰ Dodano, Zarządzenie 25/2019

¹⁵¹ Dodano, Zarządzenie 5/2020

¹⁵² Dodano, Zarządzenie 5/2020

¹⁵³ Dodano, Zarządzenie 5/2020

¹⁵⁴ Zarządzenie Nr 27/2022, dodano: Poradnia Leczenia Osteoporozy

¹⁵⁵ Zarządzenie 35/2022, dodano Poradnia Stomatologiczna,

¹⁵⁶ Dodano – Uchwała Nr 11/2023 RS SPSK-1, Uchwała 76/2023 PUM

¹⁵⁷ Zapis „Poradnia Zaburzeń Rozwoju” wykreślony, Zarządzenie 25/2019

¹⁵⁸ Zarządzenie 12/2018, zmiana nazwy z Poradnia Endokrynologiczna na Poradnia Endokrynologii i Zaburzeń Odżywiania u Dzieci

- r) Poradnia Patologii Noworodków i Wcześnieaków,
- s) Poradnia dla Dzieci Otyłych,
- t) Poradnia Ortopedii Dziecięcej,
- u) Poradnia Pieluszkowa,
- v) Poradnia Wad Postawy
- x) Poradnia Ginekologii Dziecięcej i Dziewczęcej,
- y) Poradnia Pediatria, ¹⁵⁹
- z) Poradnia Żywnościowa dla Dzieci¹⁶⁰
- 7) Laboratorium Mikrobiologiczne,
- 8) Punkt Ambulatoryjnej Chemioterapii dla Dorosłych i Dzieci
- 9) Zakład Diagnostyki Molekularnej Nowotworów¹⁶¹
- 10) Medyczne Laboratorium Diagnostyczne¹⁶²
- 11) Samodzielna Pracownia Densytometrii ¹⁶³
- 12) Pracownia Cytogenetyki z Pracownią Badań Przesiewowych ^{164 165 166 167 168},
- 13) Lekarz Zakładowy ¹⁶⁹
- 14) Samodzielna Pracownia Nieinwazyjnej Diagnostyki Serca i Kardiologii dla Dzieci i Dorosłych¹⁷⁰
- 15) *skreślony*^{171 172},
- 16) Poradnia Farmakologii Klinicznej¹⁷³

Zakład leczniczy¹⁷⁴: **SZPITAL PSYCHIATRYCZNY USK-1 PUM w SZCZECINIE:**

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

Zakład leczniczy¹⁷⁵: **AMBULATORIUM i DIAGNOSTYKA SZPITALA PSYCHIATRYCZNEGO USK-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 ¹⁷⁶,

Zakład leczniczy¹⁷⁷: **SZPITAL USK-1 PUM w POLICACH:**

- 1) Klinika Chorób Wewnętrznych, Reumatologii, Diabetologii, Geriatrii i Immunologii Klinicznej z Oddziałem Gastroenterologii oraz Oddziałem Hepatologii i Transplantologii ^{178 179 180},
- 2) *wykreślony*,

¹⁵⁹ Dodano, Zarządzenie 5/2020

¹⁶⁰ Utworzona – Uchwała 75/2024 Senatu PUM

¹⁶¹ Dodano – Zarządzenie Nr 15/2016

¹⁶² Dodane – Zarządzenie 8/2017

¹⁶³ Dodane, Zarządzenie Nr 53/2021

¹⁶⁴ Zarządzenie Nr 27/2022, dodano: Pracownia Cytogenetyki

¹⁶⁵ Zmiana nazwy – Uchwała Nr 17/2022 RS SPSK-1

¹⁶⁶ Zmiana nazwy – Uchwała 21/2022 RS SPSK-1

¹⁶⁷ Zmiana nazwy – Uchwała Nr 22/2023 RS SPSK-1

¹⁶⁸ połączenie z Pracownią Badań Przesiewowych –uchwała 19/2023 RS SPSK1 i 80/2023 PUM

¹⁶⁹ Zarządzenie Nr 35/2022, dodano Lekarz Zakładowy

¹⁷⁰ Uchwała 17/2022 RS SPSK-1

¹⁷¹ Dodano – Uchwała 22/2022 RS SPSK-1

¹⁷² połączenie z Pracownią Cytogenetyki –uchwała 19/2023 RS SPSK1 i 80/2023 PUM

¹⁷³ Dodano – Uchwała 11/2023 RS SPSK-1, Uchwała nr 93/2023 PUM

¹⁷⁴ Zarządzenie 12/2018, zmieniono przedsiębiorstwa na: zakłady lecznicze

¹⁷⁵ Zarządzenie 12/2018, zmieniono przedsiębiorstwa na: zakłady lecznicze

¹⁷⁶ Zarządzenia Nr 35/2022 dodano Centrum Zdrowia Psychicznego

¹⁷⁷ Zarządzenie 12/2018, zmieniono przedsiębiorstwa na: zakłady lecznicze

¹⁷⁸ 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

¹⁷⁹ Zmiana nazwy – Uchwała nr 9/2023 RS SPSK-1

- 3) Klinika Neonatologii,
- 4) *wykreślony*¹⁸¹,
- 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 ¹⁸²

Zakład leczniczy¹⁸³: **AMBULATORIUM i DIAGNOSTYKA USK-1 PUM w POLICACH:**

1. Zakład Diagnostyki Radiologicznej, w ramach którego działa: Pracownia Tomografii Komputerowej¹⁸⁴
2. Poradnia Chirurgiczna
3. Poradnia Chorób Tarczycy
4. Poradnia Psychiatryczna
5. Poradnia Patologii Ciąży i Diagnostyki Prenatalnej¹⁸⁵
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 Niepłodności¹⁸⁶
11. Poradnia Zaburzeń Rozwoju¹⁸⁷
12. Poradnia Gastroenterologiczna ¹⁸⁸
13. Pracownia Endoskopowa ¹⁸⁹
14. Poradnia Kardiologiczna ¹⁹⁰
15. Poradnia Alergologiczna ¹⁹¹
16. Poradnia anestezjologiczna ¹⁹²

¹⁸⁰ Zmiana nazwy – Uchwała nr 74/2025 senatu PUM

¹⁸¹ Zarządzenie 19/2017, wykreślono: Klinika Ginekologii i Uroginekologii – przeniesiono do zakładu na Unii Lubelskiej pod nazwą: Klinika Ginekologii, Endokrynologii i Onkologii Ginekologicznej

¹⁸² Zarządzenie 39/2020, dodano jednostkę: Apteka

¹⁸³ Zarządzenie 12/2018, zmieniono przedsiębiorstwa na: zakłady lecznicze

¹⁸⁴ W zakresie powołania Pracowni Tomografii Komputerowej – uchwała 13/2017 Rady Społecznej

¹⁸⁵ Zarządzenie Nr 1/2019, zmiana nazwy z Poradnia Ginekologiczno – Położnicza

¹⁸⁶ Dodano – Zarządzenie Nr 1/2019

¹⁸⁷ Dodane, Zarządzenie 25/2019

¹⁸⁸ Dodane, Zarządzenie 9/2020

¹⁸⁹ Zarządzenie 39/2020, dodano jednostkę: Pracownia Endoskopowa

¹⁹⁰ Zarządzenie Nr 35/2022, dodano Poradnia Kardiologiczna

¹⁹¹ Dodano – Uchwała 3/2023 RS SPSK-1

¹⁹² Dodano – Uchwała 3/2023 RS SPSK-1

Załącznik Nr 2
do Regulaminu Organizacyjnego Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego
nr 1 im. prof. Tadeusza Sokołowskiego PUM w Szczecinie

ZAKRES ZADAŃ
JEDNOSTEK i KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH
oraz SAMODZIELNYCH STANOWISK PRACY

PION DYREKTORA NACZELNEGO:

Pełnomocnik Dyrektora Naczelnego ds. Systemu Zarządzania Jakością:

Kierownik Działu ds. Systemu Zarządzania Jakością, Akredytacji, Kontroli oraz Promocji Szpitala pełni funkcję Pełnomocnika ds. Zarządzania Jakością.¹⁹³

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 Naczelnego 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,

¹⁹³ Zarządzenie 13/2021, zmiana opisu zadań

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,
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 działu 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 działu 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 całokształtu 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 Naczelnego.
 7. Przygotowywanie na polecenie Dyrektora Naczelnego 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*¹⁹⁴,
 13. Wspomaga Inspektora Ochrony Danych w realizowanych działaniach.¹⁹⁵

¹⁹⁶

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 Naczelnego, 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 Naczelnego, 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,

¹⁹⁴ Zarządzenie Nr 22/2022, usunięto w pkt 12 zapis: Koordynowanie prac podmiotów pełniących obsługę prawną

¹⁹⁵ Dodany, Zarządzenie 25/2019

¹⁹⁶ Usunięto podsekcję „Rzecznik Szpitala”

- 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 Naczelnego 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 Naczelnemu 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 Naczelnego:¹⁹⁷

prowadzenie biura Dyrektora Naczelnego i Dyrektorów, a w tym między innymi:

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

Jednostkami bezpośrednio podległymi pod Biuro Dyrektora Naczelnego 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,

¹⁹⁷ 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 Naczelnego o stwierdzonych zagrożeniach zawodowych, wraz z wnioskami zmierzającymi do usuwania tych zagrożeń,
 - c. sporządzanie i przedstawianie Dyrektorowi Naczelnemu, 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, urządzeń produkcyjnych oraz innych urządzeń 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 Naczelnemu 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,

- m. 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,
- n. 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,
- o. 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,
- p. współpraca z laboratoriami i innymi jednostkami zajmującymi się pomiarami stanu środowiska naturalnego, działającymi w systemie państwowego monitoringu środowiska, określonego w odrębnych przepisach,
- q. współdziałanie z lekarzem sprawującym profilaktyczną opiekę zdrowotną nad pracownikami, a w szczególności przy organizowaniu okresowych badań lekarskich pracowników,
- r. 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,
- s. uczestniczenie w pracach, jeżeli zostanie powołana przez Dyrektora Naczelnego, 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,
- t. 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 aktualizowaniem 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 przysyłanie 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.

198 199

Inspektor Ochrony Danych²⁰⁰:

- Informowanie Dyrektora Naczelnego, 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 Radiologicznej²⁰¹:

- 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,

¹⁹⁸ Zarządzenie Nr 7/2022, usunięto Dział ds. Programów Lekowych i Innych Świadczeń Pozaryczałtowych z opisem

¹⁹⁹ Zarządzenie Nr 1/2019 zmieniono nazwę z Pełnomocnik Ds. Programów Lekowych, określono zakres zadań Działu

²⁰⁰ Zarządzenie Nr 1/2019, dodano stanowisko z opisem

²⁰¹ 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 Naczelnego 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 Publicznych²⁰²:

- 1) wykonywanie czynności związanych z postępowaniami o udzielanie zamówień publicznych zgodnie z ustawą Prawo zamówień publicznych, aktami wykonawczymi do ustawy oraz Zarządzeniem wewnętrznym Dyrektora Naczelnego,
- 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 przysyłanie 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 (paraflowanie),
- 12) przekazanie przygotowanych egzemplarzy umów do Biura Dyrektora Naczelnego²⁰³ 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 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,

²⁰² Dział Zamówień Publicznych przeniesiony z Pionu Administracyjnego do Pionu Dyrektora, Zarządzenie Nr 9/2021

²⁰³ 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,
- 18) sporządzanie sprawozdań związanych z zakresem działalności Działu.

Pełnomocnik Dyrektora Naczelnego ds. Funduszy Zewnętrznych²⁰⁴:

1. Współpraca i realizacja zadań powierzonych przez Dyrektora Naczelnego 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;
 - 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 Naczelnego 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 Prawnych²⁰⁵:

- 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.

²⁰⁴ Dodano, jednostka wraz opisem – Zarządzenie Nr 17/2021

²⁰⁵ Zarządzenie Nr 22/2022, dodano: Zespół Radców Prawnych z opisem zadań

Radca prawny posiada uprawnienia do występowania do pracowników Szpitala o udostępnianie dokumentów i opinii niezbędnych do prawidłowego wykonywania swoich obowiązków.

Pełnomocnika ds. Praw Pacjenta²⁰⁶

Pełnomocnik ds. Praw Pacjenta w Szpitalu to jednoosobowe, samodzielne stanowisko podległe bezpośrednio Dyrektorowi Naczelnemu.

Do zadań Pełnomocnika ds. Praw Pacjenta należy:

1. Wspieranie Dyrektora Naczelnego, osób wykonujących zawód medyczny oraz innych osób uczestniczących w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w ramach USK-1 w realizacji obowiązku przestrzegania praw pacjenta określonych w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (z dnia 6 listopada 2008 r.).
2. Podejmowanie działań na rzecz poprawy stopnia przestrzegania praw pacjenta w USK - 1, w szczególności poprzez:
 - udział w rozpatrywaniu skarg pacjentów;
 - analizę stwierdzonych nieprawidłowości dotyczących realizacji praw pacjenta oraz proponowanie Dyrektorowi Naczelnemu działań naprawczych;
 - prowadzenie szkoleń z zakresu praw pacjenta dla osób zatrudnionych w Szpitalu;
 - inicjowanie i prowadzenie działalności edukacyjno-informacyjnej w zakresie praw pacjenta dla pacjentów i ich bliskich;
 - pomoc pacjentowi, jego opiekunowi prawnemu lub przedstawicielowi ustawowemu w zrozumieniu jego praw i obowiązków;
 - wsparcie w sytuacjach trudnych i konfliktowych pomiędzy pacjentem, jego opiekunem prawnym lub przedstawicielem ustawowym a personelem medycznym;
3. Opiniowanie projektów wewnętrznych aktów prawnych w zakresie wymogów określonych w art. 2 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (z dnia 6 listopada 2008 r.).
4. Współpraca z instytucjami zewnętrznymi w zakresie praw pacjenta, w szczególności z Rzecznikiem Praw Pacjenta.

W zakresie realizacji ww. zadań Pełnomocnik ds. Praw Pacjenta pozostaje bezstronny i niezależny

Zadania Rzecznika Prasowego:²⁰⁷

- przygotowywanie materiałów prasowych i komentarzy medialnych na temat bieżącego funkcjonowania Szpitala;
- kreowanie tematów wspierających cele komunikacyjne podmiotu;
- organizowanie i prowadzenie konferencji prasowych, briefingu oraz innych spotkań z przedstawicielami mediów;
- organizowanie i uczestniczenie w spotkaniach władz Szpitala z dziennikarzami;
- współpraca z pracownikami Szpitala w przygotowywaniu wystąpień medialnych oraz pomoc redakcyjna w tworzeniu artykułów i wywiadów;
- prowadzenie kanałów Social Mediów Szpitala;
- reagowanie na krytykę Szpitala wyrażoną w mediach;
- realizacja „medialnych procedur kryzysowych”;
- w przypadku zdarzenia masowego podjęcie działań w charakterze kierownika Punktu Informacyjnego dla rodzin i udzielanie informacji przedstawicielom mediów;
- monitoring przekazów medialnych związanych z działalnością jednostki;
- przygotowywanie serwisów prasowych (tzw. „prasówki”) dla wskazanych pracowników jednostki;

²⁰⁶ Uchwała 9/2025 RS USK-1

²⁰⁷ Przeniesione do pionu DN i ustalone Uchwałą 18/2025 RS USK-1

- współpraca z Dyrektorem ds. Promocji i Organizacji w zakresie organizowania przedsięwzięć służących kreowaniu pozytywnego wizerunku Szpitala;
- współudział w działaniach z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia oraz w akcjach promocyjnych jednostki;
- budowanie pozytywnych relacji z interesariuszami Szpitala;
- współpraca z komórkami organizacyjnymi Szpitala w zakresie realizacji zadań Rzecznika Prasowego.

Pełnomocnika ds. Cyberbezpieczeństwa²⁰⁸

Pełnomocnik ds. Cyberbezpieczeństwa jest odpowiedzialny za opracowanie, koordynację i nadzór nad wdrażaniem polityki i procedur cyberbezpieczeństwa w Szpitalu, tak aby zapewnić zgodność z KSC, wymogami NIS2 oraz innymi obowiązującymi przepisami. Współpracuje z Działem Informatyki, Działem Technicznym, Działem Aparatury Medycznej, IOD oraz innymi działami celem koordynacji czynności związanych z cyberbezpieczeństwem. Pełnomocnik ds. Cyberbezpieczeństwa podlega bezpośrednio Dyrektorowi Naczelnemu.

W szczególności w zakres obowiązków Pełnomocnika ds. Bezpieczeństwa wchodzi:

1. System Zarządzania Bezpieczeństwem Informacji (SZBI) i zgodność regulacyjna:

- Opracowanie, wdrożenie i utrzymanie SZBI zgodnie z wymogami KSC, przepisami transponującymi NIS2, RODO oraz innymi aktami prawnymi.
- Utrzymywanie i aktualizacja dokumentacji, polityk, procedur oraz strategii cyberbezpieczeństwa.
- Zapewnienie, aby SZBI obejmował m.in.: polityki bezpieczeństwa, zarządzanie dostępem, backup, szyfrowanie, zarządzanie poprawkami, bezpieczeństwo łańcucha dostaw, zarządzanie incydentami i ciągłość działania.
- Regularna ocena i aktualizacja zgodności działań z obowiązującymi przepisami.
- Współpraca z IOD, Administratorem Systemów Informatycznych i innymi komórkami organizacyjnymi w zakresie bezpieczeństwa informacji.

2. Zarządzanie ryzykiem i ciągłością działania:

- Identyfikacja i ocena ryzyka dla systemów teleinformatycznych oraz usług kluczowych.
- Nadzór nad opracowaniem i testowaniem planów ciągłości działania oraz planów odzyskiwania po awarii dla systemów krytycznych.
- Organizacja ćwiczeń w zakresie reagowania na incydenty i zakłócenia w działalności.
- Prowadzenie systematycznych analiz ryzyka i wdrażanie adekwatnych środków zaradczych.

3. Zarządzanie incydentami cyberbezpieczeństwa:

- Monitorowanie i analiza incydentów związanych z bezpieczeństwem teleinformatycznym.
- Klasyfikacja i rejestracja incydentów oraz koordynacja działań naprawczych.
- Zgłaszanie incydentów do właściwych zespołów CSIRT oraz organów nadzorczych w wymaganych terminach.
- Współpraca z CSIRT, organami regulacyjnymi, organami ścigania i innymi instytucjami.
- Reprezentowanie Szpitala w kontaktach z organami państwowymi w zakresie cyberbezpieczeństwa.

4. Monitorowanie, testowanie i audyty:

- Organizowanie i nadzorowanie testów bezpieczeństwa (skanowanie podatności, testy penetracyjne, przeglądy konfiguracji).
- Organizowanie i nadzorowanie audytów wewnętrznych i zewnętrznych oraz usuwania stwierdzonych niezgodności.

²⁰⁸ Dodane – uchwała 18/2025 RS USK-1

- Wdrożenie i nadzór nad systemami monitorowania bezpieczeństwa (np. SIEM, EDR, log management).
 - Sporządzanie raportów z audytów i przedstawianie ich Dyrekcji oraz właściwym organom.
5. Bezpieczeństwo łańcucha dostaw i dostawców:
- Ocena bezpieczeństwa dostawców systemów i usług teleinformatycznych, w tym analiza ryzyka w łańcuchu dostaw.
 - Włączanie wymogów bezpieczeństwa do umów (np. obowiązki raportowania incydentów, prawa audytu).
 - Monitorowanie zgodności dostawców z wymaganiami cyberbezpieczeństwa.
 - Współpraca z dostawcami usług IT w zakresie bezpieczeństwa.
6. Środki techniczne i operacyjne:
- Nadzorowanie wdrażania rozwiązań technicznych zwiększających bezpieczeństwo (np. szyfrowanie danych, MFA, monitoring sieci).
 - Zapewnienie aktualizacji oprogramowania i systemów zgodnie z zaleceniami producentów.
 - Utrzymywanie inwentarza systemów i zasobów krytycznych oraz rejestrów działań związanych z cyberbezpieczeństwem.
7. Szkolenia i podnoszenie świadomości:
- Organizowanie i prowadzenie szkoleń z zakresu cyberbezpieczeństwa i cyberhigieny.
 - Inicjowanie działań podnoszących świadomość i kompetencje pracowników w obszarze bezpieczeństwa.
 - Prowadzenie programów edukacyjnych i kampanii informacyjnych.
8. Raportowanie i doradztwo strategiczne:
- Regularne raportowanie do Dyrektora Naczelnego o stanie bezpieczeństwa teleinformatycznego, ryzykach, trendach zagrożeń i potrzebach inwestycyjnych.
 - Rekomendowanie priorytetów budżetowych w zakresie cyberbezpieczeństwa.
 - Doradztwo strategiczne w zakresie rozwoju i doskonalenia systemu bezpieczeństwa informacji w Szpitalu.
9. Analiza trendów cyberbezpieczeństwa:
- Regularne analizowanie najnowsze trendów w dziedzinie cyberbezpieczeństwa i ich potencjalny wpływ na Szpital – np. poprzez weryfikacje wybranych stron, portali i forów związanych z tematyką

PION FINANSOWO – KSIĘGOWY **(Dyrektora ds. Ekonomiczno - Finansowych):²⁰⁹**

Dyrektor ds. Ekonomiczno-Finansowych:

Dyrektor ds. Ekonomiczno-Finansowych podlega Dyrektorowi Naczelnemu.

Do głównych zadań 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,

²⁰⁹ Zarządzenie Nr 45/2021 – ustalono treść jednolitą dot. Pionu, tj. jednostek z opisem zadań.

6. Racjonalne gospodarowanie środkami finansowymi przeznaczonymi na zadania statutowe,
7. Dokonywanie analizy i ocena efektywności działalności finansowej,
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,
13. Realizacja zadań w obszarze informatyzacji, utrzymanie infrastruktury teleinformatycznej w odpowiednim stanie, w tym realizacja zamówień na sprzęt i usługi z tym związane²¹⁰.

Główny Księgowy:

Główny Księgowy podlega Dyrektorowi 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,

²¹⁰ Dodano – Uchwała 16/2024 RS USK-1

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 Naczelnego 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 USK-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) Ujednolicenie 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. Współudział w procesie negocjowania, renegocjowania, zawierania i realizacji umów,
8. Prowadzenie spraw związanych z umowami dotyczącymi udzielania świadczeń opieki zdrowotnej zawieranych z Narodowym Funduszem Zdrowia,
9. Współudział 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 DILO 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 DILO,
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 Leczącą,

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 Dyrekcję 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.

Dział Informatyki:²¹¹

- 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 USK-1,
- 3) ewidencjonowanie zasobów informatycznych (licencje, umowy, dokumentacja techniczna itp.),
- 4) poszukiwanie możliwości dostosowania i wykorzystania opcji funkcjonalnych oprogramowania do potrzeb szpitala USK-1 (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 Naczelnego 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,

²¹¹ Przeniesiony z Pionu Administracyjnego – Uchwała 16/2024 RS USK-1

- 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 TECHNICZNY
(Dyrektora ds. Eksploatacyjno – Technicznych):

Dyrektor ds. Eksploatacyjno – Technicznych:

1. Do obowiązków 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 Naczelnego.
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) 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 Energetyka²¹²:

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 obiektów²¹³,
 - 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:
 - 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 pomiarów²¹⁴.
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.

²¹² Zarządzenie 25/2019, zmiana nazwy (wcześniej: Dział Głównego Energetyka i Aparatury Medyczne) i zakresu zadań

²¹³ Zarządzenie 45/2021, ustalono treść pkt 2 lit b

²¹⁴ Zarządzenie 45/2021, ustalono treść pkt 3

11. Uzgadnianie terminów i warunków wykonania przyłączy i prac na instalacjach energetycznych, parowych i gazów medycznych dla potrzeb Szpitala ²¹⁵,
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, ciepłej 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.
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 ślusarskimi²¹⁶,
- 2) planowanie oraz realizacja działań związanych z utrzymaniem na wymaganym poziomie parametrów technicznych eksploatowanych urządzeń i instalacji, w tym remontów infrastruktury USK-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,

²¹⁵ Zarządzenie 45/2021, ustalono treść pkt 3

²¹⁶ Zarządzenie 45/2021, ustalono treść pkt 1

- 10) *prowadzenie dokumentacji technicznej obiektów i podległych instalacji*²¹⁷,
- 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,
- 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* ²¹⁸,
- 26) zapewnienie warunków niezbędnych do prawidłowego funkcjonowania Szpitala,
- 27) zapewnienie sprawności technicznej instalacji do dostawy mediów dla instalacji : wody, centralnego ogrzewania i kanalizacji²¹⁹,
- 28) organizowanie okresowych przeglądów budynków, urządzeń, instalacji i aparatury w celu oceny ich stanu technicznego,
- 29) opracowywanie planów remontów bieżących i kapitalnych obiektów USK-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 Szpitala²²⁰,
- 33) *przygotowywanie i przekazywanie pomieszczeń z numeracją inwentarzową w zakresie oznakowania i kluczy zgodnie z oznaczeniami projektowymi*²²¹.

Dział Aparatury Medycznej:^{222 223}

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,

²¹⁷ Zarządzenie 45/2021, ustalono treść pkt 10

²¹⁸ Zarządzenie 45/2021, wykreślono pkt 25

²¹⁹ Zarządzenie 45/2021, ustalono treść pkt 27

²²⁰ Zarządzenie 45/2021, dodano pkt. 32

²²¹ Zarządzenie 45/2021, dodano pkt. 33

²²² Dodane, Zarządzenie 25/2019

²²³ Zarządzenie 45/2021 – ustalono zakres zadań

- 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,
 - 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 całokształt 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 Dyrektorem ds. Lecznictwa.

Sekcja Inspektorów Nadzoru²²⁴:

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,

²²⁴ Zarządzenie 45/2021, dodano „Sekcję Inspektorów Nadzoru” z opisem zadań

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
(Dyrektora ds. Administracyjnych):

Dyrektor ds. Administracyjnych:

1. Do obowiązków Dyrektora ds. Administracyjnych należy działalność w zakresie organizacji transportu, utrzymania czystości oraz archiwizacji dokumentów, kuchni szpitalnej, a w szczególności²²⁵:
 - 2) 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) ²²⁶inwentaryzacji majątku,
 - c) zapewnienia fizycznego bezpieczeństwa obiektów i ludzi,
 - d) utylizacji odpadów medycznych i wywozy odpadów komunalnych,
 - e) prania bielizny szpitalnej,
 - f) współpracy z innymi komórkami organizacyjnym Szpitala w przedmiocie realizowanych zadań,
 - g) funkcjonowanie Kuchni Szpitalnej, zaopatrzenie i zabezpieczenie prowiantowania pacjentów oraz prowadzenie sprzedaży zewnętrznej posiłków dla pracowników²²⁷.
 - 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 rozstrzyganiem zamówień publicznych,
 - 4) wykonywanie innych czynności wchodzących w zakres obowiązków wynikających z obowiązujących przepisów bądź zleconych przez Dyrektora Naczelnego.
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^{228 229}:

1. prowadzenie spraw związanych z utrzymaniem czystości wewnątrz Szpitala – przygotowanie postępowań na usługę utrzymania czystości, nadzór nad firmą świadczącą 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,

²²⁵ Zmiana – Uchwała 16/2024 RS USK-1

²²⁶ Usunięto lit. b i c z renumeracją kolejnych – Uchwała 16/2024 RS USK-1

²²⁷ Dodano – Uchwała 16/2024 RS USK-1

²²⁸ Zarządzenie 45/2021-ustalono treść jednolitą w zakresie opisu zadań.

²²⁹ Zarządzenie 7/2022-ustalono treść jednolitą w zakresie opisu zadań

- 2) sprawdzanie stanu zabezpieczenia obiektów USK-1, 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.,²³⁰
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,

²³⁰ Wykreślono pkt. 4 – Uchwała 16/2024 RS USK-1

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.

Kuchnia Szpitalna²³¹:

Kuchnia szpitalna, realizuje zadania w zakresie²³²:

- 1) współudziału w planowaniu jadłospisów i receptur oraz przygotowywaniu posiłków,
- 2) planowania, koordynacji, realizacji i nadzoru nad procesem produkcji spożywczej,
- 3) logistyki oraz zaopatrzenia we wszystkie środki niezbędne do funkcjonowania Kuchni Szpitalnej oraz dbałość o stany magazynowe,
- 4) realizacji zamówień żywnościowych,
- 5) udział w przygotowaniu postępowań przetargowych i zawieraniu umów z kontrahentami oraz prowadzenie ich rejestru,
- 6) realizacja zawartych umów i ich rozliczenie,
- 7) gospodarka wyposażeniem i składnikami majątku na stanie Kuchni szpitalnej i kuchenek oddziałowych,
- 8) utrzymanie porządku i czystości w Kuchni szpitalnej, kuchenkach oddziałowych i magazynach kuchennych,
- 9) organizacja pracy personelu zaangażowanego w proces przygotowania i wydania posiłków dla pacjentów,
- 10) współpraca ze wszystkimi osobami zaangażowanymi w proces żywienia pacjentów,
- 11) prowadzenie dokumentacji i obsługa systemów informatycznych dotyczących żywienia pacjentów,
- 12) inwentaryzacja Kuchni szpitalnej i kuchenek oddziałowych,
- 13) współpraca z firmami i instytucjami w zakresie procesu żywienia pacjentów.

PION PROMOCJI I ORGANIZACJI

(Dyrektora ds. Promocji i Organizacji):²³³

Dyrektor ds. Promocji i Organizacji:

Dyrektor ds. Promocji i Organizacji realizuje zadania w zakresie planowania, koordynacji i realizacji działań marketingowych, zajmuje się polityką sprzedaży i promocji wobec klientów i

²³¹ Dodano – Uchwała 5/2024 RS USK-1

²³² Zmianiono opis zadań – Uchwała 16/2024 RS USK-1

²³³ Dodano, Uchwała Nr 16/2024 RS USK-1

kontrahentów, wyszukiwaniem i oceną szans rynkowych dotyczących sprzedaży, realizuje politykę dobrego wizerunku Szpitala.

Dyrektor ds. Promocji i Organizacji dobiera odpowiednie metody i narzędzia w celu zrealizowania zadań.

Dyrektor ds. Promocji i Organizacji realizuje zadania w szczególności poprzez:

- przygotowanie oraz wdrożenie planu strategicznego i operacyjnego, w tym opracowywanie długoterminowej polityki promocyjnej,
- budowanie pozytywnego wizerunku Szpitala poprzez wdrożenie polityki promocyjnej
- tworzenie i aktualizację baz mediów, sponsorów i firm współpracujących ze Szpitalem
- przygotowywanie materiałów prasowych i raportów na temat bieżącego funkcjonowania Szpitala,
- organizację kampanii społecznych i promocyjnych, przygotowywanie materiałów reklamowo-informacyjnych,
- przygotowanie i redagowanie narzędzi komunikowania i informowania,
- opracowywanie ogólnych prezentacji multimedialnych oraz tekstów informacyjnych o Szpitalu,
- gromadzenie oraz analiza informacji o skuteczności prowadzonych działań promocyjnych,
- przygotowywanie danych do rankingów,
- tworzenie bazy klientów/kontrahentów
- przygotowywanie ofert dla klientów,
- podtrzymywanie kontaktów z klientami,
- nawiązywanie kontaktów (osobistych, telefonicznych, mailowych) z nowymi i potencjalnymi klientami,
- współtworzenie i zarządzanie Polityką Jakości oraz weryfikacja prowadzonych procesów, w tym identyfikacja obszarów poprawy oraz wdrażanie działań korygujących,
- nadzór oraz koordynację nad Systemem Zarządzania Jakością,
- udział oraz nadzór na usprawnianiem procesów organizacji i promocji, w tym współpraca z jednostkami organizacyjnymi działalności medycznej w zakresie promocji,
- zarządzanie działaniami promocyjnymi (organizacja kampanii promocyjnych, itp.)
- tworzenie lub współtworzenie strategii marketingowych,
- udział w oficjalnych spotkaniach oraz imprezach handlowych.

Dyrektor ds. Promocji i Organizacji pełni nadzór nad jednostkami organizacyjnymi działalności administracyjnej, działającymi w zakładzie leczniczym Szpitala działającym w Policach, zapewnia właściwą współpracą pomiędzy wszystkim jednostkami zlokalizowanymi w tym zakładzie oraz pełni administracyjny nadzór nad pracą jednostek organizacyjnych działalności medycznej w tym zakładzie, zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa, ze szczególnym uwzględnieniem standardów akredytacyjnych oraz Polityki Jakości

Dział ds. Systemu Zarządzania Jakością, Akredytacji, Kontroli oraz Promocji Szpitala^{234 235}

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”,

²³⁴ Zarządzenie 13/2021, dodano Dział ds. Systemu Zarządzania Jakością, Akredytacji, Kontroli oraz Promocji Szpitala z opisem

²³⁵ Dział Przeniesiony z Pionu Dyrektora – Uchwała Nr 16/2024 RS USK-1

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 USK-1 w ciągu roku i wynikającą z tego faktu koniecznością podjęcia szeregu czynności w celu zapewnienia prawidłowego ich przebiegu. W USK-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.

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 Naczelnego z przeprowadzonych kontroli zewnętrznych podjętych działań oraz stanu realizacji zaleceń pokontrolnych.

W celu należytej realizacji obsługi kontroli zewnętrznych w USK-1 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,
- przejmowania 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 USK-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.

236

PION DYREKTORA DS. PIELĘGNIARSTWA I POŁOŻNICTWA

Dyrektor ds. Pielęgniarstwa i Położnictwa:

- 1) zapewnienie kompleksowej opieki pielęgniarskiej w Szpitalu,

²³⁶ Podsekcja "zadania Rzecznika prasowego przeniesiona do pionu Dyrektora, Uchwała 18/2025 RS USK-1

- 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 Dyrektora ds. Pielęgniarstwa i Położnictwa²³⁷,
- 3) wykonywanie poleceń pielęgniarki oddziałowej²³⁸,
- 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.

239 240

Sekcja Żywienia:

- 1) nadzór nad żywieniem zbiorowym pacjentów,
- 2) kontrola przygotowywanych jadłospisów, z uwzględnieniem norm żywieniowych i wymogów dietetyczno – żywieniowych, nad wydawaniem posiłków²⁴¹,
- 3) kontrola przygotowanych posiłków, ich zgodności z zaleconymi dietami, stosowanie zasad racjonalnej, nowoczesnej diety 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
(Dyrektora ds. Lecznictwa):

Dyrektor ds. Lecznictwa:

- 1) zastępowanie Dyrektora Naczelnego pod jego nieobecność
- 2) nadzór nad realizacją procedur medycznych wprowadzanych w jednostkach Szpitala, zgodnie z ich zapisami w Księdze Procedur,

²³⁷ Zmiana Zarządzenie Nr 1/2019, poprzednio: Wykonywanie poleceń Naczelnej Pielęgniarki

²³⁸ Zmiana Zarządzenie Nr 1/2019, poprzednio: wykonywanie poleceń kierujących jednostkami medycznymi oraz pielęgniarek oddziałowych

²³⁹ Zarządzenie 45/2022, zmiana nazwy ze Sterylizacja na Centralna Sterylizatornia

²⁴⁰ Zarządzenie Nr 45/2021, usunięto sterylizację z Pionu Naczelnej Pielęgniarki

²⁴¹ Zmiana – Uchwała 5/2024 RS USK-1

- 3) nadzór nad prawidłowością procedur przetargowych w zakresie zaopatrzenia 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,

242

Dział Epidemiologii^{243 244}:

- 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 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

^{245 246}.

Koordynator Szpitala ds. Transplantologii:²⁴⁷

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

²⁴² Zarządzenie Nr 7/2022, usunięto „Sekcja statystyki” z opisem

²⁴³ Zarządzenie Nr 7/2018- zmiana nazwy z Pielęgniarka Epidemiologiczna na Sekcja ds. Epidemiologii

²⁴⁴ Zarządzenie Nr 22/2022, zmiana z Sekcja na Dział Epidemiologii

²⁴⁵ Zarządzenie Nr 7/2018 – zmiana zakresu zadań w zakresie epidemiologii

²⁴⁶ Zarządzenie Nr 22/2022, ustalono zakres zadań realizowanych przez Dział Epidemiologii

²⁴⁷ Dodane, Zarządzenie 25/2019

narządów w podmiocie leczniczym lub banku tkanek i komórek oraz ich dostarczenia do biorcy.

Centralna Sterylizatornia^{248 249}:

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.

Koordynator ds. rehabilitacji medycznej i fizjoterapii²⁵⁰:

- 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,
- 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.

Zespół psychologów:²⁵¹

Zespół psychologów realizuje działania w zakresie:

1. Udzielanie wsparcia i konsultacji psychologicznych oraz psychoedukacji (poprzez min. zastosowanie odpowiednich technik i form psychoterapii) w gabinecie Poradni Psychologicznej oraz na oddziałach Szpitala,
2. Prowadzenie działalności diagnostycznej – badania psychologiczne, opracowywanie opinii psychologicznych,
3. Udzielanie interwencyjnej pomocy psychologicznej i udzielanie wsparcia w sytuacjach trudnych związanych z hospitalizacją, procesem leczenia Pacjentom i ich rodzinom,
4. Udzielanie wsparcia psychologicznego personelowi Szpitala,

Zespół prowadzi interdyscyplinarną współpracę z zespołem lekarskim, pielęgniarским, dietetykiem, fizjoterapeutą, pracownikiem socjalnym oraz innym personelem Szpitala.

Zespół rehabilitantów:²⁵²

Zespół rehabilitantów (w szczególności fizjoterapeutów) realizuje zadania w zakresie:

²⁴⁸ Zarządzenie Nr 45/2021, w pionie Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa dodano Centralną Sterylizatornię z opisem

²⁴⁹ Zarządzenie Nr 27/2022, zmiana nazwy z: Centralna Sterylizatornia, obiekty Szczecin i Police

²⁵⁰ Zarządzenie Nr 22/2022, dodano: Koordynator ds. rehabilitacji medycznej i fizjoterapii z opisem zadań

²⁵¹ Utworzony – Uchwała 9/2025 RS USK-1

²⁵² Utworzony – Uchwała 9/2025 RS USK-1

- diagnozowania, planowania i realizacji terapii, mającej na celu poprawę stanu zdrowia i funkcjonalności pacjenta (obejmuje to ocenę pacjenta, tworzenie indywidualnych planów terapeutycznych, prowadzenie ćwiczeń, masażu, a także edukację pacjenta i jego rodziny).

Zespół dietetyków:²⁵³

Zespół dietetyków realizuje zadania w zakresie:

1. Oceny stanu odżywienia pacjenta (przeprowadzenie szczegółowej oceny stanu odżywienia pacjenta, w tym analizy dietetycznej oraz antropometrycznej),
2. Opracowywania indywidualnego planu żywieniowego dostosowanego do potrzeb pacjenta, jego stanu zdrowia, chorób współistniejących oraz preferencji żywieniowych,
3. Edukacji pacjentów i ich rodzin w zakresie zasad żywienia,
4. Szkoleń personelu medycznego w zakresie zasad żywienia klinicznego,

Zespół dietetyków współpracuje ściśle z sekcją żywienia oraz działą w ramach zespołu terapeutycznego.

Zespół techników medycznych: ²⁵⁴

Zespół techników medycznych: realizuje zadania wspomagające udzielenie świadczeń medycznych, współpracuje w tym zakresie ze wszystkimi jednostkami Szpitala

Zespół inspektorów ochrony radiologicznej i fizyków medycznych:²⁵⁵

Wszyscy Inspektorzy Ochrony Radiologicznej i fizycy medyczni podlegają bezpośrednio pod kierownika zespołu, a kierownik bezpośrednio pod Dyrektora Naczelnego.

Zakres obowiązków i uprawnień reguluje ustawa o Prawo Atomowe i zostanie doprecyzowany w formie zarządzenia Dyrektora Naczelnego

Zakłady Lecznicze^{256:}

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) współudział w kształceniu przeddyplomowym i podyplomowym oraz w prowadzeniu innych form szkolenia i doskonalenia zawodowego personelu medycznego.

²⁵³ Utworzony – Uchwała 9/2025 RS USK-1

²⁵⁴ Utworzony – Uchwała 9/2025 RS USK-1

²⁵⁵ Utworzone – Uchwała 2/2026 RS USK-1

²⁵⁶ Zarządzenie 12/2018, zmieniono przedsiębiorstwa na: zakłady lecznicze

Zadania wspólne klinik, oddziałów klinicznych, oddziałów i pododdziałów wchodzących w skład wszystkich z wyszczególnionych dalej zakładów leczniczych²⁵⁷:

- 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 leczniczy²⁵⁸: **SZPITAL USK-1 PUM w SZCZECINIE**:

Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii z Centrum Leczenia Urazów Wielonarządowych²⁵⁹,
Klinika Chirurgii Ogólnej i Chirurgii Ręki,

Oddział Kliniczny Chirurgii Dziecięcej, Onkologicznej, Urologii i Chirurgii Ręki^{260 261}

Klinika Pediatrii i Hemato – Onkologii Dziecięcej^{262 263},

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

Klinika Gastroenterologii z Oddziałem Hepatologii ²⁶⁴,

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

- Oddział Transplantacji Szpiku^{265 266}

Oddział Transplantacji Szpiku realizuje następujące działania:

- 1) pobieranie od żywego dawcy komórek krwiotwórczych z krwi obwodowej - w celu ich przeszczepiania w układzie autologicznym,
- 2) przeszczepianie w układzie autologicznym komórek krwiotwórczych z krwi obwodowej,
- 3) przeszczepianie w układzie autologicznym komórek krwiotwórczych ze szpiku,
- 4) pobieranie od żywego dawcy komórek krwiotwórczych z krwi obwodowej i szpiku w celu ich przeszczepiania w układzie alogenicznym w ramach terapii o udowodnionej skuteczności w oparciu o kryteria medycyny opartej na faktach (EBM),
- 5) przeszczepianie w układzie alogenicznym komórek krwiotwórczych z krwi obwodowej i szpiku w ramach terapii o udowodnionej skuteczności w oparciu o kryteria medycyny opartej na faktach (EBM),
- 6) pobieranie od żywego dawcy limfocytów z krwi obwodowej w celu ich zastosowania w układzie alogenicznym do procedury infuzji limfocytów (DLI) w ramach terapii o udowodnionej skuteczności w oparciu o kryteria medycyny opartej na faktach (EBM),
- 7) zastosowanie limfocytów z krwi obwodowej w układzie alogenicznym do procedury infuzji limfocytów (DLI) w ramach terapii o udowodnionej skuteczności w oparciu o kryteria medycyny opartej na faktach (EBM),
- 8) pobieranie od żywego dawcy limfocytów z krwi obwodowej w celu wytworzenia dopuszczonego do obrotu produktu leczniczego terapii genowej (CAR-T ATMP/GTMP) do zastosowania w układzie autologicznym w ramach terapii o udowodnionej skuteczności w oparciu o kryteria medycyny opartej na faktach (EBM),
- 9) pobieranie od żywego dawcy limfocytów z krwi obwodowej w celu wytworzenia badanego produktu leczniczego terapii genowej (ICAR-TATIMP/GTIMP) do zastosowania

²⁵⁷ Zarządzenie 12/2018, zmieniono przedsiębiorstwa na: zakłady lecznicze

²⁵⁸ Zarządzenie 12/2018, zmieniono przedsiębiorstwa na: zakłady lecznicze

²⁵⁹ Zmiana nazwy (połączenie z CLUW) – uchwała 19/2023 RS SPSK1 i 80/2023 PUM

²⁶⁰ Zarządzenie Nr 1/2019, zmieniono nazwę z Klinika Chirurgii Dziecięcej i Onkologicznej

²⁶¹ Zarządzenie Nr 35/2022, zmiana z Klinika na Oddział Kliniczny

²⁶² Zarządzenia Nr 19/2017 – zmieniono nazwę z Klinika Pediatrii, Hematologii i Onkologii dziecięcej na: Klinika Pediatrii, Hemato – Onkologii i Gastroenterologii Dziecięcej

²⁶³ Zmiana nazwy – Uchwała nr 75/2024

²⁶⁴ Zmiana nazwy – Uchwała 3/2023 RS SPSK-1

²⁶⁵ Zarządzenie Nr 8/2017 zmieniono nazwę Klinika Hematologii na: Klinika Hematologii z Oddziałem Transplantacji Szpiku oraz dodano podjednostki: Oddział Transplantacji Szpiku oraz Bank Komórek Krwiotwórczych

²⁶⁶ Zarządzenie 12/2018 – wyłączono Bank Komórek Krwiotwórczych ze struktury Kliniki Hematologii

w układzie autologicznym w ramach badania klinicznego w rozumieniu ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (tj. z 2022 r. Dz.U. poz. 2301 z późn. zm.)²⁶⁷

- Pracownia Cytogenetyki ²⁶⁸

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 i Onkologii Otolaryngologicznej Dorosłych z Oddziałem Dziecięcym ²⁶⁹

²⁷⁰,

Klinika Chorób Wewnętrznych, Reumatologii, Diabetologii, Geriatrii i Immunologii Klinicznej z Oddziałem Gastroenterologii oraz Oddziałem Hepatologii i Transplantologii ^{271 272 273 274 275},

Klinika Ortopedii, Traumatologii i Onkologii Narządu Ruchu,

Klinika Ortopedii Dziecięcej i Onkologii Narządu Ruchu²⁷⁶,

Klinika Endokrynologii, Chorób Metabolicznych i Chorób Wewnętrznych,

wykreślono,²⁷⁷

Klinika Chirurgii Ogólnej, Małoinwazyjnej i Gastroenterologicznej²⁷⁸,

Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii dla Dzieci,

Skreślony ^{279 280},

Klinika Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej z Pododdziałem Chirurgii Naczyniowej, w ramach której działa²⁸¹:

Pododdział Chirurgii Naczyniowej²⁸²

Oddział Kliniczny Onkologii, Chemioterapii i Immunoterapii Nowotworów²⁸³

Oddział Kliniczny Chirurgii Szczerkowo-Twarzowej Dorosłych i Dzieci ^{284 285}

Klinika Pediatrii, Onkologii i Immunologii Dziecięcej²⁸⁶ (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)²⁸⁷

Klinika Ginekologii, Endokrynologii i Ginekologii Onkologicznej^{288 289}

Ponadregionalny Ośrodek Żywienia Pozajelitowego i Dojelitowego dla Dzieci z Kliniką Pediatrii, Żywienia i Gastroenterologii Dziecięcej²⁹⁰

Pracownia Genetyczna ²⁹¹

Szpitalny Oddział Ratunkowy:

²⁶⁷ Dodano opis zadań OTS – Uchwała Nr 15/2023 RS SPSK-1

²⁶⁸ Zarządzenie 39/2020, dodano jednostkę w KHzOTS: Pracownia Cytogenetyki

²⁶⁹ Zarządzenie Nr 8/2017 – zmieniono nazwę Kliniki Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej na: Klinika Otolaryngologii Dorosłych i Dzieci i Onkologii Laryngologicznej

²⁷⁰ Zmiana nazwy – Uchwała 7/2024 RS USK-1, Uchwała 28/2024 PUM

²⁷¹ Zarządzenie Nr 15/2016 – zmieniono nazwę z: Klinika Reumatologii i Chorób Wewnętrznych, na: Klinika Reumatologii, Chorób Wewnętrznych i Geriatrii

²⁷² Zarządzenie Nr 25/2019 – zmieniono nazwę z: Klinika Reumatologii, Chorób Wewnętrznych i Geriatrii na Klinikę Reumatologii, Chorób Wewnętrznych, Geriatrii i Immunologii Klinicznej

²⁷³ Zarządzenie Nr 39/2020 Dyrektora SPSK Nr 1 – zmieniono nazwę z: Klinika Reumatologii, Chorób Wewnętrznych i Geriatrii i Immunologii Klinicznej na Klinikę Chorób Wewnętrznych, Reumatologii, Diabetologii, Geriatrii i Immunologii Klinicznej

²⁷⁴ Zmiana nazwy – Uchwała nr 9/2023 RS SPSK-1

²⁷⁵ Zmiana nazwy – Uchwała 67/2025 Senatu PUM,

²⁷⁶ Zarządzenie Nr 39/2020 Dyrektora SPSK Nr 1 – zmieniono nazwę z: Ortopedii i Traumatologii Dziecięcej na Klinikę Ortopedii Dziecięcej i Onkologii Narządu Ruchu

²⁷⁷ Zarządzenie 5/2020, wykreślono: Klinika Hipertensjologii i Chorób Wewnętrznych

²⁷⁸ Zmiana nazwy z Kliniki Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej na: Klinikę Chirurgii Ogólnej, Małoinwazyjnej i Gastroenterologicznej – Zarządzenie 38/2017

²⁷⁹ 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”

²⁸⁰ połączenie z CLUW z KAiIT –uchwała 19/2023 RS SPSK1 i 80/2023 PUM

²⁸¹ Dodano – Zarządzenia Nr 22/2015

²⁸² Zarządzenia 1/2019, dodano Pododdział Chirurgii Naczyniowej

²⁸³ Dodano – Zarządzenie Nr 15/2016

²⁸⁴ Zarządzenie Nr 53/2021- zmiana z Kliniki na Oddział Kliniczny

²⁸⁵ Zmiana nazwy Uchwałą 8/2025 RS USK-1

²⁸⁶ Zarządzenie 5/2020, zmieniono nazwę z : Klinika Pediatrii i Onkologii Dziecięcej

²⁸⁷ Dodano – Zarządzenie 19/2017

²⁸⁸ Dodano – Zarządzenie 19/2017

²⁸⁹ Zmiana nazwy, uchwała 74/2025 Senatu PUM

²⁹⁰ Utworzony – Uchwała 75/2024 Senatu PUM

²⁹¹ Utworzona, Uchwała 8/2025 RS USK-1

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.

Centralny Blok Operacyjny:²⁹²

- 1) Centralny Blok Operacyjny jest komórką organizacyjną Szpitala zapewniającą warunki do przeprowadzania zabiegów operacyjnych w trybie planowym, nagłym i doraźnym.
- 2) Do zadań Centralnego Bloku Operacyjnego należy w szczególności:
 - a. organizacja i realizacja zabiegów operacyjnych, zgodnie z harmonogramem i wskazaniami medycznymi,
 - b. zapewnienie operacyjnego, anestezjologicznego i pielęgniarstwa zabezpieczenia pacjentów w okresie okołoperacyjnym,
 - c. utrzymywanie aseptyki i przestrzeganie procedur epidemiologicznych i higienicznych podczas wykonywania zabiegów,
 - d. organizacja pracy sal operacyjnych oraz koordynacja przepływu pacjentów,
 - e. współpraca z oddziałami zabiegowymi, anestezjologią i intensywną terapią, sterylizatornią, laboratoriami i pracowniami diagnostycznymi,
 - f. nadzór nad sprzętem i aparaturą medyczną, we współpracy z Działem Aparatury Medycznej, w tym zapewnienie ich sprawności technicznej i bezpieczeństwa użytkowania,
 - g. prowadzenie gospodarki materiałowej i lekowej, w tym ewidencji, zamawiania oraz racjonalnego wykorzystania materiałów i leków,
 - h. prowadzenie dokumentacji medycznej w zakresie wykonywanych zabiegów,
 - i. zapewnienie ciągłości pracy w stanach nagłych i sytuacjach wymagających natychmiastowej interwencji chirurgicznej,
 - j. organizacja i nadzór nad personelem medycznym i pomocniczym pracującym w Centralnym Bloku Operacyjnym,
3. Organizacja pracy Centralnego Bloku Operacyjnego, szczegółowe procedury ujęte są w ustalonym przez Lekarza Kierującego regulaminie Centralnego Bloku Operacyjnego, zatwierdzonym przez Dyrektora Naczelnego.

Pracownia Serologii Transfuzjologicznej z Bankiem Krwi ²⁹³:

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,

²⁹² Opis zadań CBO- Uchwała 2/2026 RS USK-1

²⁹³ Zmiana nazwy – Uchwała nr 4/2024 RS USK-1, Uchwała nr 15/2024 PUM

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,

Apteka²⁹⁴:

- 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 niejałowe wyroby medyczne do implantacji wraz z jednorazowym jałowym i niejałowym 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,
- 8) Udział w prowadzonych w Instytucie badaniach klinicznych,
- 9) Kontrola gospodarki lekiem i wyrobem medycznym,
- 10) Udział w racjonalizacji farmakoterapii.

Bank Komórek Krwiotwórczych²⁹⁵

Bank Komórek Krwiotwórczych realizuje następujące działania:

- 1) gromadzenie, przetwarzanie, przechowywanie, dystrybucję, dopuszczanie do obiegu komórek krwiotwórczych ze szpiku - w celu ich przeszczepienia w układzie autologicznym¹;
- 2) gromadzenie, przetwarzanie, przechowywanie, dystrybucję, dopuszczanie do obiegu komórek krwiotwórczych z krwi obwodowej - w celu ich przeszczepienia w układzie autologicznym¹;
- 3) gromadzenie, przechowywanie, dystrybucję, dopuszczanie do obiegu komórek krwiotwórczych z krwi pępowinowej - w celu następczego przeszczepiania w układzie autologicznym lub allogenicznym¹
- 4) gromadzenie, przetwarzanie, przechowywanie szpiku pobranego w celu przetworzenia w komórki krwiotwórcze ze szpiku do przeszczepienia allogenicznego¹
- 5) gromadzenie, przetwarzanie, przechowywanie, dopuszczanie do obiegu, dystrybucję komórek krwiotwórczych ze szpiku w celu allogenicznego przeszczepienia¹
- 6) gromadzenie, przetwarzanie, przechowywanie, dopuszczanie do obiegu, dystrybucję komórek krwiotwórczych z krwi obwodowej w celu allogenicznego przeszczepienia¹

²⁹⁴ Zarządzenie Nr 45/2022, ustalono opis zadań Apteki

²⁹⁵ Zarządzenie 12/2018 –dodano: Bank Komórek Krwiotwórczych (po wyodrębnieniu z Kliniki Hematologii)

- 7) gromadzenie, przetwarzanie, przechowywanie, dopuszczanie do obiegu, dystrybucję komórek krwi dojrzałych - limfocytów do procedury infuzji limfocytów dawcy (DLI) w celu allogenicznego zastosowania¹
 - 8) gromadzenie, przetwarzanie, przechowywanie, dopuszczenie do obiegu limfocytów z krwi obwodowej w celu wytworzenia dopuszczonego do obrotu produktu leczniczego terapii genowej (CAR-T ATMP/GTMP) do zastosowania w układzie autologicznym w ramach terapii o udowodnionej skuteczności w oparciu o kryteria medycyny opartej na faktach (EBM)¹
 - 9) gromadzenie, przetwarzanie, przechowywanie, dopuszczenie do obiegu limfocytów z krwi obwodowej w celu wytworzenia badanego produktu leczniczego terapii genowej (ICAR-T ATIMP/GTIMP) do zastosowania w układzie autologicznym w ramach badania klinicznego w rozumieniu ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2021 r. poz. 1977)
- tj. na działalność określoną w art. 25 ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów.

¹ W ramach terapii o udowodnionej skuteczności w oparciu o kryteria medycyny opartej na faktach Evidence Based Medicine (EBM) - zgodnie z treścią uchwały Krajowej Rady Transplantacyjnej nr 18/2020 z 14 grudnia 2020 r.^{296 297}

Zakład leczniczy²⁹⁸: **AMBULATORIUM I DIAGNOSTYKA USK-1 PUM w SZCZECINIE:**

Centrum Diagnostyki Schorzeń Przewodu Pokarmowego Kliniki Gastroenterologii:

Diagnostyka schorzeń przewodu pokarmowego w zakresie zleconym przez jednostki zakładów leczniczych²⁹⁹ 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: scyntyografię, 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,

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

²⁹⁶ Opis działalności BKK dodany Zarządzeniem Nr 9/2021

²⁹⁷ Zmieniono opis zadań – Uchwała 15/2023 RS SPSK-1

²⁹⁸ Zarządzenie 12/2018, zmieniono przedsiębiorstwa na: zakłady lecznicze

²⁹⁹ Zarządzenie 12/2018, zmieniono przedsiębiorstwa na: zakłady lecznicze

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.³⁰⁰

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 Mammograficzna³⁰¹

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 leczniczym³⁰² 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 Ginekologiczna³⁰³,
- w ramach Poradni Neurologicznej³⁰⁴:
 - Poradnia Stwardnienia Rozsianego,

³⁰⁰ Zarządzenie 39/2020 w opisie Zakładu Patomorfologii dodano zdanie: *W ramach Zakładu Patomorfologii działa Pracownia Neuropatologii*

³⁰¹ Zarządzenie 12/2018, dodano: Pracownia Mammograficzna

³⁰² Zarządzenie 12/2018, zmieniono przedsiębiorstwa na: zakłady lecznicze

³⁰³ Zmiana nazwy – Uchwała nr 4/2024 RS USK-1, Uchwała nr 15/2024 PUM

³⁰⁴ Zarządzenie 8/2017 – wykreślono: Poradnia Neurologii Ogólnej oraz Poradnia Chorób Zwyrodnieniowych Układu Nerwowego

- Poradnia Chorób Nerwowo – Mięśniowych,
- Poradnia Padaczkowa
- Poradnia Schorzeń Pozapiramidowych i Zaburzeń Pamięci,
- Poradnia Chorób Naczyniowych Mózgu,
- Poradnia Audiologiczna,
- Poradnia Ginekologiczna,
- Poradnia Medycyny Nuklearnej,
- Poradnia Ortopedyczno – Urazowa,
- Poradnia Logopedyczna,
- Poradnia Endokrynologiczna,
- Poradnia, Ginekologii, Endokrynologii Ginekologicznej i Leczenia Niepłodności³⁰⁵,
- Poradnia Leczenia Otyłości,
- Poradnia Metaboliczna,
- Poradnia Nadciśnienia Tętniczego,
- Poradnia Leczenia Bólu,
- Poradnia Chirurgii Onkologicznej³⁰⁶,
- Poradnia Onkologiczna³⁰⁷,
- Onkologiczna Poradnia Genetyczna³⁰⁸
- Poradnia Chirurgii Szczękowo-Twarzowej
- Poradnia Żywnościowa³⁰⁹
- Poradnia Transplantologiczna³¹⁰
- Poradnia Geriatryczna³¹¹
- Poradnia Anestezjologiczna ³¹²
- Poradnia Endokrynologii Ginekologicznej³¹³
- Poradnia Immunologiczna ³¹⁴
- Poradnia Rehabilitacyjna,³¹⁵
- Poradnia Psychologiczna, ³¹⁶
- Nieonkologiczna Poradnia Genetyczna, ³¹⁷
- Poradnia Leczenia Osteoporozy³¹⁸,
- Poradnia Stomatologiczna ³¹⁹,
- Poradnia Nocnej i Świątecznej Pomocy ³²⁰

Przykliniczna Specjalistyczna Przychodnia dla Dzieci i Młodzieży, w ramach której działają:³²¹

- Poradnia Chirurgiczna,
- Poradnia Onkologiczna,
- Poradnia Neurochirurgiczna,
- Poradnia Neurologiczna,
- Poradnia Kardiologiczna,
- Poradnia Urologiczna,
- Poradnia Nefrologiczna,

³⁰⁵ Zmiana nazwy, Zarządzenie 6/2018 (była: Poradnia Endokrynologii Ginekologicznej)

³⁰⁶ Dodano – Zarządzenia Nr 22/2015

³⁰⁷ Dodano – Zarządzenia Nr 22/2015

³⁰⁸ Dodano – Zarządzenie Nr 8/2017

³⁰⁹ Dodano – Zarządzenie 38/2017

³¹⁰ Dodano – Zarządzenie 38/2017

³¹¹ Zarządzenie 12/2018, dodano: Poradnia Geriatryczna

³¹² Zarządzenie 12/2018, dodano: Poradnia Anestezjologiczna

³¹³ Dodano – Zarządzenie Nr 1/2019

³¹⁴ Dodano, Zarządzenie 25/2019

³¹⁵ Dodano, Zarządzenie Nr 5/2020

³¹⁶ Dodano, Zarządzenie Nr 5/2020

³¹⁷ Dodano, Zarządzenie Nr 5/2020

³¹⁸ Zarządzenie Nr 27/2022, dodano: Poradnia Leczenia Osteoporozy

³¹⁹ Zarządzenie Nr 35/2022, dodano Poradnia Stomatologiczna

³²⁰ Dodano – Uchwała Nr 11/2023 RS SP5K-1, Uchwałę nr 76/2023 PUM

³²¹ Zarządzenie 25/2019, wykreślono: Poradnia Zaburzeń Rozwoju

- Poradnia Andrologiczna,
- Poradnia Endokrynologii i Zaburzeń Odżywiania u Dzieci³²²,
- Poradnia Diabetologiczna,
- Poradnia Chorób Metabolicznych,
- Poradnia Gastroenterologiczna,
- Poradnia Onkologii i Hematologii,
- Poradnia Schorzeń Tarczycy,
- Poradnia Wad Rozwojowych Twarzy,
- Poradnia Patologii Noworodków i Wcześnieaków,
- Poradnia dla Dzieci Otyłych,
- Poradnia Ortopedii Dziecięcej,
- Poradnia Preluksacyjna,
- Poradnia Wad Postawy,
- Poradnia Ginekologii Dziecięcej i Dziewczęcej,
- Poradnia Pediatria, ³²³
- Poradnia Żywieniowa dla Dzieci³²⁴

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. Oznaczania Lekowrażliwości)³²⁵,
- 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 Nowotworów³²⁶

Medyczne Laboratorium Diagnostyczne:³²⁷

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 Densytometrii³²⁸

³²² Zarządzenie 12/2018, zmiana nazwy z Poradnia Endokrynologiczna na Poradnia Endokrynologii i Zaburzeń Odżywiania u Dzieci

³²³ Dodano, Zarządzenie Nr 5/2020

³²⁴ Utworzona – Uchwała 75/2024 Senatu PUM,

³²⁵ Zarządzenie Nr 7/2018 – zmieniono zapis pkt 4 (było: identyfikacja i oznaczanie wrażliwości drobnoustrojów wg wytycznych NCCLS (the National Committee for Clinical Laboratory Standards))

³²⁶ Dodano – Zarządzenie Nr 15/2016

³²⁷ Dodane – Zarządzenie Nr 8/2017

³²⁸ Dodane, Zarządzenie Nr 53/2021

Poradnia Farmakologii Klinicznej³³⁴

Centrum Leczenia Biologicznego³³⁵:

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 wandeetanibem,
- 2) Leczenie guzów neuroendokrynnych 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 neuroendokrynnych analogiem somastatyny,
- 7) Leczenie raka kory nadnerczy mitotanem,
- 8) Leczenie zróżnicowanego raka tarczycy sorafenibem.

Sekcja Pracowników Socjalnych³³⁶

Do Sekcji Pracowników Socjalnych należy:

- 1) wykonywanie wszystkich czynności związanych z zapewnieniem świadczeń pomocy społecznej pacjentom i w razie potrzeby ich rodzinom,
- 2) badanie środowiska chorego, jego warunków rodzinnych, mieszkaniowych i innych związanych z pobytem w Szpitalu,
- 3) udzielanie pacjentom i ich opiekunom pełnej informacji o przysługujących im świadczeniach i dostępnych formach pomocy społecznej,
- 4) podejmowanie działań w zakresie umieszczenia chorego w placówce opieki zdrowotnej w celu zapewnienia dalszej opieki po opuszczeniu Szpitala,
- 5) występowanie o przyznanie świadczeń wynikających z Ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych

Klinika Gastroenterologii z Oddziałem Hepatologii³³⁷:

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.

³²⁹ Zarządzenie Nr 27/2022, dodano: Pracownia Cytogenetyki

³³⁰ Zmiana nazwy – Uchwała 17/2024 RS SPSK-1

³³¹ Zmiana nazwy – Uchwała Nr 21/2022 RS SPSK-1

³³² Zmiana nazwy – Uchwałą Nr 22/2022 RS SPSK-1

³³³ połączenie z Pracownią Badań Przesiewowych – uchwała 19/2023 RS SPSK1 i 80/2023 PUM

³³⁴ Dodano – Uchwała 11/2023 RS SPSK-1, Uchwała nr 93/2023 PUM

³³⁵ Zarządzenie Nr 27/2022, dodano Centrum Leczenia Biologicznego z opisem,

³³⁶ Dodano – Uchwała Nr 20/2023 RS SPSK-1

³³⁷ Zmiana nazwy – Uchwała 3/2023 RS SPSK-1

Klinika Chorób Wewnętrznych, Reumatologii, Diabetologii, Geriatrii i Immunologii Klinicznej z Oddziałem Gastroenterologii oraz Oddziałem Hepatologii i Transplantologii ^{338 339}:

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 Zapalenia 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 Zakładowy³⁴⁰

Zakład leczniczy³⁴¹: **SZPITAL PSYCHIATRYCZNY USK-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 Nerwicznych 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.

³³⁸ Zmiana nazwy – Uchwała nr 9/2023 RS SPSK-1

³³⁹ Zmiana nazwy – Uchwała 67/2025 Senatu PUM

³⁴⁰ Zarządzenie Nr 35/2022 dodano Lekarz Zakładowy

³⁴¹ Zarządzenie 12/2018, zmieniono przedsiębiorstwa na: zakłady lecznicze

Zakład leczniczy³⁴²: **AMBULATORIUM I DIAGNOSTYKA SZPITALA
PSYCHIATRYCZNEGO USK-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]:³⁴³

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

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-Koordynacyjnego [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

³⁴² Zarządzenie 12/2018, zmieniono przedsiębiorstwa na: zakłady lecznicze

³⁴³ Zarządzenie Nr 35/2022 dodano Centrum Zdrowia Psychicznego z opisem

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. umożliwia 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 USK-1 w Szczecinie

Obsługę administracyjną, finansową i techniczną CZP zapewniają odpowiednie komórki USK-1 w Szczecinie.

Zakład leczniczy³⁴⁴: **SZPITAL USK-1 PUM w POLICACH**³⁴⁵:

- 1) Klinika Chorób Wewnętrznych, Reumatologii, Diabetologii, Geriatrii i Immunologii Klinicznej z Oddziałem Gastroenterologii oraz Oddziałem Hepatologii i Transplantologii^{346 347 348},
- 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 USK-1 PUM w Szczecinie).

³⁴⁴ Zarządzenie 12/2018, zmieniono przedsiębiorstwa na: zakłady lecznicze

³⁴⁵ Wykaz jednostek w Policach – w brzmieniu ustalonym Zarządzeniem 19/2017

³⁴⁶ 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

³⁴⁷ Zmiana nazwy – Uchwała nr 9/2023 RS SPSK-1

³⁴⁸ Zmiana nazwy – Uchwała 74/2025 Senatu PUM

- 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 dział trakt porodowy, posiadający w swoim obrębie sale cięć i sale porodów) ³⁴⁹
- 9) Apteka ³⁵⁰

Zakład leczniczy³⁵¹: **AMBULATORIUM i DIAGNOSTYKA USK-1 PUM w POLICACH:**

Zakład Diagnostyki Obrazowej:

wykonuje klasyczną diagnostykę rentgenowską oraz świadczy usługi zdrowotne w zakresie diagnostyki tomografii komputerowej³⁵².

Poradnie:

- 1) Poradnia Chirurgiczna
- 2) Poradnia Chorób Tarczycy
- 3) Poradnia Psychiatryczna
- 4) Poradnia Patologii Ciąży i Diagnostyki Prenatalnej ³⁵³
- 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 Niepłodności³⁵⁴
- 10) Poradnia Zaburzeń Rozwoju³⁵⁵
- 11) Poradnia Gastroenterologiczna ³⁵⁶
- 12) Pracownia Endoskopowa ³⁵⁷
- 13) Poradnia Kardiologiczna³⁵⁸
- 14) Poradnia Alergologiczna ³⁵⁹
- 15) Poradnia Anestezjologiczna ³⁶⁰

³⁴⁹ Zarządzenie Nr 39/2020, w pkt 8, dotyczącym KPiG dopisano: (w ramach kliniki dział trakt porodowy, posiadający w swoim obrębie sale cięć i sale porodów)

³⁵⁰ Zarządzenie 39/2020, dodano jednostkę: Apteka

³⁵¹ Zarządzenie 12/2018, zmieniono przedsiębiorstwa na: zakłady lecznicze

³⁵² Opis zmieniono – Zarządzenia 38/2017

³⁵³ Zarządzenie Nr 1/2019, zmiana nazwy z Poradnia Ginekologiczno – Położnicza

³⁵⁴ Dodano – Zarządzenie Nr 1/2019

³⁵⁵ Dodano, Zarządzenie 25/2019

³⁵⁶ Dodane, Zarządzenie 9/2020

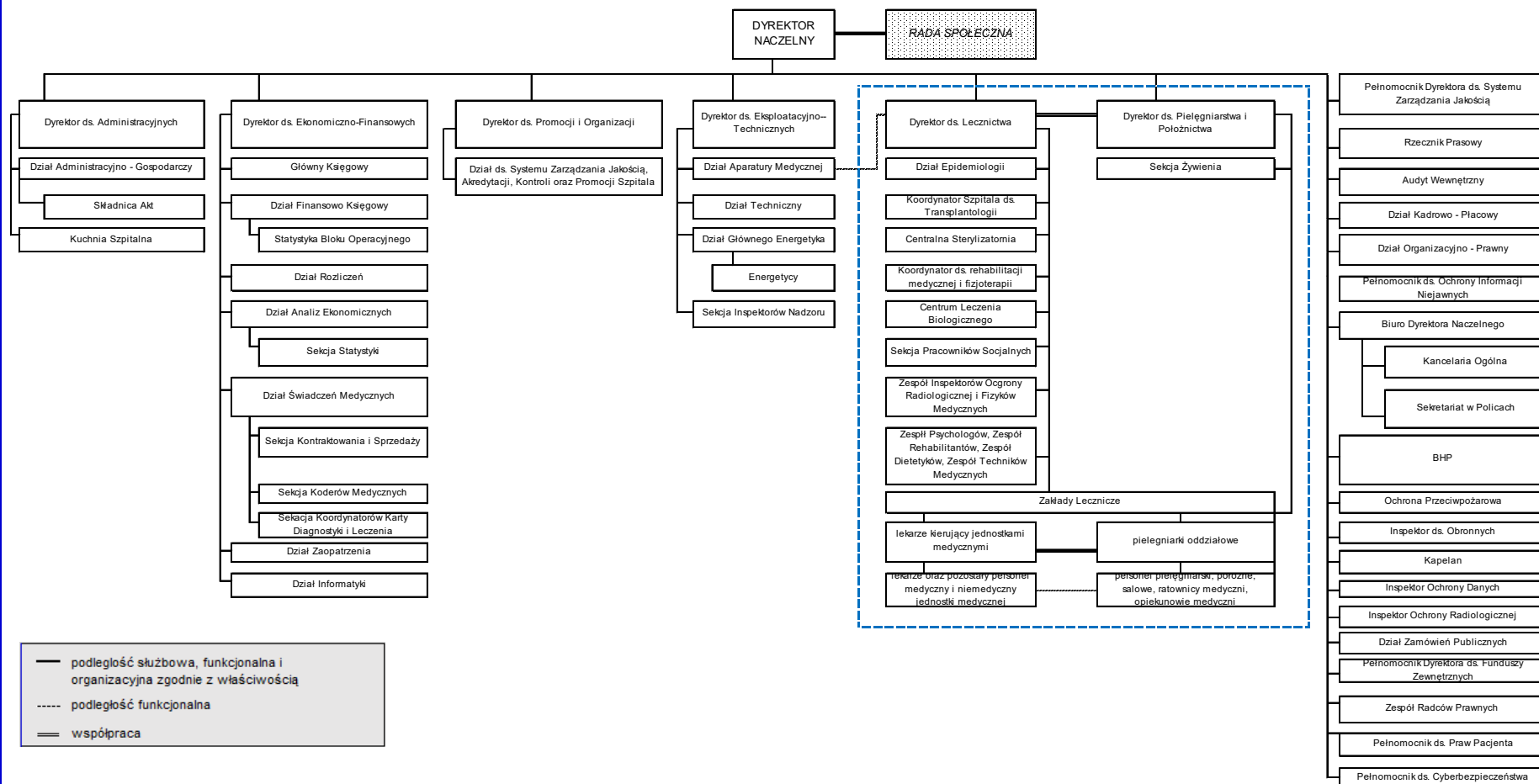
³⁵⁷ Zarządzenie 39/2020, dodano jednostkę: Pracownia Endoskopowa

³⁵⁸ Zarządzenie Nr 35/2022, dodano Poradnia Kardiologiczna

³⁵⁹ Dodano – Uchwała 3/2023 RS SPSK-1

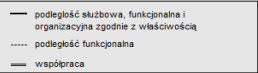
³⁶⁰ Dodano – Uchwała 3/2023 RS SPSK-1

SCHEMAT RAMOWEJ STRUKTURY ORGANIZACYJNEJ
Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego nr 1 im. prof. Tadeusza Sokołowskiego PUM w Szczecinie



```

graph TD
    D1[Dyrektor ds. Lekarskich] --- D2[Dyrektor ds. Prelekcyjnych i Pol Lekarskich]
    D1 --- FM[Wydział Lekarski]
    D2 --- FM
    FM --- PLS[Prelekcyjne i Pol Lekarskie]
    FM --- L[Lecarskie]
    L --- Med[Medyczne]
    L --- Lec[Lecarskie]
    Med --- BM[Medycyna podstawowa]
    Med --- LM[Medycyna lekarska]
    Lec --- BL[Stomatologia podstawowa]
    Lec --- SL[Stomatologia lekarska]
    LM --- MO[Medycyna ogólna]
    LM --- MS[Medycyna specjalna]
    SL --- SO[Stomatologia ogólna]
    SL --- SS[Stomatologia specjalna]
  
```



**Cennik Usług Medycznych
Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego Nr 1 im prof. Tadeusza Sokołowskiego PUM w
Szczecinie**

Cennik, w wersji obowiązującej, dostępny jest pod adresem:

<https://www.usk1.szczecin.pl/strefa-pacjenta/leczenie/cennik-uslug-medycznych>