

REGULAMIN ORGANIZACYJNY MIEJSKIEGO CENTRUM MEDYCZNEGO IM. DR. KAROLA JONSCHERA W ŁODZI

WPROWADZONY ZARZĄDZENIEM DYREKTORA CENTRUM NR 3.10.2023 Z DNIA 02.10.2023 Z
PÓŹNIEJSZYMI ZMIANAMI – TEKST JEDNOLITY

AUTOR: DZIAŁ ORGANIZACYJNO-PRAWNY

STAN NA: 04 LIPCA 2025R. (DATA WPROWADZENIA TEKSTU JEDNOLITEGO)

SPIS TREŚCI

DZIAŁ I	Postanowienia ogólne
DZIAŁ II	Cele, zadania i zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych
DZIAŁ III	Zarządzanie Centrum
DZIAŁ IV	Organizacja i zadania poszczególnych komórek organizacyjnych
ROZDZIAŁ I	Komórki działalności medycznej
CZEŚĆ I	Szpital
A)	Oddziały szpitalne
B)	Medyczne jednostki usługowe
C)	Inne komórki działalności medycznej
CZEŚĆ II	Ośrodek
A)	Ośrodek Rehabilitacyjny
B)	Ośrodek Świadczeń Całodobowych
C)	Medyczne jednostki usługowe
CZEŚĆ III	Ambulatorium
A)	Przychodnie
B)	Pracownie
ROZDZIAŁ II	Komórki administracyjne
DZIAŁ V	Przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych
DZIAŁ VI	Dokumentacja medyczna
DZIAŁ VII	Postępowanie w przypadku śmierci pacjenta
DZIAŁ VIII	Prawa i obowiązki pacjentów
DZIAŁ IX	Postanowienia końcowe

DZIAŁ I

Postanowienia ogólne

§ 1

Miejskie Centrum Medyczne im. dr. Karola Jonschera w Łodzi, zwane dalej Centrum, jest wyodrębnionym organizacyjnie zespołem osób i składników majątkowych utworzonym i utrzymywanym w celu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej (świadczeń zdrowotnych), promocji zdrowia oraz realizacji zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.

§ 2

Centrum jest podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą prowadzonym w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.

§ 3

Podmiotem tworzącym Centrum jest Miasto Łódź.

§ 4

1. Centrum działa na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, przy czym podstawowym obszarem udzielania świadczeń zdrowotnych jest Miasto Łódź.
2. Siedzibą Centrum jest Miasto Łódź, ul. Milionowa 14.
3. Centrum udziela świadczeń zdrowotnych w pięciu lokalizacjach w Łodzi: Szpital dr. K. Jonschera - ul. Milionowa 14, Szpital dr. H. Jordana - ul. Przyrodnicza 7/9, Przychodnia Lecznicza - ul. Lecznicza 6 oraz ul. Zarzevska 56/58, Poradnia Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej – ul. Rewolucji 1905r. nr 54.

§ 5

1. Nadzór nad Centrum sprawuje podmiot tworzący – gmina Miasto Łódź, dokonując kontroli i oceny działalności oraz pracy Dyrektora Centrum.
2. Kontrola i ocena, o których mowa w punkcie 1 obejmuje w szczególności:
 - 1) realizację zadań określonych w statucie i regulaminie organizacyjnym;
 - 2) dostępność i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych;
 - 3) prawidłowość gospodarowania mieniem oraz środkami publicznymi;
 - 4) gospodarkę finansową.

§ 6

Centrum działa na podstawie:

1. Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej,
2. Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
3. Ustawy z dnia 8 września 2006r. o państwowym ratownictwie medycznym
4. Ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta,
5. Ustawy z dnia 5 grudnia 1996r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty,
6. Ustawy z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej,
7. Ustawy z dnia 5 grudnia 2008r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi,
8. Ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta,
9. Ustawy z dnia 9 marca 2023r. o Krajowej Sieci Onkologicznej,
10. Ustawy z dnia 14 czerwca 2024 r. o ochronie sygnalistów,
11. 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),
12. Aktów wykonawczych do ustaw, w szczególności wymienionych w pkt 1-10,
13. Aktów prawa Unii Europejskiej, jeżeli mają bezpośrednie zastosowanie,
14. Statutu,
15. Regulaminu Organizacyjnego,
16. Regulaminu Pracy i Wynagradzania,
17. Zarządzeń Dyrektora Centrum,
18. Procedur wewnętrznych.

§ 7

Na terenie Centrum znajdują się:

1. sala konferencyjna dostępna (w ramach potrzeb) do celów dydaktyczno–naukowych oraz kulturalno–oświatowych;
2. odrębna działalność gospodarcza, prowadzona przez przedsiębiorców niepowiązanych z Centrum , obejmująca działalność gastronomiczną, sprzedaż artykułów spożywczych, prasy i artykułów chemiczno-kosmetycznych w miejscach do tego wyznaczonych;
3. miejsca (w każdym oddziale i Izbie Przyjęć), w których można zabezpieczyć wartościowe przedmioty pacjenta, a w przypadku pacjenta nieprzytomnego i zdezorientowanego również jego dokumenty. W przypadku pozostawienia rzeczy wartościowych poza depozytem, Centrum nie ponosi za nie odpowiedzialności. Przyjmowanie i przechowywanie rzeczy wartościowych należących do pacjentów odbywa się zgodnie z obowiązującą procedurą wprowadzoną przez Dyrektora Centrum;
4. szatnie dla osób odwiedzających, pacjentów zgłaszających się do poradni oraz pracowni diagnostycznych. Korzystanie z szatni jest obowiązkowe i nieodpłatne. Za rzeczy wartościowe pozostawione w okryciach wierzchnich w szatni Centrum nie ponosi odpowiedzialności
5. powierzchnie przeznaczone pod najem i prowadzenie w nich działalności gospodarczej lub zawodowej nie związanej z Centrum (w szczególności na terenie Przychodni Lecznicza);
6. biblioteka szpitalna lub punkt wymiany książek (bookcrossing).

§ 8

1. Hospitalizowani na oddziałach szpitalnych mają dostęp do opieki duszpasterskiej większości wyznań reprezentowanych w regionie, jeżeli taka posługa jest oferowana (dane kontaktowe na tablicach informacyjnych).
2. W przypadku najliczniej reprezentowanego wyznania rzymsko – katolickiego:
 - 1) w Szpitalu dr. K. Jonschera - posługi (przyłóżkowe) prowadzone są codziennie w godzinach 6:30 - 8:00, msze odprawiane są w niedziele i święta o godzinie 7:30 w kaplicy;”
 - 2) w Szpitalu dr. H. Jordana – posługi (przyłóżkowe) prowadzone są na życzenie, msze odprawiane są w soboty o godzinie 14:00 oraz święta.
3. W razie nagłej potrzeby kapelan może być również wezwany telefonicznie. Numer telefonu znajduje się na tablicy ogłoszeń w każdym oddziale.

§ 9

W Centrum działa portal intranetowy „Aktualności” pozwalający na sprawny proces komunikacji pomiędzy Dyrekcją a pracownikami. Na portalu zamieszczane są między innymi: informacje dotyczące bieżącej działalności Centrum i spraw organizacyjnych, zarządzenia Dyrektora Centrum, dokumentacja Zintegrowanego Systemu Zarządzania, standardy medyczne obowiązujące w Centrum, procedury wewnętrzne, akty prawne.

§ 10

Osoby zatrudnione w Centrum, niezależnie od podstawy zatrudnienia oraz pozostające w stosunku cywilnoprawnym z Centrum są obowiązane nosić w widocznym miejscu identyfikator zawierający imię i nazwisko oraz funkcję tej osoby.

§ 11

1. W celu poprawy bezpieczeństwa pacjentów i pracowników oraz w celu optymalizacji udzielanych świadczeń w wyznaczonych miejscach na terenie Miejskiego Centrum Medycznego im. dr. Karola Jonschera w Łodzi wprowadzony został monitoring wizyjny stacjonarny.
2. Miejsca monitorowane oznakowane są tablicą informacyjną z napisem „Obiekt monitorowany” oraz znakiem graficznym przedstawiającym kamerę. Tablice informacyjne, zgodne z wymogami RODO, umieszczone są w widocznych miejscach.
3. Szczegółowe zasady funkcjonowania stacjonarnego monitoringu wizyjnego określa podawana do wiadomości pracownikom odrębna procedura wewnętrzna - Procedura bezpiecznego przetwarzania danych w systemie monitoringu wizyjnego SZBI.07.

DZIAŁ II
Cele, zadania i zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych

§ 12

1. Głównym celem Centrum jest podejmowanie działań na rzecz ochrony oraz poprawy stanu zdrowia ludności poprzez organizowanie i prowadzenie działalności leczniczej, profilaktycznej i rehabilitacyjnej.
2. Ponadto celem Centrum jest stałe podnoszenie jakości świadczonych usług i udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, a także propagowanie zachowań prozdrowotnych i przestrzeganie praw pacjenta zawartych w obowiązujących przepisach.
3. Cele te ujmuje Misja Centrum, o brzmieniu: **„Centrum zabezpiecza prawo do życia i zdrowia człowieka poprzez leczenie i pielęgnację chorych”**.

§ 13

1. Zadaniem Centrum jest organizowanie i udzielanie szpitalnych świadczeń zdrowotnych służących ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia, a także udzielanie świadczeń zdrowotnych, polegających na wstępnej diagnostyce i podjęciu leczenia w zakresie niezbędnym do stabilizacji funkcji życiowych osób znajdujących się w stanie nagłego zagrożenia życia lub zdrowia, pod warunkiem uzyskania odpowiedniego finansowania ze środków publicznych i z zastrzeżeniem ust. 3, w następujących dziedzinach medycyny:
 - 1) anestezjologii i intensywnej terapii;
 - 2) chirurgii ogólnej;
 - 3) chorób płuc;
 - 4) chorób wewnętrznych;
 - 5) diabetologii;
 - 6) geriatrii;
 - 7) kardiologii;
 - 8) medycyny ratunkowej;
 - 9) neurologii;
 - 10) okulistyki;
 - 11) ortopedii i traumatologii narządu ruchu;
 - 12) położnictwa i ginekologii;
 - 13) rehabilitacji medycznej.
2. Poza zadaniami, o których mowa w ust. 1, zadaniem Centrum jest ponadto udzielanie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej, pod warunkiem uzyskania odpowiedniego finansowania ze środków publicznych i z zastrzeżeniem ust. 3, w dziedzinach:
 - 1) alergologii;
 - 2) chirurgii ogólnej;
 - 3) chorób płuc;
 - 4) chorób wewnętrznych;
 - 5) diabetologii;
 - 6) dermatologii i wenerologii;
 - 7) endokrynologii;
 - 8) gastroenterologii;
 - 9) geriatrii;
 - 10) kardiologii;
 - 11) medycyny rodzinnej;

- 12) neurologii;
 - 13) neurologii dziecięcej;
 - 14) okulistyki;
 - 15) ortopedii i traumatologii narządu ruchu;
 - 16) otorynolaryngologii;
 - 17) otorynolaryngologii dziecięcej;
 - 18) pediatrii;
 - 19) położnictwa i ginekologii;
 - 20) psychiatrii;
 - 21) rehabilitacji medycznej;
 - 22) reumatologii;
 - 23) stomatologii zachowawczej z endodoncją;
 - 24) pielęgniarstwa opieki długoterminowej;
 - 25) pielęgniarstwa rodzinnego dla pielęgniarek;
 - 26) pielęgniarstwa rodzinnego dla położnych;
 - 27) pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania;
 - 28) pielęgniarstwa zachowawczego;
 - 29) diagnostyki laboratoryjnej;
 - 30) radiologii i diagnostyki obrazowej.
3. Centrum udziela świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych w zakresie zgodnym z obowiązującymi przepisami prawa powszechnie obowiązującego i zawartymi z Narodowym Funduszem Zdrowia umowami na udzielanie świadczeń zdrowotnych, w ramach tych zakresów i tych komórek organizacyjnych, które zostały objęte umowami z Narodowym Funduszem Zdrowia.
 4. Centrum wykonuje określone w odrębnych przepisach zadania związane z potrzebami obronnymi państwa oraz gotowości do działania w sytuacjach kryzysowych i stanach nadzwyczajnych.
 5. Centrum organizuje i prowadzi działalność szkoleniową dla osób wykonujących zawody medyczne.

§ 14

Zakres udzielanych przez Centrum świadczeń zdrowotnych obejmuje w szczególności:

1. zapewnienie całodobowej opieki lekarskiej i pielęgniarstwa, w tym:
 - 1) badania i porady lekarskie,
 - 2) leczenie, rehabilitację leczniczą,
 - 3) badania diagnostyczne, w tym analitykę medyczną,
 - 4) pielęgnację chorych,
 - 5) pielęgnację osób niepełnosprawnych i opiekę nad nimi;
2. udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej w warunkach ambulatoryjnych;
3. udzielanie świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej;
4. opiekę zdrowotną w zakresie pielęgniarstwa i położnictwa;
5. świadczenia z zakresu medycyny szkolnej;
6. orzekanie i opiniowanie o stanie zdrowia;
7. zapobieganie powstawaniu urazów i chorób poprzez działania profilaktyczne;
8. czynności z zakresu zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.

DZIAŁ III **Zarządzanie Centrum**

§ 15

1. Centrum kieruje i reprezentuje na zewnątrz Dyrektor Centrum, z którym stosunek pracy nawiązuje Prezydent Miasta Łodzi na podstawie powołania, umowy o pracę lub na podstawie umowy cywilnoprawnej.
2. Dyrektor Centrum jest przełożonym wszystkich pracowników Centrum.
3. Dyrektor samodzielnie podejmuje decyzje dotyczące funkcjonowania Centrum i ponosi odpowiedzialność za zarządzanie nim.
4. Osobami wspierającymi Dyrektora w zarządzaniu Centrum są:
 - 1) Z-ca Dyrektora ds. Medycznych, który odpowiada przede wszystkim za efekty i skutki pracy pionu medycznego;
 - 2) Z-ca Dyrektora ds. Administracyjnych i Organizacji Zarządzania, który odpowiada przede wszystkim za efekty i skutki pracy pionu administracyjno-technicznego;
 - 3) Główny Księgowy, który w swoim działaniu organizuje, nadzoruje, kontroluje i czuwa nad prawidłową gospodarką finansową Centrum;
 - 4) Kierownik Działu Zarządzania Jakością, który opracowuje strategię, optymalną dla Centrum, wprowadza skuteczne metody dla jej realizacji oraz kontroluje rzeczywisty stan zintegrowanego systemu zarządzania. Strategia uwzględnia analizy potrzeb zdrowotnych pacjentów oraz polityki w zakresie poprawy jakości świadczonych usług;
 - 5) Przełożona Pielęgniarek, która organizuje, nadzoruje i koordynuje pracę personelu pielęgniarskiego w Centrum oraz pracę personelu, niezależnie od podstawy zatrudnienia, w zakresie utrzymywania czystości w Centrum oraz nadzoruje Dział Żywności i Żywienia.
5. Ponadto, przy podejmowaniu decyzji Dyrektor Centrum korzysta z opinii właściwych organów i organizacji w trybie i na zasadach określonych odrębnymi przepisami oraz wyników pracy ww. osób wspierających, a także:
 - 1) Pełnomocnika ds. Rozwoju i Komunikacji Społecznej, którego zadaniem jest wzmocnienie pozycji Centrum na rynku usług medycznych, opracowanie nowych kierunków działań medycznych dla Centrum, przygotowanie komunikatów medialnych na potrzeby Centrum oraz nadzór nad Centrum Zdrowego i Aktywnego Seniora;
 - 2) Ordynatorów/kierowników oddziałów szpitalnych, którzy organizują i koordynują pracę oddziałów, podległych pracowni i poradni, wydają stosowne opinie, czuwają nad prawidłową gospodarką lekami oraz środkami finansowymi i powierzonym majątkiem, a także nadzorują pracę podległego personelu zwracając szczególną uwagę na przestrzeganie standardów pracy i poziom udzielanych świadczeń;
 - 3) Głównych specjalistów i specjalistów odpowiedzialnych za realizację powierzonych, ściśle określonych zadań;
 - 4) Kierowników komórek organizacyjnych, nadzorujących prace wykonywane w podporządkowanych im bezpośrednio komórkach, niezbędne do prawidłowego funkcjonowania Centrum;
 - 5) Przygotowanie i udział w przeprowadzanych postępowaniach o udzielenie zamówienia publicznego w Centrum, w zakresie: usług czystościowych (sprzątanie budynków, w których funkcjonują komórki organizacyjne Centrum), usługi prania bielizny szpitalnej, dostawy sprzętu medycznego ogólnego i specjalistycznego jednorazowego użytku, narzędzi chirurgicznych, odzieży ochronnej jednorazowego użytku, bielizny pościelowej oraz bielizny operacyjnej, materiałów do sterylizacji, sprzętu jednorazowego i wielorazowego użytku do zabiegów operacyjnych;
 - 6) Organizacji związkowych reprezentujących interesy pracowników.

§ 16

1. Do zadań Dyrektora należy w szczególności:
 - 1) wytyczanie celów, kierunków i realizacja strategii rozwoju Centrum, koordynowanie prac związanych z realizacją planu strategicznego i planów ekonomiczno- finansowych ;
 - 2) operacyjne zarządzanie Centrum, w tym zwłaszcza w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych (działalności medycznej - podstawowej) oraz działalności gospodarczej (pomocniczej), nadzór nad realizacją zadań logistycznych, nad prawidłową realizacją zadań służb technicznych, a także zarządzanie finansami, personelem i infrastrukturą;
 - 3) reprezentowanie Centrum na zewnątrz;

- 4) realizacja polityki zarządzania jakością poprzez nadzór i podejmowanie działań mających na celu podnoszenie jakości usług świadczonych przez Centrum;
 - 5) zapewnianie prowadzenia kontroli zarządczej poprzez podejmowanie działań umożliwiających realizację celów i zadań w sposób zgodny z prawem, efektywny, oszczędny i terminowy dla dostarczenia racjonalnego zapewnienia, co do realizacji celów w następujących obszarach:
 - a) zgodności działalności 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;
 - 6) zapewnienie realizacji zgodnie z procedurami zamówień publicznych oraz powierzanie przygotowania i przeprowadzania postępowań o udzielenie zamówienia publicznego wskazanym pracownikom;
 - 7) nadzór nad utrzymywaniem infrastruktury Centrum i nad realizacją zadań zleconych podmiotom zewnętrznym;
 - 8) wprowadzanie procedur, o których mowa w ustawie z dnia 14 czerwca 2024 r. o ochronie sygnalistów, Rozporządzeniu 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 ustawie z dnia 5 lipca 2018 r. o krajowym systemie cyberbezpieczeństwa;
 - 9) wykonywanie innych zadań zleconych przez podmiot tworzący lub określonych w przepisach szczególnych.
2. Obowiązki Dyrektora Centrum:
- 1) w czasie jego nieobecności, pełni Zastępca Dyrektora ds. Medycznych, a jeżeli nieobecny jest także Z-ca Dyrektora ds. Medycznych - Z-ca Dyrektora ds. Administracyjnych i Organizacji Zarządzania lub wyznaczony przez Dyrektora Pełnomocnik w granicach otrzymanego upoważnienia, z zastrzeżeniem pkt 2);
 - 2) w soboty, dni ustawowo wolne od pracy oraz w godzinach od 15³⁰ do 7³⁰ w dni robocze, pełni wyznaczony przez ordynatora/kierownika i wykonujący pracę w tym czasie lekarz Szpitalnego Oddziału Ratunkowego i Izby Przyjęć ze szczególnym uwzględnieniem:
 - a) prawidłowego zabezpieczenia i kierowania ruchem chorych,
 - b) dbania o prawidłowe funkcjonowanie służb medycznych – usługowych,
 - c) podejmowania interwencji w przypadkach zdarzeń wewnętrznych lub zewnętrznych zagrażających prawidłowemu funkcjonowaniu Centrum.

§ 17

Zastępca Dyrektora ds. Medycznych nadzoruje i koordynuje działalność Centrum w sferze udzielania świadczeń zdrowotnych. Do jego zadań należy w szczególności:

1. kontrola realizacji przez medyczne komórki organizacyjne, umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych z płatnikiem publicznym powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego (Narodowym Funduszem Zdrowia) oraz innych umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych;
2. przygotowywanie propozycji rozwiązań poprawiających jakość i efektywność działalności medycznej Centrum;
3. koordynowanie prac nad standaryzacją postępowania medycznego w Centrum oraz nadzór nad procesem wdrażania i realizacji ustalonych standardów opieki medycznej;
4. nadzór merytoryczny nad zakładami leczniczymi: Szpital, Ośrodek, Ambulatorium;
5. udział w przygotowaniu strategii rozwoju Centrum i jej realizacja;
6. przygotowywanie propozycji optymalizacji wykorzystania zasobów, w zakresie realizacji świadczeń medycznych;
7. nadzór nad realizacją umów zawartych ze świadczeniodawcami i świadczeniobiorcami;
8. realizacja polityki zarządzania jakością poprzez koordynowanie i podejmowanie działań mających na celu podnoszenie jakości usług świadczonych przez Centrum;
9. nadzór nad realizacją kontroli funkcjonalnej wykonywanej przez pracowników zatrudnionych na stanowiskach kierowniczych oraz samodzielnych stanowiskach (w powierzonym obszarze zadań), biorących udział w realizacji określonych zadań, operacji, procesów, itp., których obowiązki zostały

- określone w zakresach czynności służbowych, bądź, którzy do wykonywania tej kontroli zostali zobligowani na podstawie innych przepisów;
10. nadzór merytoryczny nad przygotowaniem i przeprowadzaniem postępowania o udzielenie zamówienia publicznego w Centrum w zakresie dotyczącym pionu medycznego oraz konkursami na świadczenia zdrowotne;
 11. planowanie zatrudnienia oraz udział w procesie rekrutacji personelu w powierzonym obszarze zadań;
 12. nadzór nad prowadzeniem kontroli zarządczej przez podległe komórki organizacyjne i realizacją zadań z niej wynikających.

§ 18

Do zadań Zastępcy Dyrektora ds. Administracyjnych i Organizacji Zarządzania należy w szczególności:

1. nadzór i koordynowanie prac związanych z utrzymaniem infrastruktury Centrum w stanie ciągłej i należytej sprawności ze szczególnym uwzględnieniem bezpieczeństwa pacjentów i personelu;
2. zabezpieczenie organizacyjne i logistyczne w niezbędne do wykonywania działalności Centrum, określone w strategii i planach: inwestycyjnym, zakupów, remontowym i finansowym środki i zasoby;
3. ocena strony finansowej planowanych i realizowanych zamówień publicznych, weryfikacja ich zgodności z planem finansowym.

§ 19

Do zadań Głównego Księgowego należy w szczególności:

1. prowadzenie rachunkowości Centrum zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa;
2. opracowywanie i przedstawianie Dyrektorowi do akceptacji Polityki rachunkowości Centrum;
3. organizowanie i kierowanie pracą Działu Finansowo – Księgowego;
4. wykonywanie zatwierdzonych przez Dyrektora dyspozycji środkami pieniężnymi;
5. dokonywanie wstępnej kontroli dowodów księgowych po uprzednim dokonaniu:
 - 1) kontroli formalno-rachunkowej przez upoważnionych pracowników Działu Finansowo Księgowego,
 - 2) kontroli merytorycznej, o której mowa w § 23 ust. 1 ppkt. 2), przeprowadzonej przez kierowników działów i innych pracowników upoważnionych do przeprowadzania kontroli merytorycznej dowodów księgowych;
6. sporządzanie rocznego sprawozdania finansowego;
7. kontrola sprawozdawczości finansowej sporządzanej przez podległych pracowników Działu Finansowo Księgowego;
8. realizacja polityki zarządzania jakością poprzez koordynowanie i podejmowanie działań mających na celu podnoszenie jakości usług świadczonych przez Centrum;
9. nadzór nad realizacją kontroli funkcjonalnej wykonywanej przez pracowników zatrudnionych na stanowiskach kierowniczych oraz samodzielnych stanowiskach (w powierzonym obszarze zadań), biorących udział w realizacji określonych zadań, operacji, procesów, itp., których obowiązki zostały określone w zakresach czynności służbowych, bądź, którzy do wykonywania tej kontroli zostali zobligowani na podstawie innych przepisów;
10. nadzór nad prowadzeniem kontroli zarządczej przez Dział Finansowo – Księgowy.

§ 20

1. Kierownik Działu Zarządzania Jakością posiada kompetencje dla utrzymania Zintegrowanego Systemu Zarządzania, takie jak:
 - 1) znajomość zasad zarządzania jakością w ochronie zdrowia zgodnych z wymogami norm serii ISO 9001:2015 potwierdzona certyfikatem/dyplomem oraz normy ISO 27001:2017
 - 2) znajomość zasad audytowania Zintegrowanego Systemu Zarządzania potwierdzona certyfikatem/dyplomem;
 - 3) znajomość przepisów prawa dotyczących działalności podmiotu leczniczego.
2. Do zadań kierownika Działu Zarządzania Jakością należy w szczególności opracowywanie strategii jakości, optymalnej dla Centrum poprzez:
 - 1) kontrolę wprowadzenia tej strategii we wszystkich obszarach działalności Centrum;
 - 2) rozwój poczucia jakości we wszystkich płaszczyznach;
 - 3) wprowadzenie i rozpowszechnienie skutecznych metod, technik oraz środków pomocniczych dla poprawy jakości;
 - 4) pomoc przy planowaniu koniecznych reorganizacji;

- 5) wdrożenie jednolitej dokumentacji medycznej we wszystkich komórkach organizacyjnych Centrum;
- 6) inicjowanie i organizację programu szkoleniowego z zakresu Zintegrowanego Systemu Zarządzania;
- 7) udzielanie porad dotyczących rozwiązywania wszelkich problemów związanych z Zintegrowanym Systemem Zarządzania;
- 8) szkolenie nowo przyjętych pracowników w zakresie wdrożonego Zintegrowanego Systemu Zarządzania;
- 9) dopracowywanie i poprawę systemu do zmieniających się celów, struktur organizacyjnych i stanu wymagań prawnych, wprowadzanie metod zarządzania, zapewniających określone i dostosowane środki dla rozpoznania występujących niezgodności i ich unikania;
- 10) nadzór nad dokumentacją Zintegrowanego Systemu Zarządzania;
- 11) ulepszanie podstawowych metod, procedur i sposobów utrzymania Zintegrowanego Systemu Zarządzania;
- 12) planowanie audytów wewnętrznych;
- 13) opracowywanie projektów zarządzeń i innych aktów prawnych tematycznie związanych z zadaniami komórki organizacyjnej;
- 14) czuwanie nad prawidłowym rozpatrywaniem skarg na działalność personelu medycznego i przedstawianie wniosków Dyrektorowi,;
- 15) stworzenie i prowadzenie wewnętrznego systemu zarządzania jakością.

§ 21

Do zadań Przełożonej Pielęgniarek należy w szczególności:

1. zapewnienie sprawności w procesie organizowania i funkcjonowania opieki pielęgniarskiej w Centrum;
2. nadzór, kontrola i koordynowanie pracy pielęgniarek i położnych oraz innego średniego i niższego personelu medycznego;
3. koordynowanie wykonywania zadań przez pielęgniarki oddziałowe;
4. koordynowanie zadań związanych z promocją zdrowia oraz programami profilaktycznymi realizowanymi w Centrum;
5. rozpatrywanie skarg na działalność podległego personelu medycznego;
6. nadzór nad realizacją usług przez podmioty zewnętrzne w zakresie realizacji zadań dotyczących utrzymania czystości w budynkach Centrum oraz żywienia pacjentów;
7. nadzór nad racjonalnym wykorzystaniem powierzonych oddziałom i innym komórkom organizacyjnym środków trwałych i materiałów;
8. prowadzenie racjonalnej gospodarki środkami, materiałami medycznymi;
9. realizacja polityki Zintegrowanego Systemu Zarządzania poprzez koordynowanie i podejmowanie działań mających na celu podnoszenie jakości usług świadczonych przez Centrum;
10. nadzór nad realizacją kontroli funkcjonalnej wykonywanej przez pracowników zatrudnionych na stanowiskach kierowniczych oraz samodzielnych stanowiskach (w powierzonym obszarze zadań), biorących udział w realizacji określonych zadań, operacji, procesów, itp., których obowiązki zostały określone w zakresach czynności służbowych, bądź, którzy do wykonywania tej kontroli zostali zobligowani na podstawie innych przepisów;
11. przygotowanie i udział w przeprowadzanych postępowaniach o udzielenie zamówienia publicznego w Centrum, w zakresie: usług czystościowych (sprzątanie budynków, w których funkcjonują komórki organizacyjne Centrum), sprzętu medycznego ogólnego i specjalistycznego jednorazowego użytku, narzędzi chirurgicznych, odzieży ochronnej jednorazowego użytku, bielizny pościelowej oraz bielizny operacyjnej, materiałów do sterylizacji, sprzętu jednorazowego i wielorazowego użytku do zabiegów operacyjnych;
12. planowanie zatrudnienia oraz udział w procesie rekrutacji personelu w powierzonym obszarze zadań;
13. nadzór nad prowadzeniem kontroli zarządczej przez podległe komórki organizacyjne.

§ 22

Do zadań Pełnomocnika ds. Rozwoju i Komunikacji Społecznej należy w szczególności:

1. zwiększenie efektywności sprzedaży usług medycznych dla innych podmiotów poza umowami z NFZ;
2. opracowanie polityki informacyjno-promocyjnej Centrum oraz dbałość o właściwą i rzetelną informację o Centrum;

3. opracowanie projektów, dzięki którym Centrum otrzyma dodatkowe środki finansowe, sprzęt medyczny do prowadzenia działalności medycznej;
4. rozwój poczucia jedności i wspólnej realizacji zadań przez pracowników w pięciu lokalizacjach Centrum;
5. przygotowanie komunikacji medialnej dla Centrum, kontakt z przedstawicielami prasy, telewizji i radia, w tym udział w briefingach, debatach i konferencjach w zakresie spraw istotnych dla Centrum;
6. organizacja programów edukacyjnych dla seniorów;
7. przygotowywanie i umieszczanie informacji na stronie internetowej dotyczących aktualności i wydarzeń mających miejsce w Centrum, podziękowań od pacjentów lub podmiotów współpracujących, przygotowanie projektów ulotek, plakatów itp.;
8. wprowadzanie skutecznych metod w zakresie poprawy komunikacji społecznej na terenie Centrum: szkolenia, quizy, prezentacje;
9. udzielanie pacjentom niezbędnej pomocy i informacji oraz wyjaśnień związanych z udzielanymi świadczeniami w Centrum, przekazywanie zgłoszonych przez pacjentów uwag i wniosków właściwym komórkom organizacyjnym w Centrum;
10. współpraca z kierownikiem Działu Zarządzania Jakością w zakresie badania społecznego dotyczącego poziomu satysfakcji pacjentów w Centrum;
11. wykonywania zadań i nadzór nad sprawami powierzonymi przez Dyrektora Centrum.

§ 23

1. Kierownicy komórek organizacyjnych ponoszą odpowiedzialność służbową, za należyte wykonanie zadań, za wyniki działalności komórki, a w szczególności:
 - 1) prowadzenie kontroli zarządczej oraz nadzór nad realizacją kontroli zarządczej przez podległych pracowników;
 - 2) dokonywanie rzetelnej kontroli merytorycznej dowodów księgowych polegającej na zgodności dokumentów z zawartymi umowami i zatwierdzonymi zamówieniami oraz na zgodności z ustawą prawo zamówień publicznych, a także na zgodności operacji gospodarczych i finansowych z planem finansowym);
 - 3) terminową realizację zadań;
 - 4) przestrzeganie realizacji zaleceń (nakazów wynikających z kontroli instytucji zewnętrznych uprawnionych do przeprowadzania kontroli oraz za dochowanie terminów realizacji tych zaleceń) nakazów;
 - 5) prowadzenie analizy kosztów generowanych przez komórkę organizacyjną, mającej na celu bilansowanie kosztów z przychodami;
 - 6) realizację polityki Zintegrowanego Systemu Zarządzania poprzez koordynowanie i podejmowanie działań mających na celu podnoszenie jakości usług świadczonych przez Centrum;
 - 7) nadzór nad realizacją kontroli funkcjonalnej wykonywanej przez pracowników zatrudnionych w komórkach organizacyjnych, biorących udział w realizacji określonych zadań, operacji, procesów, itp., których obowiązki zostały określone w zakresach czynności służbowych, bądź, którzy do wykonywania tej kontroli zostali zobligowani na podstawie innych przepisów;
 - 8) nadzór merytoryczny nad przygotowaniem i przeprowadzaniem postępowań o udzielenie zamówienia publicznego w Centrum w zakresie dotyczącym danej komórki organizacyjnej;
 - 9) planowanie zatrudnienia oraz udział w procesie rekrutacji personelu w powierzonym obszarze zadań.
2. Kierownicy komórek organizacyjnych zobowiązani są do ścisłej współpracy oraz uzgadniania postępowania w przypadkach realizacji zadań wymagających współudziału różnych komórek oraz udzielania wzajemnych informacji, opinii i konsultacji. Do zadań kierowników komórek organizacyjnych Centrum należy w szczególności:
 - 1) kierowanie wydzieloną strukturą organizacyjną oraz powierzonym obszarem zadań zgodnie z zasadą jednoosobowego kierownictwa i odpowiedzialności za wyniki pracy;
 - 2) ustalanie zakresu zadań, uprawnień i odpowiedzialności pracowników w ramach obowiązujących przepisów;
 - 3) stałe monitorowanie jakości i efektywności pracy podległego personelu oraz optymalizowanie działalności kierowanej komórki organizacyjnej;
 - 4) realizacja w stosownym zakresie planu finansowego i inwestycyjnego oraz zawartych umów Centrum;
 - 5) wdrażanie zarządzeń, procedur wewnętrznych i poleceń służbowych Dyrektora;

- 6) wnioskowanie o przyjęcie, zwolnienie, awansowanie, nagradzanie i karanie pracowników, zgodnie z obowiązującymi przepisami i zarządzeniami;
- 7) przekazywanie do wiadomości pracownikom wszelkich aktów prawnych, zarządzeń, pism okólnych oraz obowiązujących procedur wdrożonego Zintegrowanego Systemu Zarządzania i standardów określonych przez Ministra Zdrowia oraz egzekwowanie ich realizacji;
- 8) wskazywanie źródeł pozyskiwania środków finansowych wspierających działalność Centrum w ramach środków unijnych i innych.

§ 24

Do wspólnych zadań komórek organizacyjnych Centrum należy w szczególności:

1. realizacja zadań Centrum, określonych w przepisach prawnych, w tym: Statucie, Regulaminie Organizacyjnym itp.;
2. realizowanie zadań Centrum w sposób zapewniający funkcjonowanie adekwatnej, skutecznej i efektywnej kontroli zarządczej;
3. inicjowanie działań służących skuteczniejszej realizacji zadań;
4. dbałość o należyty wizerunek Centrum;
5. działanie na rzecz racjonalizacji zatrudnienia;
6. działanie na rzecz właściwego wykorzystania czasu pracy i potencjału pracowniczego;
7. przygotowywanie i przeprowadzanie szkoleń wewnętrznych wśród pracowników Centrum;
8. działanie na rzecz skutecznego przekazu informacji przez kadrę kierowniczą podległym pracownikom;
9. opracowywanie wniosków do projektów planu finansowego i inwestycyjnego Centrum na dany rok, realizacja zadań wynikających z tych planów oraz innych programów i strategii przyjętych w Centrum;
10. działanie na rzecz pozyskiwania ponadplanowych środków finansowych na zadania realizowane przez daną komórkę organizacyjną;
11. opracowywanie sprawozdań z wykonanych zadań, zleconych przez Dyrektora oraz sprawozdań i informacji wynikających z odrębnych przepisów powszechnie obowiązującego prawa;
12. przygotowywanie opracowań statystycznych dla organów administracji publicznej;
13. przygotowywanie opracowań strategicznych dla Centrum;
14. opracowanie projektów wniosków do Rady Społecznej oraz realizowanie uchwał w zakresie zadań danej komórki organizacyjnej;
15. przygotowywanie projektów zarządzeń Dyrektora, regulaminów, instrukcji procedur wewnętrznych dla poszczególnych komórek organizacyjnych, propozycji zmian Regulaminu Organizacyjnego Centrum itp.;
16. opracowywanie projektów odpowiedzi na pisma właściwych organów administracji publicznej w zakresie zadań danej komórki organizacyjnej;
17. współdziałanie z innymi komórkami organizacyjnymi Centrum w celu realizacji zadań wymagających uzgodnień między nimi;
18. prowadzenie bazy danych obejmującej sfery działalności Centrum w zakresie działania danej komórki organizacyjnej;
19. rozpatrywanie skarg i wniosków odnoszących się do działalności danej komórki organizacyjnej;
20. udzielanie informacji publicznej zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa, w tym umieszczanie ich w Biuletynie Informacji Publicznej Centrum;
21. ochrona tajemnicy danych osobowych oraz tajemnicy zawodowej, służbowej i państwowej;
22. przestrzeganie przepisów o ochronie danych osobowych w zakresie gromadzonych informacji;
23. wdrażanie, realizacja i przestrzeganie zasad Zintegrowanego Systemu Zarządzania, w tym misji i celów strategicznych Centrum;
24. wdrażanie i przestrzeganie przepisów Regulaminu Organizacyjnego, Regulaminu Pracy i Wynagradzania oraz zarządzeń Dyrektora i procedur wewnętrznych.

§ 25

1. Pracownicy zatrudnieni w Centrum podlegają kierownikom poszczególnych komórek organizacyjnych lub innym osobom funkcyjnym, które kierują komórkami organizacyjnymi.
2. Obowiązkiem pracownika jest powiadomienie kierownika komórki organizacyjnej lub jego zastępcę, w jak najkrótszym czasie o swojej nieobecności w pracy.

3. W każdej komórce organizacyjnej znajduje się aktualna lista komórek organizacyjnych i stanowisk wraz z numerami telefonów stacjonarnych i komórkowych.
4. Kierownik komórki organizacyjnej lub jego zastępca podejmuje decyzję o zabezpieczeniu ciągłości pracy w sytuacjach nagłej nieobecności pracownika.
5. Poza godzinami pracy ordynatora/kierownika oddziału, pielęgniarek oddziałowych i ich zastępców obowiązek ten przejmują - lekarz dyżurny oraz starsze pielęgniarki dyżuru.
6. O ewentualnym zastępstwie na czas nieobecności pracownika na stanowisku samodzielnym decyduje Dyrektor Centrum lub jego Zastępca.
7. Zastępstwo w przypadku czasowej nieobecności powinno odbywać się z uwzględnieniem: zapewnienia rytmiczności pracy, zaznajomienia i wprowadzenia osoby zastępującej w problematykę i zakres powierzanych zadań.
8. Pracownik, któremu powierzono z obowiązkiem zwrotu albo do wyliczenia się: pieniądze, papiery wartościowe lub kosztowności, narzędzia i instrumenty lub podobne przedmioty, a także środki ochrony indywidualnej oraz odzież i obuwie robocze, odpowiada w pełnej wysokości za szkodę powstałą w tym mieniu.
9. Od odpowiedzialności określonej w ust. 8 pracownik może się uwolnić, jeżeli wykaże, że szkoda powstała z przyczyn od niego niezależnych. Obowiązek ustalenia i wykazania wysokości szkody obciąża pracodawcę, po wysłuchaniu pracownika i po zasięgnięciu opinii reprezentującej pracownika zakładowej organizacji związkowej.
10. Zastosowanie ust. 8 i 9 określa zakres obowiązków pracownika, zatwierdzony przez Dyrektora Centrum.
11. Pracownicy, do których stosuje się postanowienia ust. 8 i 9 mogą przyjąć wspólną odpowiedzialność materialną za mienie powierzone im łącznie z obowiązkiem wyliczenia się. Podstawą łącznego powierzenia mienia jest umowa o współodpowiedzialności materialnej, zawarta przez pracowników z pracodawcą na piśmie pod rygorem nieważności. Każda zmiana składu osobowego skutkuje koniecznością zawarcia nowej umowy.
12. Zakresy obowiązków pracowników na poszczególnych stanowiskach znajdują się w Dziale Zarządzania Zasobami Ludzkimi.

§ 26

1. Zależności służbowe oraz podległość organizacyjną poszczególnych komórek organizacyjnych określa schemat organizacyjny Centrum, zatwierdzany przez Dyrektora Centrum, stanowiący załącznik nr 1 do niniejszego Regulaminu, podawany do publicznej wiadomości na stronie internetowej Centrum i portalu intranetowym w dziale „Aktualności”.
2. W strukturze organizacyjnej Centrum wyodrębnia się następujące typy komórek organizacyjnych:
 - 1) działy i równorzędne im samodzielne sekcje, którymi kierują kierownicy lub inne osoby funkcyjne,
 - 2) sekcje podległe działom, w których dopuszcza się powołanie osoby koordynującej oraz
 - 3) samodzielne stanowiska pracy podległe bezpośrednio Dyrektorowi Centrum.
3. Dyrektor może, w drodze zarządzenia, do realizacji ściśle określonych celów:
 - 1) powoływać zespoły zadaniowe,
 - 2) powoływać komisje problemowe,
 - 3) tworzyć samodzielne stanowiska pracy
 - 4) tworzyć tymczasowe komórki organizacyjne.
4. Powołanie tymczasowej komórki organizacyjnej, zespołu oraz utworzenie samodzielnego stanowiska nie wymaga zmian w schemacie organizacyjnym Centrum lub Regulaminie Organizacyjnym.
5. Tymczasowe komórki organizacyjne są tworzone na bazie istniejących komórek organizacyjnych i stanowią ich część. W Zarządzeniu powołującym oznacza się istniejącą komórkę organizacyjną w oparciu o którą jest tworzona tymczasowa komórka organizacyjna. Jej powołanie może być w szczególności uzasadnione względami sanitarnymi lub epidemiologicznymi albo dla wykonania nałożonej na centrum decyzji administracyjnej i zawsze jest na określony czas.

§ 27

1. Centrum realizuje i zabezpiecza ciągłość świadczeń zdrowotnych zgodnie z:
 - 1) ustawą o działalności leczniczej,
 - 2) ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
 - 3) ustawą o państwowym ratownictwie medycznym

- 4) ustawą o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta,
 - 5) ustawą o izbach lekarskich,
 - 6) ustawą o samorządzie pielęgniarek i położnych,
 - 7) ustawą o zawodach lekarza i lekarza dentystry,
 - 8) ustawą o zawodach pielęgniarki i położnej,
 - 9) ustawą o ochronie zdrowia psychicznego,
 - 10) kodeksem pracy,
 - 11) ustawą o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi,
 - 12) ustawą o wyrobach medycznych,
 - 13) ustawą o ochronie danych osobowych,
 - 14) ustawą Prawo zamówień publicznych,
 - 15) ustawą o finansach publicznych,
 - 16) kodeksem cywilnym,
 - 17) Rozporządzeniem 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)
 - 18) przyjętymi normami i standardami pracy,
 - 19) poszanowaniem praw pacjenta,
 - 20) kodeksami etyki zawodowej,
 - 21) umowami zawieranymi z Narodowym Funduszem Zdrowia,
 - 22) innymi aktami prawa powszechnie obowiązującego, które nie zostały wyszczególnione.
2. W celu prawidłowej i funkcjonalnej realizacji zadań, Dyrektor Centrum wydaje regulaminy, zarządzenia Dyrektora, procedury wewnętrzne, instrukcje, pisma ogólne, powołuje zespoły oraz komisje.
3. W Centrum obowiązuje następująca hierarchia aktów wewnętrznych:
- 1) Statut,
 - 2) Regulamin Organizacyjny,
 - 3) Regulamin Pracy i Wynagradzania;
 - 4) Zarządzenia;
 - 5) Procedury wewnętrzne;
 - 6) Instrukcje, jeżeli nie zostały wprowadzone aktem określonym w pkt. 4 lub 5;
 - 7) Pisma ogólne.
- Akty hierarchicznie niższe muszą być zgodne z aktami wyższego rzędu i nie mogą prowadzić do zmiany ich treści.
4. Akty prawne wskazane w ust. 3 są wiążące dla osób zatrudnionych w Centrum, niezależnie od podstawy zatrudnienia oraz dla osób pozostających w stosunku cywilnoprawnym z Centrum.

§ 28

Centrum uprawnione jest poprzez uzyskane akredytacje lub zawierane umowy do prowadzenia:

1. staży podyplomowych,
2. staży specjalizacyjnych,
3. specjalizacji lekarskich,
4. staży zawodowych,
5. praktyk studenckich.

§ 29

Centrum realizując przyjęte zadania statutowe współpracuje z:

1. Narodowym Funduszem Zdrowia, Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oraz organami administracji rządowej i samorządowej;
2. Centrum Kształcenia Podyplomowego i Wojewódzkim Ośrodkiem Doskonalenia Kadr Medycznych,
3. Izbami Lekarskimi, Izbą Aptekarską oraz Samorządem Pielęgniarek i Położnych;
4. Fundacjami, stowarzyszeniami i towarzystwami, których zadaniem jest aktywizacja zawodowa oraz poszerzanie wiedzy poprzez prowadzenie kursów, szkoleń czy prac naukowych w dziedzinach medycyny zgodnych z prowadzonym zakresem działalności leczniczej;
5. Publicznymi i niepublicznymi zakładami opieki zdrowotnej, domami opieki społecznej i długoterminowej, lekarzami prowadzącymi indywidualną praktykę lekarską i innymi celem wspólnej realizacji zadań stawianych przed jednostkami ochrony zdrowia;

6. Organizacjami regionalnymi i naukowymi, biorąc udział w prowadzonych programach badawczych, naukowych oraz tych, które skierowane są na rozwój placówki i pracowników.

§ 30

1. Przy Centrum funkcjonuje Rada Społeczna Miejskiego Centrum im. dr. Karola Jonschera w Łodzi, która jest organem inicjującym i opiniodawczym podmiotu tworzącego oraz organem doradczym Dyrektora Centrum.
2. Rada Społeczna wykonuje zadania określone w ustawie o działalności leczniczej i statucie.
3. Sposób zwoływania posiedzeń Rady Społecznej, tryb pracy i podejmowania uchwał określa regulamin działalności Rady Społecznej, uchwalany przez Radę Miejską w Łodzi.

§ 31

1. Podstawą gospodarki Centrum jest plan finansowy.
2. W Centrum prowadzony jest szczegółowy rachunek kosztów w podziale na ośrodki ich powstawania.
3. Centrum gospodaruje samodzielnie przekazanymi w nieodpłatne użytkowanie nieruchomościami i majątkiem komunalnym oraz majątkiem własnym (otrzymanym i zakupionym), zgodnie z prawem powszechnie obowiązującym, prawem miejscowym i zasadami wprowadzonymi przez właściciela użyzonego mienia.

DZIAŁ IV

Organizacja i zadania poszczególnych komórek organizacyjnych

§ 32

1. W skład struktury organizacyjnej Centrum wchodzi:
 - 1) komórki działalności medycznej, szczegółowo opisane w Rozdziale I oraz
 - 2) komórki administracyjne, niezbędne do prawidłowego funkcjonowania Centrum, szczegółowo określone w Rozdziale II.
2. Wszystkie komórki organizacyjne dzielą się na stanowiska pracy.
3. Szczegółowe zakresy czynności, obowiązków i odpowiedzialności poszczególnych stanowisk ujęte są w Regulaminie Pracy i Wynagradzania dla pracowników Miejskiego Centrum im. dr. Karola Jonschera w Łodzi, stanowiącym załącznik nr 2 do Regulaminu.

Rozdział I

Komórki działalności medycznej

§ 33

Rodzaje działalności leczniczej prowadzone przez Centrum to:

1. stacjonarne i całodobowe świadczenia szpitalne realizowane w zakładzie leczniczym o nazwie Szpital;
2. stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne realizowane w zakładzie leczniczym o nazwie Ośrodek;
3. ambulatoryjne świadczenia zdrowotne realizowane w zakładzie leczniczym o nazwie Ambulatorium.

§ 34

1. Strukturę organizacyjną Centrum, w zakładzie leczniczym **Szpital** tworzą następujące jednostki i komórki organizacyjne:
 - 1) **Szpital dr. K. Jonschera – Oddziały szpitalne (Łódź, ul. Milionowa 14):**
 - a) Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii,
 - b) Oddział Chirurgiczny Ogólny,
 - c) Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej,
 - d) Oddział Chorób Wewnętrznych i Kardiologii,

- e) Oddział Neurologiczny,
- f) Oddział Okulistyczny,
- g) Oddział Rehabilitacji Neurologicznej,
- h) Oddział Rehabilitacyjny,
- i) Oddział Udarowy,
- j) Szpitalny Oddział Ratunkowy.
- k) Oddział Ginekologii Operacyjnej i Zachowawczej

2) **Szpital dr. K. Jonschera - Medyczne jednostki usługowe (Łódź, ul. Milionowa 14):**

- a) Apteka Szpitalna,
- b) Bank Krwi,
- c) Blok Operacyjny,
- d) Izba Przyjęć,
- e) Centralna Sterylizatornia. ,
- f) Bank Tkanek i Komórek

3) **Inne komórki działalności medycznej:**

- a) Dział Żywności i Żywienia.
- b) Zespół Transportu Sanitarnego,

2. Strukturę organizacyjną Centrum w zakładzie leczniczym **Ośrodek** tworzą jednostki:

1) **Ośrodek Rehabilitacyjny** z następującymi komórkami organizacyjnymi:

- a) Ośrodek Rehabilitacji Diennej - Łódź, ul. Milionowa 14;
- b) Zakład Rehabilitacji - Łódź, ul. Lecznicza 6;

2) **Ośrodek Świadczeń Całodobowych**, wraz z następującymi komórkami organizacyjnymi:

- a) Zakład Opiekuńczo-Leczniczy

3) **Ośrodek – Medyczne jednostki usługowe (Łódź, ul. Przyrodnicza 7/9):**

- a) Dział Farmacji Szpitalnej

3. Strukturę organizacyjną Centrum, w zakładzie leczniczym **Ambulatorium** tworzą następujące jednostki i komórki organizacyjne :

1) **Szpital dr. K. Jonschera - Przychodnia Przyszpitalna (Łódź, ul. Milionowa 14):**

- a) Poradnia Chirurgii Ogólnej,
- b) Poradnia Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej,
- c) Poradnia Diabetologiczna,
- d) Poradnia Endokrynologiczna,
- e) Poradnia Gastroenterologiczna,
- f) Poradnia Kardiologiczna,
- g) Poradnia Neurologiczna,
- h) Poradnia Okulistyczna,
- i) Poradnia Proktologiczna,
- j) Poradnia Pulmonologiczna,
- k) Poradnia Rehabilitacyjna,
- l) Poradnia Ginekologiczna,
- m) Poradnia Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej,
- n) Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy w zakresie Chirurgii Ogólnej,
- n) Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy w zakresie Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej,
- o) Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy w zakresie Diabetologii,
- p) Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy w zakresie Endokrynologii,
- q) Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy w zakresie Gastroenterologii,
- r) Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy w zakresie Neurologii,
- s) Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy w zakresie Okulistyki,
- t) Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy w zakresie Pulmonologii,
- u) Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy w zakresie Proktologii,
- w) Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy w zakresie Ginekologii.

2) **Szpital dr. H. Jordana - Przychodnia Przyszpitalna (Łódź, ul. Przyrodnicza 7/9):**

- a) Poradnia Geriatryczna,
- b) Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy w zakresie Geriatrii,
- c) Poradnia Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej.

3) Przychodnia Lecznicza – Zakład Rehabilitacji (Łódź, ul. Lecznicza 6):

- a) Poradnia Rehabilitacyjna dla Dorosłych,
- b) Dział Fizjoterapii dla Dorosłych i Dzieci.

4) Przychodnia Lecznicza - Przychodnia Podstawowej Opieki Zdrowotnej (Łódź ul. Lecznicza 6):

- a) Poradnia Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej dla Dorosłych,
- b) Filia Poradni Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej dla Dorosłych - Łódź, ul. Zarzevska 56/58,
- c) Poradnia Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej dla Dzieci,
- d) Filia Poradni Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej dla Dzieci - Łódź, ul. Zarzevska 56/58,
- e) Gabinet Pielęgniarki Podstawowej Opieki Zdrowotnej,
- f) Filia Gabinetu Pielęgniarki Podstawowej Opieki Zdrowotnej - Łódź, ul. Zarzevska 56/58,
- g) Gabinet Położnej Podstawowej Opieki Zdrowotnej,
- h) Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy,
- i) Filia Gabinetu Diagnostyczno-Zabiegowego - Łódź, ul. Zarzevska 56/58,
- j) Punkt Szczepień,
- k) Filia Punktu Szczepień - Łódź, ul. Zarzevska 56/58,
- l) Punkt Pobrań Materiałów do Badań (lub punkt pobrań podmiotu z którym zawarto umowę),
- m) Gabinet Profilaktyki Zdrowotnej i Pomocy Przedlekarskiej - Gabinet Medycyny Szkolnej - z gabinetami medycyny szkolnej w:
 - Szkole Podstawowej Nr 5, Łódź, ul. Łęczycka 23,
 - Szkole Podstawowej Nr 10, Łódź, ul. Przybyszewskiego 15/21
 - Szkole Podstawowej Nr 83, Łódź, ul. Podmiejska 21,
 - Szkole Podstawowej Nr 113, Łódź, ul. Unicka 6,
 - VI Liceum Ogólnokształcącym,
 - Ogólnokształcącej Szkole Muzycznej I i II stopnia, Łódź, ul. Sosnowa 9,
 - Zespole Szkół Przemysłu Mody, Łódź, ul. Naruszewicza 35.

5) Przychodnia Lecznicza - Przychodnia Specjalistyczna (Łódź ul. Lecznicza 6):

- a) Poradnia Chirurgii Ogólnej,
- b) Poradnia Chirurgii Urazowo - Ortopedycznej dla Dorosłych,
- c) Poradnia Dermatologiczna
- d) Poradnia Leczenia Wad Postawy u Dzieci i Młodzieży
- e) Poradnia Neurologiczna dla Dzieci
- f) Poradnia Otorynolaryngologiczna dla Dorosłych,
- g) Poradnia Położniczo-Ginekologiczna,
- h) Poradnia Stomatologiczna,
- i) Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy w zakresie Chirurgii Ogólnej,
- j) Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy w zakresie Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej dla Dorosłych,
- k) Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy w zakresie Dermatologii,
- l) Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy w zakresie Otorynolaryngologii dla Dorosłych,
- m) Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy w zakresie Położnictwa i Ginekologii.

6) Szpital dr. K. Jonschera - Pracownie (Łódź, ul. Milionowa 14):

- a) Pracownia Angiografii Fluoresceinowej,
- b) Pracownia Diagnostyki Laboratoryjnej (lub pracownia podmiotu z którym zawarto umowę),
- c) Pracownia Diagnostyki Obrazowej:
 - Pracownia USG

- Pracownia Rentgenodiagnostyki Ogólnej
- Pracownia Tomografii Komputerowej,
- Pracownia Rezonansu Magnetycznego,
- d) Pracownia EEG,
- e) Pracownia EMG,
- f) Pracownia Endoskopii,
- g) Ośrodek Diagnostyki Chorób Układu Krążenia:
 - Pracownia Echokardiografii,
 - Pracownia Holtera i Prób Wysiłkowych.

7) Przychodnia Lecznicza - Pracownie (Łódź, ul. Lecznicza 6):

- a) Pracownia Diagnostyki Obrazowej:
 - Pracownia USG,
 - Pracownia Rentgenodiagnostyki Ogólnej,
- b) Pracownia EEG.

8) Nocna i Świąteczna Opieka Zdrowotna:

- a) Poradnia Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej (Łódź, ul. Milionowa 14),
- b) Poradnia Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej (Łódź, ul. Przyrodnicza 7/9),
- c) Poradnia Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej (Łódź, ul. Dr. Seweryna Sterlinga 7/9 lok. 19U),
- d) Gabinet Zabiegowy Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej (Łódź, ul. Dr. Seweryna Sterlinga 7/9, lok. 19U),

CZĘŚĆ I - SZPITAL

(Rodzaj działalności leczniczej: stacjonarne i całodobowe świadczenia szpitalne)

A) Oddziały szpitalne

§ 35

Zakres działań oddziałów szpitalnych:

1. Do zadań Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii należy w szczególności prowadzenie intensywnej terapii u pacjentów Centrum oraz wykonywanie znieczuleń pacjentów do zabiegów przeprowadzanych w Centrum.
2. Do zadań Oddziału Chirurgicznego Ogólnego należy w szczególności udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu chirurgii ogólnej, w tym przy zastosowaniu metod endoskopowych.
3. Do zadań Oddziału Chorób Wewnętrznych i Kardiologii należy w szczególności udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie schorzeń internistycznych, diabetologicznych, chorób metabolicznych oraz chorób układu krążenia.
4. Do zadań Oddziału Ginekologii Operacyjnej i Zachowawczej należy w szczególności udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie chorób kobiecych w tym diagnostyki i leczenia operacyjnego nowotworów i nietrzymania wysiłkowego moczu.
5. Do zadań Oddziału Neurologicznego należy w szczególności udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu schorzeń układu nerwowego.
6. Do zadań Oddziału Okulistycznego należy w szczególności udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie diagnostyki i leczenia schorzeń narządu wzroku.
7. Do zadań Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej należy w szczególności udzielanie świadczeń zdrowotnych pacjentom po ostrych incydentach mózgowych, urazach ośrodkowego układu nerwowego lub po wykonaniu zabiegu operacyjnego na ośrodkowym układzie nerwowym.

8. Do zadań Oddziału Rehabilitacyjnego należy w szczególności udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu rehabilitacji leczniczej dla pacjentów ze zmianami zwyrodnieniowymi i pourazowymi narządu ruchu.
9. Do zadań Oddziału Udarowego należy w szczególności udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu udarów mózgu.
10. Do zadań Szpitalnego Oddziału Ratunkowego należy w szczególności udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu medycznych działań ratowniczych u pacjentów znajdujących się w stanie nagłego zagrożenia życia i zdrowia.

§ 36

Oddziały szpitalne i komórki organizacyjne Ośrodka współpracują ze sobą wzajemnie oraz są integralnie i organizacyjnie związane z Pracownikami, Poradnikami, Apteką Szpitalną, Działem Farmacji Szpitalnej, Izbą Przyjęć, Działem Statystyki i Dokumentacji Medycznej oraz komórkami administracyjnymi.

§ 37

Pracowników działalności podstawowej zatrudnionych w oddziałach szpitalnych obowiązują normy czasu pracy zgodne z uregulowaniami Regulaminu Pracy i Wynagradzania przy zastosowaniu równoważnego czasu pracy, polegającego na wydłużeniu czasu pracy w niektóre dni tygodnia do 12 godzin, przy jednoczesnym skróceniu go w inne dni.

§ 38

1. Oddziałami szpitalnymi kierują ordynatorzy lub kierownicy, przy współudziale zastępców oraz pielęgniarek oddziałowych/położnej oddziałowej i ich zastępców.
2. Nadzór organizacyjny i merytoryczny nad działalnością oddziałów szpitalnych sprawuje w zakresie pracy lekarzy – Zastępca Dyrektora ds. Medycznych przy współudziale Przełożonej Pielęgniarek sprawującej bezpośredni nadzór nad średnim i niższym personelem medycznym.
3. Pracę personelu medycznego w oddziałach szpitalnych oraz w Izbie Przyjęć wspierają sekretarki medyczne (podległe kierownikowi Działu Statystyki i Dokumentacji Medycznej), których podstawowym zadaniem jest wykonywanie prac dokumentacyjnych, statystycznych, oraz administracyjnych, do których w szczególności należą:
 - 1) prowadzenie korespondencji dotyczącej oddziału oraz wypisywanie pod nadzorem lekarza kart informacyjnych oraz zleceń na przewozy chorych do innych placówek służby zdrowia lub do domu;
 - 2) sporządzanie odpisów dokumentacji medycznej;
 - 3) kompletowanie i przekazywanie do Składnicy Akt dokumentacji medycznej (historii chorób) osób wypisanych lub zmarłych;
 - 4) prowadzenie rejestru chorych leczonych w oddziale oraz innych rejestrów, zestawień i ksiąg wynikających z potrzeb oddziału lub standardów pracy przyjętych w Centrum;
 - 5) sporządzanie (terminowo i czytelnie) zestawień rozliczeniowych, sprawozdań z ruchu chorych i innych, zgodnie z obowiązującymi przepisami.

§ 39

Obchody lekarskie odbywają się we wszystkie dni tygodnia:

1. w dni robocze od godz. 8³⁰ i od godz. 17⁰⁰;
2. w dni wolne od pracy (niedziele, święta i dni ustalone wolnymi od pracy dla pracowników Centrum) od godz. 9³⁰ i 19⁰⁰.

§ 40

1. Informacji o stanie zdrowia hospitalizowanych oraz planowanym leczeniu i diagnozowaniu osobom uprawnionym do pozyskania takich informacji udzielają:
 - 1) ordynatorzy/kierownicy oddziałów szpitalnych
 - 2) lekarze, w szczególności w przypadkach nagłego pogorszenia stanu zdrowia.
2. Informacji na temat opieki pielęgnacyjnej, zaleceń i prowadzonych zabiegów pielęgniarских udzielają:
 - 1) pielęgniarki oddziałowe/położna oddziałowa

2) pielęgniarki/położne.

§ 41

1. Opieka medyczna nad pacjentem sprawowana jest płynnie.
2. Pielęgniarki/położne i lekarze na zakończenie pracy dokonują oceny stanu zdrowia powierzonych im opiece pacjentów.
3. Przekazanie opieki odbywa się ustnie oraz w formie raportu zawierającego informacje zgodne z wymogami prawa oraz wszelkie inne, ważne z punktu zabezpieczenia potrzeb pacjenta.
4. Raport lekarski jest podpisywany przez osobę go sporządzającą, raport pielęgniarski przez wszystkie osoby zdające i przejmujące opiekę.

§ 42

W oddziałach szpitalnych posiłki podawane są w następujących godzinach:

- | | |
|--------------|---------------------------------------|
| 1. śniadanie | 08 ⁰⁰ – 09 ⁰⁰ |
| 2. obiad | 12 ³⁰ – 13 ³⁰ |
| 3. kolacja | 17 ⁰⁰ – 18 ⁰⁰ . |

§ 43

1. Odwiedziny chorych przebywających w oddziałach szpitalnych odbywają się (z wyjątkiem Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii, gdzie są one ustalane indywidualnie z ordynatorem) codziennie. Zalecane godziny odwiedzin to 13⁰⁰-19⁰⁰.
2. Cisza nocna obowiązuje w godzinach 22⁰⁰-6⁰⁰.
3. Zamiar pozostania z pacjentem w godzinach ciszy nocnej odwiedzający powinni omówić z ordynatorem/kierownikiem oddziału, jego zastępcami lub poza godzinami ich pracy z lekarzem oddziałowym.

§ 44

1. Pomoc w sprawowaniu opieki nad bliskimi jest dobrowolna i nie może być sprzeczna z zaleceniami lekarskimi i pielęgniarskimi oraz planem opieki.
2. Osoby bliskie mogą uczestniczyć w sprawowaniu toalety pielęgnacyjnej w pełnym jej zakresie, po konsultacji co do indywidualnych zaleceń z personelem lekarskim i pielęgniarskim, z wyjątkiem:
 - 1) golenia okolic zabiegowych;
 - 2) toalety przeciwoleżynowej;
 - 3) czynności rehabilitacyjnych;
 - 4) wykonywania czynności leczniczych;
 - 5) czynności wyraźnie zabronionych przez personel medyczny Centrum.
3. Podczas sprawowania opieki osoby bliskie nie mogą zaburzać pracy personelu medycznego ani być uciążliwe dla pozostałych pacjentów.
4. W przypadku wykonywania intymnych czynności przy pacjentach przebywających w tej samej sali, badań lekarskich i diagnostycznych osoby bliskie są zobowiązane opuścić salę chorych.
5. Odzież wierzchnią należy oddać do szatni (za rzeczy przechowywane w szatni nie pobiera się opłaty).
6. W okresie wiosenno-letnim i wczesno-jesiennym pacjenci pod opieką osób bliskich mogą korzystać ze spacerów w ogrodzie na terenie Centrum. W każdym przypadku muszą na to uzyskać zgodę pielęgniarki/położnej.
7. Odwiedzającym nie wolno:
 - 1) siadać na łóżkach chorych, ani kłaść na nich własnej odzieży;
 - 2) palić papierosów i e-papierosów w budynku Centrum;
 - 3) przebywać na terenie Centrum pod wpływem alkoholu lub innych środków odurzających;
 - 4) przebywać w Centrum będąc w trakcie choroby zakaźnej.
8. Każdy pacjent oraz osoby bliskie mają możliwość skorzystania z dodatkowej, pozastandardowej, profesjonalnej opieki pielęgniarskiej, za odpłatnością, wg. stawek określonych w cenniku Centrum.

§ 45

1. Ordynator/kierownik oddziału szpitalnego ma prawo odmowy na odwiedzanie chorego osobom, które swoim zachowaniem zakłócają pracę personelu i spokój hospitalizowanym lub zachowują się w sposób obraźliwy dla otoczenia.
2. Dyrektor Centrum lub upoważniony przez niego lekarz może ograniczyć korzystanie z praw pacjenta, w tym prawa do odwiedzin, w przypadku wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów.

§ 46

W salach intensywnego nadzoru, salach pooperacyjnych oraz w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii obowiązują szczególne zasady podczas odwiedzin:

1. Godziny i czas trwania odwiedzin odwiedzający powinni uzgodnić z ordynatorem/kierownikiem lub lekarzem oddziałowym tak aby były one optymalne dla chorego.
2. Przy każdym chorym może przebywać jedna osoba odwiedzająca.
3. Rozmowę należy prowadzić w sposób cichy i spokojny.
4. Nie wolno korzystać z telefonów komórkowych.
5. Odwiedziny mogą zostać przerwane z uwagi na konieczność pilnego podjęcia czynności medycznych wobec któregokolwiek z pacjentów przebywających na sali.

§ 47

1. W oddziałach szpitalnych znajdują się przenośne aparaty telefoniczne do dyspozycji pacjentów leżących.
2. Pacjent może wykonać rozmowę na koszt rozmówcy, korzystając z pomocy personelu medycznego.
3. Aby uzyskać połączenie z zewnątrz telefonujący musi wybrać numer Centrum, a następnie numer wewnętrzny właściwego oddziału.

§ 48

W oddziałach szpitalnych stosowane są procedury medyczne ogólnoszpitalne i oddziałowe (specyficzne dla danego oddziału), a w szczególności procedury mające na celu zminimalizowanie ryzyka wystąpienia zakażeń szpitalnych i szerzenia się czynników alarmowych.

§ 49

W oddziałach szpitalnych na potrzeby wewnętrzne i zewnętrzne prowadzona jest indywidualna dokumentacja medyczna w formie elektronicznej oraz papierowej, również przy wykorzystaniu druków oraz ksiąg, zgodna z wymogami prawa, zarządzeniami Dyrektora Centrum i wprowadzonymi procedurami wewnętrznymi.

§ 50

W stosunku do pacjentów, którzy w myśl ustawy o ochronie zdrowia psychicznego mają zaburzenia psychiczne możliwe jest zastosowanie przymusu bezpośredniego zgodnie z wymogami prawa i procedurą zatwierdzoną przez Dyrektora Centrum. Decyzję o zastosowaniu przymusu podejmuje lekarz lub pielęgniarka na oddziale, na którym leży pacjent.

B) Medyczne jednostki usługowe

§ 51

Zakres działań medycznych jednostek usługowych:

1. Do podstawowych zadań Apteki Szpitalnej należy:
 - 1) utrzymywanie i właściwe przechowywanie potrzebnego zapasu środków farmaceutycznych;
 - 2) zaopatrywanie oddziałów szpitalnych, Izby Przyjęć, poradni i pracowni w leki, środki opatrunkowe, środki dezynfekcyjne i inne materiały medycznej;
 - 3) prowadzenie księgowości aptecznej;
 - 4) wykonywanie leków recepturowych;

- 5) prowadzenie ewidencji leków narkotycznych;
 - 6) prowadzenie ewidencji środków psychotropowych;
 - 7) prowadzenie obrotu spirytusem czystym i skażonym oraz całościowej dokumentacji;
 - 8) przygotowywanie comiesięcznych sprawozdań przychodów i rozchodów leków (w tym leków z darów);
 - 9) kontrolowanie apteczek oddziałowych wg harmonogramu kontroli i przyjmowanie ich rozliczeń inwentaryzacyjnych;
 - 10) prowadzenie rezerwy Miasta na wypadek katastrof;
 - 11) zapotrzebowania na leki należy składać w godzinach 7³⁰-10⁰⁰;
 - 12) wydawanie przygotowanych artykułów aptecznych odbywa się w godzinach 11⁰⁰-15⁰⁰;
 - 13) w przypadkach nagłych wydawany jest lek w trybie natychmiastowym, zgodnie z procedurą
 - 14) Apteką kieruje kierownik Apteki.
2. Do zadań Banku Krwi należy w szczególności:
- 1) składanie zamówień na krew i jej składniki w najbliższym centrum, zgodnie z zamówieniami oddziałów Centrum;
 - 2) odbiór krwi i jej składników;
 - 3) przechowywanie krwi i jej składników do czasu ich wydania do oddziału szpitalnego;
 - 4) wydawanie krwi i jej składników do oddziałów szpitalnych;
 - 5) prowadzenie dokumentacji przychodów i rozchodów krwi i jej składników oraz dokumentacji zapewniającej identyfikację dawcy i biorcy krwi lub jej składników;
 - 6) prowadzenie sprawozdawczości zużycia krwi i jej składników;
 - 7) prowadzenie Banku Krwi zlecono firmie zewnętrznej.
3. Blok Operacyjny stanowi autonomiczną jednostkę organizacyjną Centrum, ściśle współpracującą z oddziałami szpitalnymi – w szczególności zabiegowymi.
- 1) Blok Operacyjny podzielono na następujące obszary:
 - a. okulistyczny,
 - b. chirurgiczny ogólny,
 - c. urazowo – ortopedyczny
 - d. położnictwa i ginekologii
 - e. salę poznieczuleniową
 - 2) Kierownictwo organizacyjne Bloku Operacyjnego stanowią:
 - a. kierownik Bloku Operacyjnego, którego funkcję pełnić mogą ordynatorzy/kierownicy odpowiednich oddziałów zabiegowych: chirurgicznego, ortopedycznego, okulistycznego, ginekologicznego lub inna osoba zatrudniona na powyższe stanowisko posiadająca odpowiednie kwalifikacje,
 - b. pielęgniarka oddziałowa Bloku Operacyjnego,
 - c. pielęgniarki koordynujące.
 - 3) Pod względem organizacyjnym personel bloków operacyjnych podlega kierownikowi Bloku Operacyjnego.
 - 4) Szczegółowe zasady funkcjonowania bloku operacyjnego określa regulamin bloku operacyjnego oraz procedura UMhza.01 „Postępowanie z chorym na bloku operacyjnym”.
 - 5) Koordynatorem okołoperacyjnej karty kontrolnej jest każdorazowo lekarz operator. Procedura UMhza.01 „Postępowanie z chorym na bloku operacyjnym” określa szczegółowo obowiązki koordynatora okołoperacyjnej karty kontrolnej.
4. Do zadań Izby Przyjęć należy w szczególności kwalifikowanie i przyjmowanie pacjentów do oddziałów szpitalnych.
5. Centralna Sterylizatornia:
- 1) jej zadaniem jako samodzielnej wyspecjalizowanej komórki usługowej jest przygotowanie do sterylizacji i sterylizacja powierzonych z Bloku Operacyjnego oraz wszystkich oddziałów szpitalnych, poradni i pracowni diagnostycznych narzędzi chirurgicznych, drobnego sprzętu medycznego wielorazowego użytku, tworzyw oraz materiałów opatrunkowych i bielizny, w odpowiednich warunkach i przy użyciu właściwych metod i środków;
 - 2) po zawarciu stosownej umowy, może świadczyć kompleksowe usługi w zakresie nieograniczającym działalności statutowej również dla klientów zewnętrznych w tym placówek medycznych, gabinetów stomatologicznych, fryzjerskich, kosmetycznych;

- 3) każdy proces jest rejestrowany i monitorowany wskaźnikami fizycznymi, chemicznymi i biologicznymi oraz nadzorowany przez przeszkolony personel medyczny i podlega określonej, dokumentowanej kontroli;
 - 4) za nadzór nad właściwym przebiegiem procesów oraz dokumentacją procesów odpowiada kierownik Centralnej Sterylizatorni.
6. Do zadań Banku Tkanek należy:
- 1) odbiór tkanek i komórek, w tym;
 - a) prowadzenie ewidencji przyjmowanych tkanek i komórek;
 - b) dokonywanie wstępnej oceny dostarczanych tkanek i komórek oraz sprawdzanie ich zgodności z dostarczoną dokumentacją;
 - c) określanie warunków przechowywania dostarczonych tkanek i komórek;
 - 2) rejestracja tkanek i komórek;
 - 3) znakowanie tkanek i komórek;
 - 4) prowadzenie kwarantanny tkanek i komórek;
 - 5) magazynowanie nieprzetworzonych tkanek i komórek;
 - 6) przetwarzanie tkanek i komórek;
 - 7) magazynowanie przetworzonych tkanek i komórek przed sterylizacją końcową;
 - 8) karencja przetworzonych tkanek i komórek;
 - 9) dystrybucja i transport tkanek i komórek.
7. Nadzór organizacyjny i merytoryczny nad działalnością medycznych jednostek usługowych sprawuje Zastępca Dyrektora ds. Medycznych.

C) Inne komórki działalności medycznej

§ 52

1. Dział Żywności i Żywienia, do zadań którego należy określanie diet, przygotowywanie i dystrybucja posiłków. Działalność może być wykonywana przez podmiot zewnętrzny.
2. Zespół Transportu Sanitarnego, do zadań którego należy realizacja transportu pacjentów, zgodnie z otrzymanymi zleceniami. Działalność może być wykonywana przez podmiot zewnętrzny.

CZĘŚĆ II - Ośrodek

(Rodzaj działalności: Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne)

A) Ośrodek Rehabilitacyjny

§ 53

1. Ośrodek Rehabilitacji Diennej zajmuje się kompleksową rehabilitacją wielonarządową ze szczególnym uwzględnieniem rehabilitacji ze wskazań ortopedycznych, reumatologicznych i neurologicznych. W skład wyżej wymienionej rehabilitacji wchodzi: porady lekarskie, badania diagnostyczne, zabiegi fizjoterapeutyczne oraz świadczenia psychologiczne i logopedyczne. Rehabilitacja w ramach Ośrodka Rehabilitacji Diennej przeznaczona jest dla pacjentów, którzy nie wymagają pobytu w oddziale stacjonarnym.
2. Zakład Rehabilitacji świadczy usługi rehabilitacyjne dla pacjentów Centrum jak również dla pacjentów posiadających skierowanie do Zakładu. Obejmuje Poradnię Rehabilitacyjną dla Dorosłych i Dział Fizjoterapii dla Dorosłych i Dzieci.

B) Ośrodek Świadczeń Całodobowych

§ 54

Zakład Opiekuńczo-Leczniczy zajmuje się udzielaniem całodobowych świadczeń zdrowotnych, dla pacjentów którzy nie wymagają hospitalizacji, które obejmują swoim zakresem rehabilitację ogólną w podstawowym zakresie, prowadzoną w celu zmniejszenia skutków upośledzenia ruchowego oraz usprawnienia ruchowego; świadczenia psychologa; terapię zajęciową; leczenie farmakologiczne i edukację zdrowotną polegającą na przygotowaniu pacjenta i jego rodziny lub opiekuna do samoopieki i samopielegnacji w warunkach domowych.

C) Medyczne jednostki usługowe

§ 54a

Do podstawowych zadań Działu Farmacji Szpitalnej, na czele którego stoi Kierownik Działu, należy:

1. utrzymywanie i właściwe przechowywanie potrzebnego zapasu środków farmaceutycznych;
2. zaopatrywanie Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego i poradni w leki, środki opatrunkowe, środki dezynfekcyjne i inne materiały medycznej;
3. prowadzenie księgowości aptecznej i ewidencji leków;
4. przygotowywanie comiesięcznych sprawozdań przychodów i rozchodów leków (w tym leków z darów);
5. kontrolowanie apteczek oddziałowych wg harmonogramu kontroli i przyjmowanie ich rozliczeń inwentaryzacyjnych;
6. Wykonywanie zadań określonych w art. 87 ust. 4d ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne;
7. Wydawanie leków zgodnie z procedurami a w przypadkach nagłych wydawanie leku w trybie natychmiastowym, zgodnie z procedurami.

CZEŚĆ III – Ambulatorium

(Rodzaj działalności leczniczej: Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne)

A) Przychodnie

§ 55

1. Do zadań Przychodni Przyszpitalnych (z wyjątkiem Poradni Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej) oraz Przychodni Lecznicza, w skład których wchodzi m.in. poradnie specjalistyczne oraz gabinety diagnostyczno - zabiegowe należy organizowanie i udzielanie świadczeń zdrowotnych polegających na zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia osobom, których stan zdrowia tego wymaga, a w szczególności:
 - 1) udzielanie specjalistycznych porad ambulatoryjnych, obejmujących diagnostykę i terapię pacjentom, których stan zdrowia, opisany wg klasyfikacji ICD-10, kwalifikuje ich do ambulatoryjnego leczenia specjalistycznego;
 - 2) udzielanie konsultacji specjalistycznych tj. świadczeń zdrowotnych udzielanych wyłącznie na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego mających na celu określenie potrzeby i sposobu dalszego postępowania diagnostyczno-terapeutycznego, zgodnego ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej;
 - 3) kwalifikowanie pacjentów do hospitalizacji.
2. Obok zadań określonych w ust. 1, do zadań Przychodni Lecznicza, w skład której wchodzi przychodnia podstawowej opieki zdrowotnej należy również:
 - 1) udzielanie świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (świadczenia lekarza, pielęgniarki, położnej);
 - 2) udzielanie indywidualnych świadczeń profilaktycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych również w miejscu nagłego zachorowania (w tym również w domu pacjenta).
 - 3) promocja zdrowia i edukacja zdrowotna pacjentów.
3. Do zadań Poradni Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej należy udzielanie świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej od poniedziałku do piątku w godzinach od 18:00 do 8:00 dnia

następnego oraz w soboty, niedziele i inne dni ustawowo wolne od pracy od godz. 8:00 danego dnia do godz. 8:00 dnia następnego.

§ 56

1. Nadzór organizacyjny nad działalnością Poradni Przyszpitalnych (z wyjątkiem Poradni Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej) oraz merytoryczny nad działalnością Poradni Kardiologicznej sprawuje kierownik Przychodni Przyszpitalnych.
2. Nadzór merytoryczny nad działalnością Poradni Przyszpitalnych:
 - 1) Chirurgii Ogólnej, Chirurgii Urazowo–Ortopedycznej, Okulistycznej, Neurologicznej, Rehabilitacyjnej, Ginekologicznej sprawują odpowiednio ordynatorzy/kierownicy właściwych oddziałów;
 - 2) Pulmonologicznej i Endokrynologicznej sprawuje ordynator Oddziału Chorób Wewnętrznych i Kardiologii; Geriatrycznej – kierownik Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego; – ordynator Oddziału Chorób Wewnętrznych i Kardiologii; Proktologicznej – kierownik Oddziału Chirurgicznego Ogólnego;
 - 3) Gastroenterologicznej – kierownik Pracowni Endoskopii.
3. Nadzór organizacyjny i merytoryczny nad działalnością Poradni Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej sprawuje koordynator nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej a w razie jego braku Z-ca Dyrektora ds. Medycznych.
4. Nadzór organizacyjny i merytoryczny nad działalnością Przychodni Lecznicza sprawuje Z-ca Dyrektora ds. Medycznych.

§ 57

1. Pacjent zgłaszający się na pierwszorazową wizytę w poradni musi posiadać skierowanie wydane przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, z zastrzeżeniem art. 57 ust. 2. ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
2. Po zakończeniu leczenia – lekarz specjalista wystawia zaświadczenie o stanie zdrowia i wskazania dotyczące dalszego leczenia.

§ 58

Pacjentom zgłaszającym się do poradni, świadczeń zdrowotnych udzielają:

1. lekarze specjaliści z danej dziedziny medycyny – wyznaczeni przez ordynatorów/kierowników oddziałów szpitalnych lub inne osoby sprawujące nadzór, zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy, który znajduje się w rejestracji poradni oraz jest wywieszony oddzielnie dla każdej poradni przy wejściach do gabinetów lekarskich.
2. pielęgniarki i położne – zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy opracowanym przez pielęgniarki oddziałowe/położną oddziałową i zaakceptowanym przez przełożoną pielęgniarek lub osoby nadzorujące.

B) Pracownie

§ 59

Pracownie wykonują badania diagnostyczne, a w niektórych przypadkach także zabiegi diagnostyczno – terapeutyczne (Pracownia Endoskopii).

§ 60

Badania w Pracowni Diagnostyki Laboratoryjnej, z zakresu histopatologii oraz inne, niezbędne w procesie diagnostyczno-leczniczym badania i konsultacje, wykonują na rzecz pacjentów Centrum podmioty zewnętrzne wyłonione w drodze konkursu/przetargu.

§ 61

Badania w Pracowni Rentgenodiagnostyki Ogólnej i Pracowni Tomografii Komputerowej wykonywane są zawsze na podstawie skierowania, bez względu na to czy świadczenie jest udzielane bezpłatnie czy za odpłatnością.

§ 62

Nadzór organizacyjny i merytoryczny nad działalnością:

- 1) Pracowni Szpitala dr. K. Jonschera sprawują właściwi ordynatorzy/kierownicy oddziałów lub kierownicy pracowni, jeśli zostali powołani;
- 2) Pracowni Przychodni Lecznicza sprawuje Z-ca Dyrektora ds. Medycznych.

§ 63

1. Pracownie wykonują badania diagnostyczne w godzinach 7³⁰–15⁰⁵, za wyjątkiem Pracowni Diagnostyki Obrazowej (w lokalizacji przy ul. Milionowej 14), która realizuje świadczenia zdrowotne całodobowo.
2. Pacjent, któremu wykonuje się badanie diagnostyczne w pracowni jest w niej rejestrowany, a po wykonanym badaniu zostaje mu wydany wynik.

§ 64

1. Pacjentom, którzy zgłaszają się do pracowni, świadczeń zdrowotnych udzielają:
 - 1) lekarze specjaliści – wyznaczeni przez ordynatorów/kierowników oddziałów szpitalnych, którym pracownie podlegają, a w wydzielonych Pracowniach Endoskopii i Diagnostyki Obrazowej oraz Poradni Kardiologicznej i Ośrodka Diagnostyki Chorób Układu Krążenia - lekarze tam zatrudnieni;
 - 2) pielęgniarki/położne oddziałów szpitalnych, którym pracownie podlegają, a w wydzielonych Pracowniach Endoskopii, Diagnostyki Obrazowej oraz Poradni Kardiologicznej i Ośrodka Diagnostyki Chorób Układu Krążenia - pielęgniarki tam zatrudnione, technicy radiologii, technicy medyczni.
 - 3) Obsługę pacjenta w pracowniach wspierają rejestratorki/sekretarki medyczne, w zakresie o którym mowa w § 54 ust. 4 pkt 1-6.

ROZDZIAŁ II

Komórki administracyjne

§ 65

1. Administrację Centrum tworzą komórki organizacyjne, które poprzez swoją działalność zapewniają warunki dla realizacji ustawowych i statutowych funkcji Centrum, uczestniczą w zarządzaniu mieniem Centrum, organizują pracę pionu medycznego oraz dają Dyrektorowi Centrum racjonalne zapewnienie, że wszystkie procesy przebiegają prawidłowo.
2. Administracją Centrum kieruje Dyrektor przy pomocy swoich zastępców.

§ 66

W skład administracji Centrum wchodzi:

1. Dział Planowania i Kontraktowania Świadczeń Zdrowotnych, który:

- 1) zajmuje się pozyskiwaniem przychodów dla Centrum zarówno w ramach realizacji umów z NFZ jak i innymi świadczeniodawcami;
- 2) prowadzi analizy rynku usług medycznych celem pozyskania odbiorców świadczeń zdrowotnych;
- 3) czyni starania o rozszerzanie działalności, dba o rozwój usług zdrowotnych wykonywanych w Centrum;
- 4) analizuje przepisy i wymogi stawiane przez płatników i odbiorców świadczeń i usług oraz warunki wymagane prawem, egzekwuje ich wprowadzanie;

- 5) opracowuje założenia do kontraktów/umów i przygotowuje umowy z innymi świadczeniodawcami;
 - 6) analizuje i przygotowuje cenniki usług świadczonych przez Centrum;
 - 7) kontroluje wykonanie i zgodność realizacji kontraktów i umów;
 - 8) przygotowuje plany sprzedaży, oferty, informacje o usługach itp.;
 - 9) współpracuje z płatnikami i odbiorcami usług oraz instytucjami kontrolującymi Centrum w ww. zakresie;
 - 10) rozlicza umowy na świadczenia i wystawia faktury;
 - 11) dokonuje rzetelnej kontroli merytorycznej dowodów księgowych polegającej na zgodności dokumentów z zawartymi umowami i zatwierdzonymi zamówieniami oraz na zgodności z ustawą prawo zamówień publicznych, a także na zgodności operacji gospodarczych i finansowych z planem finansowym);
2. Dział Budżetowania i Analizy Kosztów zajmuje się:
- 1) analizą kosztów prowadzonych przedsięwzięć i zadań w Centrum oraz opłacalności ich realizacji;
 - 2) zasadnością ponoszenia kosztów na poszczególne działalności, rozwiązania, procedury wykonywane na rzecz świadczeniobiorców oraz metod i terapii wykonywanych na rzecz pacjentów;
 - 3) przygotowywaniem budżetów dla jednostek i komórek organizacyjnych Centrum;
 - 4) rozliczaniem budżetów i wprowadzaniem zmian;
 - 5) tworzeniem zasad kwalifikacji kosztów, metodologii rozliczeń oraz ich uaktualnianiem,
 - 6) kontrolowaniem prawidłowości dokonywanych zapisów w systemie informatycznym; sygnalizowaniem ryzyk z tym związanych i ryzyka związanego z podejmowaniem decyzji pod względem finansowym, wprowadzaniem zmian w zakresie ewidencji kosztów świadczeń.
 - 7) określaniem wysokości cen na usługi wykonywane przez Centrum.
 - 8) opracowywaniem planu finansowego, przygotowywaniem oraz opiniowaniem strony finansowej projektów i przedsięwzięć sugerowanych do realizacji.
 - 9) sporządzaniem zestawień miesięcznych i rocznych z wykonania planu finansowego, w tym kontrolą zgodności poszczególnych pozycji planu finansowego z jego realizacją, wnioskowaniem do Dyrektora Centrum o zmianę planu finansowego.
3. Dział Kontroli Zarządczej zajmuje się:
- 1) przygotowywaniem metod analizy ryzyk,
 - 2) zbieraniem informacji o zagrożeniach w realizacji zadań Centrum (w tym także poszczególnych komórek organizacyjnych);
 - 3) przedstawianiem propozycji akceptowalnych poziomów ryzyka;
 - 4) prowadzeniem kontroli zarządczej poprzez podejmowanie działań gwarantujących realizację celów i zadań w sposób zgodny z prawem, efektywny, oszczędny i terminowy dla dostarczenia racjonalnego zapewnienia, co do realizacji celów;
 - 5) prowadzeniem analiz i kontroli zgodnie z planem stworzonym podczas oceny ryzyk i weryfikacji polityki zarządzania ryzykami;
 - 6) prowadzeniem i zlecaniem kontroli bieżącej, okresowej, kontroli wyrywkowych i całkowitych, problematycznych i tematycznych;
 - 7) oceną przestrzegania zasady celowości i oszczędności w dokonywaniu wydatków oraz warunków uzyskania możliwie najlepszych efektów w ramach posiadanych środków oraz przestrzegania terminów realizacji zadań i zaciągniętych zobowiązań.
4. Dział Finansowo – Księgowy, do zadań, którego należy w szczególności:
- 1) prowadzenie ksiąg rachunkowych Centrum na podstawie dowodów księgowych;
 - 2) kontrola dowodów księgowych pod względem formalnym i rachunkowym;
 - 3) dokonywanie zatwierdzonych przez Dyrektora płatności;
 - 4) ewidencja skutków inwentaryzacji;
 - 5) ujmowanie w księgach rachunkowych Centrum skutków zawartych umów o środki zewnętrzne: kredyty, dotacje, pożyczki, leasing.
5. Dział Zarządzania Zasobami Ludzkimi, zajmuje się analizą potrzeb Centrum w zakresie zatrudnienia, szkolenia i przygotowania zespołów pracowniczych do zadań, które realizują komórki Centrum i między innymi:

- 1) ruchem pracowników: przyjmowaniem, zwalnianiem, zastępstwami na stanowiskach, opracowywaniem umów o pracę i cywilno-prawnych;
 - 2) tworzeniem harmonogramów i rozliczaniem czasu pracy;
 - 3) przygotowywaniem wniosków rentowych i emerytalnych;
 - 4) planowaniem środków finansowych i obsługą Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych,
 - 5) tworzeniem planów wynagrodzeń i pochodnych, naliczaniem wynagrodzeń i gospodarowaniem funduszem płac;
 - 6) sporządzaniem deklaracji ZUS i podatku dochodowego od osób fizycznych;
 - 7) sporządzaniem informacji dla pracowników, sprawozdań, opinii, rozliczeń dla instytucji określonych przepisami prawa pracy i podatkowymi;
 - 8) planowaniem karier pracowniczych i rozwoju zawodowego pracowników;
 - 9) planowaniem szkoleń i rozliczaniem środków przeznaczonych na szkolenia;
 - 10) zapotrzebowaniem na pracowników, planowaniem tych potrzeb, doбором tych pracowników do zespołów prac;
 - 11) oceną satysfakcji pracowników, sprawami mobbingu w relacji przełożony-podwładny.
6. Dział Organizacyjno – Prawny, do zadań którego należy w szczególności:
- 1) zapewnienie obsługi organizacyjnej i prawnej Centrum, między innymi w zakresie tworzenia i stosowania przepisów prawa obowiązującego w Centrum, opiniowanie i opracowywanie umów zawieranych przez Centrum;
 - 2) prowadzenia spraw sądowych i o odszkodowania oraz reprezentowanie Centrum we wszelkich postępowaniach;
 - 3) opiniowanie aktów prawnych;
 - 4) windykacja należności;
 - 5) aktualizacja dokumentów niezbędnych do działania Centrum (Statutu, Regulaminu Organizacyjnego, KRS-u, rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą);
 - 6) prowadzenie rejestrów: umów zawieranych przez Centrum, zarządzeń Dyrektora, upoważnień/pełnomocnictw (z wyłączeniem upoważnień dotyczących przetwarzania danych osobowych);
 - 7) dbałość o właściwą treść oznaczeń w Centrum i informacji organizacyjnych adresowanych do pacjentów i pracowników oraz przygotowanie i umieszczanie informacji zgodnie z wymogami powszechnie obowiązujących przepisów prawa, wydanych orzeczeń lub zapadłych decyzji a także dbanie o zapewnienie właściwej identyfikacji personelowi;
 - 8) nadzorowanie i kontrolowanie pracy zewnętrznych kancelarii adwokackich i radcowskich;
 - 9) wykonywanie innych zadań powierzonych przez Dyrektora.
7. Dział Zarządzania Jakością, do zadań którego należy w szczególności:
- 1) nadzorowanie przebiegu procesów;
 - 2) udział w tworzeniu i modyfikacji procedur i formularzy;
 - 3) planowanie i zlecanie audytów wewnętrznych oraz analizowanie ich wyników;
 - 4) planowanie audytów i wizytacji, w tym wizytacji organów certyfikujących w zakresie autoryzacji, akredytacji i obowiązującego Zintegrowanego Systemu Zarządzania oraz koordynowanie przygotowań do wyżej wymienionych wizyt;
 - 5) inicjowanie działań korygujących i zapobiegawczych;
 - 6) przygotowanie i udział w Przeglądzie Zintegrowanego Systemu Zarządzania oraz w audytach jednostek certyfikujących w tym opracowanie i aktualizacja odpowiednich procedur wewnętrznych;
 - 7) dbałość o właściwą organizację świadczeń medycznych, procedur medycznych, struktur Centrum;
 - 8) analiza i ocena satysfakcji pacjentów oraz pracowników;
 - 9) rozpatrywanie skarg i wniosków;
 - 10) dbałość o utrzymanie jednolitej i zgodnej z wymogami prawa dokumentacji medycznej.
8. Dział Techniczno – Administracyjny, który w szczególności:
- 1) organizuje i zabezpiecza prowadzenie działalności Centrum w sferze materialnej i w granicach ustalonej gospodarki finansowej;

- 2) dba o majątek i zasoby Centrum oraz o bezpieczeństwo pacjentów i bezpieczną pracę pracowników;
- 3) inwentaryzuje i dokonuje okresowego przeglądu majątku Centrum;
- 4) sporządza dokumentację oddanych do użytkowania nowych i ulepszonych środków trwałych;
- 5) pozyskuje środki na projekty i przedsięwzięcia;
- 6) dokonuje zakupów: materiałów, usług, sprzętu i aparatury;
- 7) zabezpiecza funkcjonowanie Centrum i realizację wymogów stawianych przez płatników świadczeń, określonych przepisami prawa;
- 8) dokonuje merytorycznej oceny faktur zakupu towarów i usług, pod względem zgodności z umowami, planem finansowym i ustawą prawo zamówień publicznych.

W skład Działu wchodzi:

- 1) Sekcja Bieżącego Utrzymania Ruchu, która w szczególności dba o infrastrukturę Centrum;
- 2) Sekcja Inwestycji i Remontów, która w szczególności zajmuje się inwestycjami budowlanymi i prowadzi wszelkie formalności związane z prowadzeniem procesu inwestycyjnego;
- 3) Sekcja Sprzętu Medycznego, której głównym zadaniem jest: utrzymanie w sprawności posiadanego sprzętu medycznego i prowadzenie wszelkich wymaganych formalności z tym związanych.

9. Dział Statystyki i Dokumentacji Medycznej, do zadań którego należy opracowywanie danych medycznych i przygotowanie niezbędnych analiz do podejmowanych decyzji, które mają wpływ na:

- 1) rozwój usług medycznych w Centrum;
- 2) zapobieganie zdarzeniom medycznym niepożądanym z punktu widzenia jakości realizowanych świadczeń;
- 3) zapobieganie innym zagrożeniom mającym wpływ na realizację kontraktów oraz kontrolowanie i weryfikacja zapisów w dokumentacji medycznej pod względem ich zgodności z wymogami płatnika świadczeń i interesami Centrum, a w szczególności:
 - a) kontrolowanie prawidłowości przyjmowania pacjentów na oddziały i sprawdzanie poprawności naniesionych danych osobowych pacjentów i innych m.in. wymaganych w zestawieniach dla Narodowego Funduszu Zdrowia;
 - b) nadzór nad prowadzeniem Ksiąg Głównych Chorych oraz dokumentacji zbiorczej i korespondencji związanej z pobytem chorego w Centrum;
 - c) weryfikacja i analiza zapisów w dokumentacji pobytu i leczenia pacjenta, w sprawozdaniach oraz zestawieniach rozliczeniowych do Narodowego Funduszu Zdrowia i Ministerstwa Zdrowia, danych statystycznych oraz prawidłowości rozliczonych produktów jednostkowych w systemie komputerowym;
 - d) współpraca ze Składnicą Akt w zakresie wstępnej oceny przedkładanej dokumentacji medycznej pacjentów;
 - e) sporządzanie miesięcznych, kwartalnych, półrocznych i rocznych sprawozdań z liczby wykonanych osobodni, liczby hospitalizowanych, ich struktury zgodnie z potrzebami wewnętrznymi oraz zestawień wskaźników szpitalnych w tym: analiza demograficzna pacjentów, readmisji, przedłużonych hospitalizacji, struktury leczonych zachowawczo w oddziałach zabiegowych, leczonych wg rejonów, regionów, przyjętych z innych jednostek wg przypadków i skutków leczenia itp.;
 - f) sporządzanie sprawozdań statystycznych do właściwych organów administracji rządowej i samorządowej;
 - g) analiza rozwoju wykonywanych świadczeń, procedur, kształtowania się tendencji i innych niezbędnych do przygotowywanych strategii, planów rozwoju usług medycznych, realizacji świadczeń medycznych na wymaganym jakościowo poziomie;
 - h) przekazywanie informacji statystycznych i wyników analiz do odpowiednich komórek organizacyjnych Centrum i ścisła współpraca w tym zakresie z Działem Zarządzania Jakością (wymiana opinii i wniosków).
- 4) Pracownicy Działu Statystyki i Dokumentacji Medycznej wystawiają faktury VAT za odpłatne świadczenia wykonywane w Centrum, jak również za odpłatne świadczenia wykonywane na rzecz osób fizycznych nie prowadzących działalności gospodarczej, przyjmują środki finansowe i obsługują drukarki fiskalne, dokumentując obrót z tytułu w/w sprzedaży.
- 5) W skład Działu Statystyki i Dokumentacji Medycznej wchodzi Rejestracje Pacjentów, do zadań których należy w szczególności:
 - a) rejestracja pacjentów do poradni podstawowej opieki zdrowotnej oraz poradni specjalistycznych;

- b) prawidłowe umieszczanie rejestrowanych świadczeń w harmonogramach przyjęć zgodnie z obowiązującymi przepisami i wytycznymi ordynatorów/kierowników odpowiedzialnych za ich prowadzenie w podległych im komórkach działalności medycznej;
- c) staranne kompletowanie dokumentacji medycznej pacjentów (dokumenty potwierdzające ubezpieczenie, oświadczenia o udostępnianiu dokumentacji itp.);
- d) przekazywanie informacji o usługach zdrowotnych oraz warunkach formalnych i finansowych ich świadczenia w danej placówce służby zdrowia, a także w innych placówkach;
- e) dbałość o podwyższanie zadowolenia pacjenta m.in. poprzez sposób obsługi i wygląd zewnętrzny;
- f) przyjmowanie skarg i wniosków.

10. Dział Informatyki, który w szczególności:

- 1) sprawuje nadzór nad prawidłowym funkcjonowaniem informatycznego systemu sieciowego, rozbudowywaniem go i kontrolowaniem w sposób gwarantujący ciągłość dostępu do wymaganych programów;
- 2) dba o prawidłowe wykorzystywanie przez pracowników Centrum zainstalowanego sprzętu, udziela instruktaży, prowadzenia szkoleń i kontrolowania legalności programów zainstalowanych na poszczególnych komputerach;
- 3) opiniuje działania w zakresie zakupu sprzętu informatycznego, przygotowuje specyfikacje do przetargów oraz uczestniczy w postępowaniach przetargowych;
- 4) bierze czynny udział przy ocenianiu stanu technicznego i wydawaniu opinii w sprawie likwidacji sprzętu informatycznego oraz uczestniczy w jego likwidacji;
- 5) prowadzi dokumentację dotyczącą inwentaryzacji sprzętu komputerowego i wykazu nadawanych uprawnień do systemu informatycznego;
- 6) współuczestniczy w opracowywaniu koncepcji rozwojowych Centrum w zakresie informatycznym i sukcesywnie realizuje przyjęte założenia;
- 7) współpracuje z firmami prowadzącymi konserwację, dostawy sprzętu komputerowego, sieci informatycznych i oprogramowań oraz koordynuje zlecenia.

11. Dział Zamówień Publicznych i Zaopatrzenia, w skład którego wchodzi:

- 1) Sekcja Zamówień Publicznych, która zajmuje się przygotowaniem i prowadzeniem postępowań w celu udzielania zamówień publicznych zgodnie z ustawą prawo zamówień publicznych oraz z postanowieniami regulaminu udzielania zamówień publicznych w Centrum;
- 2) Sekcja Zaopatrzenia, do której należy przede wszystkim:
 - a) Zaopatrzenie Centrum w materiały niezbędne do jego prawidłowego funkcjonowania;
 - b) Utrzymywanie i właściwe przechowywanie potrzebnego zapasu w magazynie;
 - c) Zaopatrywanie Centrum w sprzęt jednorazowy i materiały, materiały endoskopowe, materiały niemedyczne;
 - d) Prowadzenie ewidencji magazynowej;
 - e) Przygotowywanie comiesięcznych sprawozdań przychodów i rozchodów sprzętu i materiałów, materiałów endoskopowych, materiałów niemedycznych;
 - f) Miesięczne uzgadnianie stanów magazynowych;
 - g) Kontrolowanie apteczek oddziałowych, sprzętu i materiałów;
 - h) Organizacja i nadzór nad magazynami i miejscami rozkładania zamówionego asortymentu.

§ 67

W skład struktury organizacyjnej w części administracyjnej wchodzi ponadto:

- 1. Sekcja Bhp i Ppoż., do zadań, której należy w szczególności prowadzenie wszystkich spraw z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy oraz bezpieczeństwa przeciwpożarowego wynikających z przepisów powszechnie obowiązującego prawa.
- 2. Specjalista ds. epidemiologii, który realizuje działania w zakresie profilaktyki i zwalczania zakażeń szpitalnych oraz prowadzi szeroką edukację personelu i który wraz z lekarzem ds. kontroli zakażeń szpitalnych i specjalistą ds. mikrobiologii tworzą Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych.

3. Pracownik Socjalny, którego podstawowym zadaniem jest pomoc w zorganizowaniu środowiska opiekuńczego w warunkach domowych lub opieki instytucjonalnej dla pacjentów wymagających takiej pomocy oraz reprezentowanie pacjentów na zewnątrz Centrum w celu rozwiązania pilnych spraw socjalno-bytowych.
4. Inspektor ds. Obronnych i Rezerw, do zadań którego należy w szczególności zapewnienie pełnej realizacji w Centrum przepisów powszechnie obowiązującego prawa odnoszących się do spraw obrony cywilnej kraju.
5. Inspektor Ochrony Radiologicznej, podległy bezpośrednio Dyrektorowi Centrum, posiadający uprawnienia odpowiadające działalności prowadzonej przez Centrum, sprawuje wewnętrzny nadzór nad przestrzeganiem wymagań ochrony radiologicznej w jednostce.
6. Specjalista ds. Jakości w Radiologii, który nadzoruje system zarządzania jakością w komórkach stosujących promieniowanie jonizujące w zakresie jego zgodności z przepisami prawa, zarządzeniami wewnętrznymi oraz spójnością z systemem zarządzania obowiązującym w Centrum, którego stanowi element.
7. Kapelana Szpitalny, sprawujący posługę duszpasterską dla pacjentów Centrum, poprzez odprawianie mszy, spowiedź oraz udzielanie ostatniego namaszczenia oraz wspierający pacjentów moralnie i duchowo.
8. Sekretariat, do zadań którego należy obsługa kancelaryjno-biurowa Centrum.
9. Stanowisko ds. Ubezpieczeń, do zadań którego należą sprawy związane z zawieraniem i nadzorem nad realizacją umów ubezpieczeniowych dla Centrum.
10. Specjalista/Inspektor ds. Projektów, do zadań którego należy nadzorowanie działań związanych z realizowanymi w Centrum projektami oraz pozyskiwanie środków na realizację projektów.
11. Inspektor Ochrony Danych, nadzorujący przestrzeganie zasad ochrony, odpowiedzialny za bezpieczeństwo danych osobowych przetwarzanych tradycyjnie (papierowo) oraz we wskazanych systemach informatycznych
12. Administrator Systemu Informatycznego, osoba odpowiedzialna za sprawność, konserwację oraz wdrażanie technicznych zabezpieczeń systemu informatycznego do przetwarzania danych osobowych w Centrum.
13. Pełnomocnik ds. ochrony sygnalistów, który realizuje zadania wynikające z procedury dokonywania zgłoszeń naruszeń prawa i podejmowania działań następnych oraz ustawy z dnia 14 czerwca 2024 r. o ochronie sygnalistów

§ 68

1. Na czele poszczególnych działów oraz równorzędnych im samodzielnych sekcji stoją ich kierownicy, za wyjątkiem:
 - 1) Działu Finansowo-Księgowego - na czele z Głównym Księgowym;
 - 2) Działu Organizacyjno-Prawnego - na czele z Koordynatorem Obsługi Prawnej, który jest radcą prawnym, o którym mowa w art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 6 lipca 1982r. o radcach prawnych;
 - 3) Sekretariatu, Sekcji Bhp i Ppoż., Inspektora ds. Obronnych i Rezerw, Działu Kontroli Zarządczej - podlegających bezpośrednio Dyrektorowi Centrum;
 - 4) Przełożonej Pielęgniarek, Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych bezpośrednio podlegających Z-cy Dyrektora ds. Medycznych;
 - 5) Specjalisty ds. Jakości w Radiologii podlegającego bezpośrednio kierownikowi Działu Zarządzania Jakością oraz Inspektora Ochrony Radiologicznej, podlegającego bezpośrednio Dyrektorowi Centrum;
 - 6) Kapelana Szpitalnego oraz Pracownika Socjalnego - bezpośrednio podlegających Przełożonej Pielęgniarek;
 - 7) Stanowiska ds. Ubezpieczeń, Specjalisty ds. Projektów – podlegających bezpośrednio Z-cy Dyrektora ds. Administracyjnych i Organizacji Zarządzania.
2. W każdym dziale oraz sekcji mogą być organizowane stanowiska pracy, których liczebność i szczegółowe zakresy obowiązków ustala po uzgodnieniu z Dyrektorem kierujący daną komórką organizacyjną.
3. Organizowane jest również stanowisko koordynatora, który realizuje zadania o charakterze wieloprofilowym wykonując również czynności nadzorujące.

§ 69

1. Nadzór nad ochroną danych osobowych w Centrum sprawują wyznaczeni przez Administratora Danych, którym jest Dyrektor Centrum:
 - 1) Administrator Systemu Informatycznego (ASI), odpowiada za sprawność, konserwację oraz wdrażanie technicznych zabezpieczeń systemu informatycznego do przetwarzania danych osobowych w Centrum, zarządza systemami informatycznymi w sposób zapewniający ochronę danych osobowych w nich przetwarzanych, kontroluje przepływ informacji pomiędzy systemem informatycznym a siecią publiczną a także zarządza stosowanymi w systemach informatycznych środkami uwierzytelnienia, w tym rejestrowanie i wyrejestrowywanie użytkowników oraz dokonuje zmian uprawnień na podstawie zaakceptowanych wniosków przez osobę do tego upoważnioną.
 - 2) Inspektor Ochrony Danych (IOD): odpowiada za ochronę i bezpieczeństwo danych przetwarzanych tradycyjnie (papierowo) i w systemach informatycznych, oraz za podejmowanie stosownych działań w przypadku naruszenia przepisów ustawy o ochronie danych osobowych i zapisów: Polityki bezpieczeństwa przetwarzania danych osobowych w Miejskim Centrum Medycznym im. dr. Karola Jonschera w Łodzi a także nadzoruje i kontroluje systemy informatyczne służące do przetwarzania tych danych i osoby przy nich zatrudnione. Inspektor Ochrony Danych ma obowiązek wskazywania (bez zbędnej zwłoki) Administratorowi Danych wszelkich zagrożeń oraz reagowania na stwierdzone naruszenia bezpieczeństwa danych osobowych i usuwania ich skutków.
2. Centrum, w osobie Dyrektora Centrum, realizuje zadania wynikające z objęcia ochroną sygnalistów zgłaszających lub ujawniających informacje o naruszeniach prawa poprzez:
 - 1) Wprowadzenie wewnętrznej procedury dokonywania zgłoszeń naruszeń prawa i podejmowania działań następnych, zwaną dalej "procedurą zgłoszeń wewnętrznych", zgodną z wymogami ustaw;;
 - 2) Wyznaczenie Pełnomocnika ds. ochrony sygnalistów spośród pracowników gwarantujących bezstronność, do którego zadań należy opracowanie projektu procedury zgłoszeń wewnętrznych i jej aktualizacja, przyjmowanie zgłoszeń wewnętrznych i wydawanie potwierdzeń ich przyjęcia, podejmowanie działań następnych, włączając w to weryfikację zgłoszenia wewnętrznego i dalszą komunikację z sygnalistą, w tym występowanie o dodatkowe informacje i przekazywanie sygnaliście informacji zwrotnej oraz opracowanie informacji na temat dokonywania zgłoszeń zewnętrznych do Rzecznika Praw Obywatelskich albo organów publicznych oraz - w stosownych przypadkach - do instytucji, organów lub jednostek organizacyjnych Unii Europejskiej
 - 3) Wyznaczenie w ramach procedury zgłoszeń wewnętrznych Zespołu Doradczego, którego zadaniem jest wspieranie Pełnomocnika ds. ochrony sygnalistów w zbieraniu informacji oraz opracowaniu działań następnych i rekomendacji.

DZIAŁ V

Przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych

§ 70

W Centrum świadczenia zdrowotne udzielane są przez fachowych pracowników posiadających kwalifikacje wymagane dla określonych stanowisk oraz legitymujących się aktualnym zaświadczeniem lekarza medycyny pracy potwierdzającym zdolność do pracy.

§ 71

Centrum zapewnia przyjętemu pacjentowi:

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

§ 72

1. Centrum udziela świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych osobom ubezpieczonym oraz innym osobom uprawnionym do tych świadczeń na podstawie odrębnych przepisów nieodpłatnie, za częściową odpłatnością lub całkowitą odpłatnością.
2. Centrum udziela bezpłatnych świadczeń zdrowotnych pacjentom, których ubezpieczenie zdrowotne zostanie potwierdzone na podstawie i warunkach umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia oraz na podstawie decyzji administracyjnych, a także na zasadach określonych w przepisach odrębnych i umowach międzynarodowych.
3. Pacjentom, którzy nie dostarczą dowodu ubezpieczenia zdrowotnego w terminach ustawowych lub nie podpiszą oświadczenia „o przysługującym świadczeniobiorcy prawie do świadczeń opieki zdrowotnej”, świadczenia udzielane są odpłatnie.
4. Centrum udziela także odpłatnie świadczeń zdrowotnych na podstawie umów w zakresie świadczeń zdrowotnych nie objętych umową z Narodowym Funduszem Zdrowia.

§ 73

1. Proces udzielania świadczeń zdrowotnych za odpłatnością nie może zakłócać obsługi pacjentów, których świadczenia są finansowane ze środków publicznych.
2. Świadczenia te udzielane są zgodnie z przyjętymi procedurami i przez pracowników posiadających wymagane kwalifikacje.
3. Za udzielone odpłatne świadczenia zdrowotne, wystawiana jest faktura obejmująca koszty leczenia zgodnie z cennikiem obowiązującym w Centrum, wydawanym w formie zarządzenia Dyrektora Centrum, stanowiącym załącznik nr 3 do Regulaminu.
4. Cennik dostępny jest w miejscach określonych w art. 24 ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz:
 - 1) na ul. Milionowej 14 w: Dziale Statystyki i Dokumentacji Medycznej, Izbie Przyjęć, Rejestracji Pracowni Diagnostyki Obrazowej, Rejestracji Pacjentów;
 - 2) (skreślony);
 - 3) na ul. Leczniczej 6 w: Pracowni Rentgenodiagnostyki Ogólnej, Poradni Stomatologicznej, Punkcie Szczepień;
 - 4) na ul. Zarzewskiej 56/58 w: Punkcie Szczepień.
5. Opłata za świadczenia uiszczana jest w wyznaczonych punktach poboru gotówki określonych w Instrukcji Kasowej wprowadzonej zarządzeniem Dyrektora Centrum.

§ 74

1. Każdy pacjent zgłaszający się do Szpitala sam lub przywieziony transportem sanitarnym, powinien być niezwłocznie zbadany przez lekarza Szpitalnego Oddziału Ratunkowego.
2. Pracownicy Szpitalnego Oddziału Ratunkowego (SOR) oraz Izby Przyjęć (IP) nie mogą odmówić udzielenia pomocy medycznej osobie, która potrzebuje natychmiastowej interwencji lekarza lub pielęgniarki z uwagi na zagrożenie jej życia lub zdrowia.

§ 75

1. W przypadku pacjentów, którzy według lekarza SOR i IP bezwzględnie wymagają przyjęcia do konkretnego oddziału, zakładana jest przez sekretarkę medyczną lub pielęgniarkę dokumentacja medyczna. Lekarz SOR i IP powiadamia ordynatora/kierownika oddziału lub lekarza oddziałowego, że do jego oddziału przyjął pacjenta.
2. W przypadku wątpliwości diagnostycznych, lekarz Szpitalnego Oddziału Ratunkowego i Izby Przyjęć ma prawo do zasięgnięcia opinii innego lekarza z każdego oddziału szpitalnego/poradni specjalistycznej lub do zorganizowania konsylium lekarskiego.
3. Jeżeli lekarz Szpitalnego Oddziału Ratunkowego i Izby Przyjęć stwierdzi potrzebę niezwłocznego umieszczenia pacjenta w szpitalu, a brak miejsc, zakres udzielanych świadczeń przez szpital lub względy epidemiczne nie pozwalają na jego przyjęcie, pacjentowi udzielana jest niezbędna pomoc medyczna, a następnie przewożony jest do innego szpitala, po uprzednim uzgodnieniu miejsca.

§ 76

1. Na okoliczność czynności związanych z udzielonym świadczeniem zdrowotnym lekarz dokonuje odpowiedniego wpisu do dokumentacji medycznej.

2. Pracownicy SOR i Izby Przyjęć zobowiązani są do wpisywania w dokumentację medyczną pacjentów, numerów telefonów, adresów lub innych danych umożliwiających nawiązanie kontaktu z ich rodzinami lub wskazanymi osobami.
3. Pacjenci przyjmowani do szpitala powinni być legitymowani na podstawie dowodu tożsamości lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość.
4. W przypadku, jeśli w przedstawionym przez pacjenta dokumencie nie figuruje adres zamieszkania/zameldowania należy odebrać od niego stosowne oświadczenie.

§ 77

Personel oddziału szpitalnego zobowiązany jest do sprawdzania informacji, o których mowa w § 76, a w przypadku stwierdzenia ich braku do pozyskania wymaganych danych bezpośrednio od pacjenta i uzupełnienie ich.

§ 78

1. Świadczenia zdrowotne z zakresu badań diagnostycznych w tym medycznej diagnostyki laboratoryjnej są wykonywane na podstawie skierowań lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, felczera ubezpieczenia zdrowotnego, pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego lub położnej ubezpieczenia zdrowotnego z zastrzeżeniem art. 32a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
2. Planowe świadczenia zdrowotne z zakresu hospitalizacji udzielane na podstawie skierowania lekarza, lekarza dentysty lub felczera.
3. Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne udzielane są na podstawie skierowań lekarza ubezpieczenia zdrowotnego z zastrzeżeniem art. 57 ust. 1a i 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz procedurze obowiązującej w Centrum.
4. Świadczenia zdrowotne w stanach nagłych udzielane są bez wymaganego skierowania.

§ 79

Przy przyjmowaniu pacjenta w trybie planowym należy przestrzegać następujących zasad:

1. pacjent zgłaszający się do leczenia szpitalnego, powinien przedstawić skierowanie od lekarza leczącego, w którym będzie zawarta informacja o ustalonym lub przypuszczalnym rozpoznaniu, a także wyniki uprzednio wykonywanych badań pomocniczych;
2. pacjent zgłaszający się do leczenia szpitalnego, powinien przedstawić dokument potwierdzający tożsamość;
3. jeżeli w chwili zgłoszenia się chorego, oddział szpitalny nie posiada wolnych łóżek lub pacjent zostaje zdyskwalifikowany z leczenia szpitalnego z powodu wystąpienia dodatkowych problemów zdrowotnych, lekarz z danego oddziału sam lub w porozumieniu z ordynatorem/kierownikiem, ustala przybliżony termin przyjęcia pacjenta, którego następnie wpisuje w kolejkę oczekujących;
4. pacjentom nie zakwalifikowanym do leczenia szpitalnego, lekarz oddziału wpisuje odpowiednią adnotację na druku skierowania do szpitala. Chorzy ci są informowani przez lekarza o dalszym sposobie postępowania, a w miarę potrzeby otrzymują niezbędną pomoc doraźną.

§ 80

1. Do świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu hospitalizacji i świadczeń specjalistycznych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej w trybie planowym, prowadzona jest lista oczekujących zgodnie z zasadami określonymi w art. 20 – 24c ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
2. Zasady korzystania poza kolejnością ze świadczeń o których mowa w ust. 1 odbywają się zgodnie z art. 47c ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
3. Świadczenia zdrowotne w stanach nagłych udzielane są niezwłocznie.

§ 81

1. W trybie nagłym udzielane są świadczenia zdrowotne osobom znajdującym się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym.

2. Osoby wymagające realizacji świadczeń w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym podlegają segregacji medycznej i są przydzielane do jednej z pięciu kategorii zróżnicowanych pod względem pilności udzielania świadczeń zdrowotnych:
 - 1) kolor czerwony oznacza natychmiastowy kontakt z lekarzem,
 - 2) kolor pomarańczowy oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 10 minut;
 - 3) kolor żółty oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 60 minut;
 - 4) kolor zielony oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 120 minut;
 - 5) kolor niebieski oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 240 minut.
3. Osoby, które zostały przydzielone do kategorii pilności oznaczonej kolorem zielonym lub niebieskim mogą być na podstawie § 6 ust. 11 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego kierowane ze Szpitalnego Oddziału Ratunkowego do miejsc udzielania świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej:
 - 1) w dniach od poniedziałku do piątku od godziny 8.00 do 18.00 do lekarza POZ zadeklarowanego przez pacjenta;
 - 2) na dyżur Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej w dni powszednie pomiędzy godziną 18.00 a 8.00 rano dnia następnego; natomiast w soboty, niedziele i święta całodobowo.
4. W przypadku pacjentów zgłaszających się do SOR, co do których została podjęta decyzja o skierowaniu do leczenia w POZ lub Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej podstawowe dane dotyczące wywiadu oraz stanu pacjenta zostają umieszczone na karcie triage, którą podpisuje ratownik medyczny lub pielęgniarka systemu.
5. Kopię karty triage, o której mowa w ust. 4 otrzymuje pacjent z adnotacją o skierowaniu do miejsc udzielania świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.
6. W Księdze Główniej Szpitala oraz w Księdze Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w miejscu wypisu akt skierowania do miejsc udzielania świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.
7. Pacjentowi przysługuje prawo zażądania udzielenia świadczenia w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym mimo decyzji personelu medycznego o skierowaniu do miejsc udzielania świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. W takim przypadku pacjent zachowuje przydzieloną kategorię pilności i otrzymuje świadczenia na zasadach obowiązujących przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym.
8. Informację o nieprzyjęciu decyzji o skierowaniu do miejsc udzielania świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej umieszcza się w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta Szpitalnego Oddziału Ratunkowego.
9. Decyzja o dalszej hospitalizacji w innym niż Szpitalny Oddział Ratunkowy oddziale, o której mowa w § 13 ust. 1 pkt. 1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego podejmowana jest – po zakończeniu procesu terapeutycznego w SOR – jednak nie później niż 72 godziny od zgłoszenia się pacjenta do SOR.
10. Decyzja o odmowie hospitalizacji o której mowa w § 13 ust. 1 pkt. 1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego podejmowana jest przez lekarza prowadzącego niezwłocznie po stwierdzeniu braku wskazań do dalszej hospitalizacji.
11. Za przebieg wstępnego procesu diagnostyczno–lecniczego oraz decyzje o przyjęciu lub odmowie przyjęcia do Szpitala pacjentów, zgłaszających się do Izby Przyjęć odpowiadają lekarze Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, z zastrzeżeniem ust. 4. Na SOR może być zatrudniony, inny niż lekarze SOR, personel lekarski, którego zadaniem jest udzielanie konsultacji lub obsługa pacjentów zgłaszających się ze skierowaniem.

§ 82

Jeżeli w Izbie Przyjęć znajdzie się pacjent chory na chorobę zakaźną należy postępować zgodnie z przepisami ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi oraz odpowiednimi procedurami wewnętrznymi. Pacjent taki powinien być przebadany w izolacie. Każdy

przypadek należy zgłosić do Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych oraz odnotować w rejestrze zgłoszeń zachorowania (podejrzenia zachorowania) na chorobę zakaźną.

§ 83

W razie zgłoszenia się/dostarczenia do Centrum pacjenta chorego psychicznie, wymagającego leczenia w zakładzie psychiatrycznym, lekarz dyżurny zobowiązany jest porozumieć się z lekarzem Izby Przyjęć Centrum psychiatrycznego, celem umieszczenia chorego w oddziale chorób psychiatrycznych uwzględniając zasady postępowania określone w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego.

§ 84

Jeżeli lekarz podczas badania chorego podejrzewa, że uszkodzenia ciała lub zaburzenia czynności pacjenta mogły powstać w związku z udziałem osób trzecich i zachodzi podejrzenie popełnienia jednego z przestępstw wymienionych w art. 240 § 1 Kodeksu karnego lub przestępstwa ściganego z urzędu w mającego związek z przemocą domową – jest on zobowiązany do natychmiastowego powiadomienia o tym fakcie, za pośrednictwem Działu Organizacyjno-Prawnego, Prokuratury Rejonowej Łódź-Widzew i Komendy Miejskiej Policji w Łodzi – VI Komisariat jako miejscowo właściwych. W sprawach wątpliwych każdy lekarz jest uprawniony do zasięgnięcia stosownej opinii Działu Organizacyjno-Prawnego.

§ 85

1. Jeżeli osoba zakwalifikowana do przyjęcia nie wyrazi zgody na hospitalizację, musi być poinformowana przez lekarza o możliwych następstwach nie podjęcia leczenia szpitalnego.
2. Osoba ta składa na okoliczność odmowy hospitalizacji pisemne oświadczenie, a w przypadku odmowy złożenia takiego oświadczenia lub niemożności jego napisania z różnych przyczyn lekarz, w obecności innej osoby sporządza na ten temat adnotację w dokumentacji medycznej i ją podpisuje.

§ 86

1. Postępowanie z pacjentem zaniedbanym higienicznie odbywa się zgodnie z procedurą ZSZ Umh.30XV.
2. Nadzór nad procesem obsługi pacjenta w SOR, a w szczególności nad zabiegami sanitarno-higienicznymi sprawuje pielęgniarka oddziałowa lub starsza pielęgniarka dyżuru, a w przypadku pacjentów w stanie ciężkim – lekarz Szpitalnego Oddziału Ratunkowego i Izby Przyjęć.
3. W zależności od stanu zdrowia pacjenta, lekarz Izby Przyjęć może odstąpić od niektórych czynności sanitarno-higienicznych w stosunku do przyjmowanego pacjenta.

§ 87

1. W razie pogorszenia się stanu zdrowia pacjenta, powodującego zagrożenie życia lub w razie jego śmierci, lekarz Oddziału zobowiązany jest niezwłocznie zawiadomić wskazaną przez pacjenta osobę, instytucję lub przedstawiciela ustawowego.
2. W przypadku gwałtownego pogorszenia się stanu zdrowia osoby hospitalizowanej, gdy wymagana jest pomoc medyczna przekraczająca możliwości jednostki lekarz oddziałowy ma obowiązek zamówić pilną konsultację lekarza specjalisty zgodnie z podpisaną umową lub przy braku takiej możliwości z placówki medycznej dysponującej właściwym specjalistą. Jeśli pacjent wymaga pilnego przeniesienia do placówki medycznej, która świadczy usługi, których pacjent wymaga lekarz oddziałowy kontaktuje się z lekarzem oddziału właściwego i po uzyskaniu potwierdzeniu przyjęcia pacjenta przygotowuje kartę informacyjną, wypełnia ją wraz ze zleceniem na przewóz. Zlecenie pracownik oddziału przekazuje do Izby Przyjęć, skąd sekretarka medyczna/pielęgniarka zamawiają przewóz, a po jego przybyciu powiadamiają niezwłocznie oddział macierzysty dla pacjenta.

§ 88

1. Pacjent, którego stan zdrowia nie wymaga dalszego udzielania świadczeń szpitalnych albo całodobowych i stacjonarnych świadczeń zdrowotnych innych niż szpitalne, lub osoba, na której w

stosunku do pacjenta ciąży ustawowy obowiązek alimentacyjny, ponoszą koszty pobytu pacjenta, począwszy dnia zakończenia leczenia wskazanego przez ordynatora/kierownika oddziału lub upoważnionego do tego lekarza, niezależnie od uprawnień do bezpłatnego korzystania ze świadczeń zdrowotnych określonych w odrębnych przepisach.

2. Zasady dotyczące dokumentowania i rozliczania takiego pobytu określa procedura wewnętrzna wprowadzona przez Dyrektora Centrum.
3. Dzień naliczania kosztów, o których mowa w ust. 1 oznacza się jako pierwszy dzień po dniu wypisania pacjenta ze szpitala.

§ 89

1. Wypisanie pacjenta ze szpitala, następuje gdy:
 - 1) stan zdrowia nie wymaga dalszego udzielania stacjonarnych świadczeń zdrowotnych,
 - 2) żąda tego osoba przebywająca w szpitalu lub jej przedstawiciel ustawowy,
 - 3) osoba przebywająca w szpitalu w sposób rażąco narusza Regulamin Organizacyjny, co zostało wcześniej w dowolny sposób udokumentowane, a nie zachodzi obawa, że odmowa lub zaprzestanie udzielania świadczeń może spowodować bezpośrednie niebezpieczeństwo dla jej życia lub zdrowia albo życia lub zdrowia innych osób.
2. Wypisanie pacjenta, poza szczególnymi sytuacjami, powinno odbyć się do godz.12⁰⁰. Za terminowość wypisów pacjentów odpowiada kierownik/ordynator oddziału.

§ 90

1. Osoba występująca o wypisanie ze szpitala na własne żądanie informowana jest przez lekarza o możliwych następstwach zaprzestania leczenia.
2. Osoba ta składa pisemne oświadczenie o wypisaniu ze szpitala na własne żądanie. W przypadku braku takiego oświadczenia lekarz sporządza adnotację w dokumentacji medycznej.

§ 91

Obsługa pacjenta w Izbie Przyjęć przebiega zgodnie z procedurą UMh01. Obsługa pacjenta przyjmowanego do szpitala, stanowiącą dokument Zintegrowanego Systemu Zarządzania, której treść w formie papierowej dostępna jest w Dziale Zarządzania Jakością, a w formie elektronicznej na portalu intranetowym „Aktualności”.

§ 92

1. Za właściwe, zgodne z przeznaczeniem, z zachowaniem należytej staranności i zasad bezpieczeństwa użytkowanie aparatury medycznej odpowiadają kierownicy komórek organizacyjnych lub inne wyznaczone przez nich osoby
2. Za stan techniczny, przeglądy okresowe i gwarancyjne oraz naprawy odpowiada wyznaczony pracownik Sekcji sprzętu medycznego.

§ 93

Do zadań lekarzy szpitalnych oraz pielęgniarek oddziałów szpitalnych (zgodnie z obowiązującymi przepisami, standardami wewnątrzszpitalnymi, przyjętym porządkiem i organizacją pracy) należy:

1. staranne i systematyczne prowadzenie oraz w prawidłowy sposób zabezpieczanie dokumentacji medycznej (lekarskiej i pielęgniarskiej),
2. codzienne informowanie Izby Przyjęć/SOR o ilości wolnych łóżek w oddziale,
3. podnoszenie rangi oddziału poprzez przestrzeganie zasad etyki zawodowej, deontologii, praw pacjenta oraz właściwe kształtowanie stosunków międzyludzkich,
4. przestrzeganie tajemnicy służbowej i zawodowej,
5. udzielanie informacji o stanie zdrowia pacjenta zgodnie z przyjętymi zasadami i sposób dozwolony przepisami prawa,

6. współdziałanie z innymi oddziałami, komórkami organizacyjnymi i Pracownikiem Socjalnym, w zakresie przepływu informacji i świadczeń konsultacyjnych, a także spraw bytowych i socjalnych hospitalizowanych pacjentów,
7. ochrona danych osobowych pacjentów zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

§ 94

1. Dla zagwarantowania sprawnego i efektywnego funkcjonowania Centrum poszczególne komórki organizacyjne ściśle współpracują ze sobą, w szczególności w zakresie:
 - 1) wykonywania badań diagnostycznych poza komórką macierzystą,
 - 2) konsultacji lekarzy innych specjalności,
 - 3) usprawniania pacjentów w innych Oddziałach niż Rehabilitacyjny i Rehabilitacji Neurologicznej
 - 4) zaangażowania anestezjologów poza Oddziałem Anestezjologii i Intensywnej Terapii, a w szczególności na Bloku Operacyjnym, w przypadkach prowadzenia reanimacji i kwalifikacji pacjentów do zabiegów operacyjnych oraz nadzoru nad salą pozbudzeniową
 - 5) zaopatrywania Centrum w aparaturę, sprzęt medyczny, leki i inne materiały,
 - 6) serwisu oprogramowania i sprzętu medycznego,
 - 7) obsługi prawnej,
 - 8) obsługi szkoleń,
 - 9) obsługi finansowo-księgowej, szczególnie dotyczącej inwentaryzacji i obiegu dokumentacji finansowej.
2. Szczegółowe zasady ww. współdziałania komórek Centrum określają procedury wewnętrzne oraz zarządzenia Dyrektora Centrum.

§ 95

1. W celu zapewnienia pełnej dostępności do badań i usług medycznych, których nie wykonuje się lub wykonuje w ograniczonym zakresie w Centrum, zawierane są z innymi świadczeniodawcami umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych, zgodnie z ustawą o działalności leczniczej.
2. W powyższym trybie Centrum zawiera umowy na:
 - 1) Badania diagnostyczne
 - a) podstawą ich wykonania jest pisemne skierowanie wystawione przez Centrum na aktualnie obowiązującym druku skierowania zawierające imię, nazwisko, PESEL osoby skierowanej oraz nazwę, adres, NIP, REGON, nr umowy z NFZ oraz imię, nazwisko, numer prawa wykonywania zawodu i podpis lekarza kierującego oraz datę wystawienia skierowania,
 - b) zlecone badanie planowe wykonywane jest w terminie zgodnym z zapisami umowy, a badanie pilne, w miarę możliwości, niezwłocznie po zgłoszeniu,
 - c) wynik badania wydawany jest niezwłocznie po jego sporządzeniu, nie później jednak niż w terminie określonym w umowie,
 - d) badania wykonywane są w siedzibie podmiotu wykonującego badanie lub w siedzibie Centrum po uprzednim telefonicznym uzgodnieniu terminu badania,
 - e) koszt transport chorych na badanie i z powrotem pokrywa Centrum,
 - f) płatność za badania odbywa się na podstawie wystawionej faktury za każdy miesiąc kalendarzowy.
 - 2) Konsultacje lekarskie
 - a) podstawą do wykonania konsultacji lekarskich jest pisemne skierowanie wystawione przez Centrum na aktualnie obowiązującym druku skierowania zawierające imię, nazwisko, PESEL pacjenta, nazwę i stempel komórki organizacyjnej oraz podpis i pieczęć imienną lekarza,
 - b) konsultacje w trybie planowym udzielane są w terminie do 3 dni po zgłoszeniu, a konsultacje w trybie pilnym – w miarę możliwości, niezwłocznie po zgłoszeniu,
 - c) konsultacje wykonywane są w wyznaczonych godzinach w siedzibie Centrum lub w siedzibie udzielającego konsultacji,
 - d) płatność za konsultacje odbywa się na podstawie wystawionej faktury za każdy miesiąc kalendarzowy.
 - 3) Opiekę lekarską i pielęgnarską
 - a) personel lekarski i pielęgnarski wykonujący świadczenia zdrowotne w zakresie opieki medycznej pacjentów, zgodnie ze złożonym zamówieniem Centrum, musi posiadać aktualne prawo wykonywania zawodu i wykształcenie stosownie do rodzaju/zakresu świadczonych usług,

- b) udzielanie świadczeń odbywa się wg miesięcznego harmonogramu pracy ustalanego przez Centrum,
 - c) miejscem udzielania świadczeń jest siedziba Centrum,
 - d) po zakończeniu każdego miesiąca kalendarzowego, Centrum przedkłada podmiotowi, kierującemu personel medyczny rozliczenie dotyczące liczby godzin, w czasie których świadczone były usługi zdrowotne przez zamówiony personel medyczny, na podstawie którego wystawiana jest faktura.
- 4) Diagnostykę laboratoryjną
- a) badania laboratoryjne dla pacjentów hospitalizowanych i objętych specjalistyczną opieką ambulatoryjną zlecane są na uzgodnionych drukach z uwzględnieniem imienia, nazwiska oraz numeru PESEL pacjenta, nazwy komórki organizacyjnej Centrum, rodzaju zleconych badań, godziny pobrania materiału do badań, podpisu i pieczętki imiennej lekarza zlecającego badania,
 - b) materiał do badań planowych odbierany jest przez podmiot wykonujący badania laboratoryjne do godz. 10⁰⁰ oraz z ciągu całej doby w przypadku badań zleconych „na cito”,
 - c) wyniki badań analitycznych udostępnione są w sieci wewnętrznej Centrum oraz wydawane są w formie papierowej, nie później niż określono to w umowie i posegregowane zgodnie ze zlecającymi komórkami,
 - d) wyniki badań mikrobiologicznych dostarczane są w dwóch egzemplarzach – jeden dla komórki zlecającej, a drugi dla Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych,
 - e) za wykonane badania podmiot wykonujący otrzymuje wynagrodzenie zależne od ilości wykonanych badań.
- 5) Badania histopatologiczne
- a) pobieranie materiału do badania odbywa się zgodnie z obowiązującymi standardami i wytycznymi,
 - b) materiał do badań jest odbierany przez zleceniobiorcę codziennie przez całą dobę w siedzibie Centrum w wyznaczonym do tego miejscu,
 - c) wyniki badań wydawane są w określonych godzinach i miejscu,
 - d) zleceniobiorca otrzymuje wynagrodzenie zależne od ilości wykonanych badań.
- 6) Transport sanitarny
- a) należy jest pacjentom zgodnie z ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz przyjętą przez Dyrektora Centrum procedurą wewnątrzzpitalną,
 - b) bezpłatny transport sanitarny do domu lub innego miejsca stałego pobytu przysługuje pacjentom posiadającym dysfunkcję narządu ruchu. W innych przypadkach, zgodnych z przepisami prawa, transport odbywa się za częściową lub całkowitą odpłatnością.
 - c) transport sanitarny do domu lub innego miejsca stałego pobytu (np. ZOL, DPS) jest realizowany do godziny 14³⁰. Z transportu sanitarnego nie może korzystać, wraz z pacjentem, jego rodzina/opiekunowie.
 - d) w przypadkach określonych w ustawie o działalności leczniczej transport sanitarny może odbywać się na koszt gminy.
 - e) wysokość opłat za transport sanitarny określona jest w cenniku wprowadzonym zarządzeniem Dyrektora Centrum.
3. Centrum udostępnia podmiotom wykonującym działalność leczniczą dokumentację medyczną pacjentów, jeżeli dokumentacja ta jest niezbędna do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych.

DZIAŁ VI

Dokumentacja medyczna

§ 96

1. Centrum prowadzi dokumentację medyczną osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych, zapewnia ochronę danych zawartych w dokumentacji i udostępnia ją zgodnie z art. 26 – 28 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz przepisami wykonawczymi.
2. Wysokość opłat (cennik) za udostępnianie dokumentacji medycznej określona jest w zarządzeniu Dyrektora Centrum, wydanym zgodnie z art. 28 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. Opłat nie stosuje się w przypadku pierwszego udostępnienia kopii dokumentacji medycznej wydanej na podstawie Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne

rozporządzenie o ochronie danych) oraz innych przypadkach określonych w art. 28 z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta.

3. Cennik powyższych opłat jest dostępny w wyznaczonych miejscach wymienionych w § 73 ust. 4.
4. Kserokopia dokumentacji medycznej wydawana jest bez zbędnej zwłoki.
5. Dokumentacja prowadzona w postaci papierowej na żądanie pacjenta lub innych uprawnionych organów lub podmiotów może być udostępniona przez sporządzenie kopii w formie odwzorowania cyfrowego (skanu) i przekazana:
 - 1) za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej,
 - 2) na informatycznym nośniku danych.

§ 97

1. Dokumentacja medyczna przechowywana jest zgodnie z art. 29 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
2. Dokumentacji pacjentów, którym przetaczano krew lub składniki krwi, która jest przechowywana przez okres 30 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano przetoczenia.

DZIAŁ VII

Postępowanie w przypadku śmierci pacjenta

§ 98

1. W razie śmierci pacjenta w Miejskim Centrum Medycznym im. dr. Karola Jonschera, Centrum ma obowiązek należycie przygotować jego zwłoki, w celu ich wydania osobom upoważnionym do pochówku.
2. Centrum ma obowiązek przechowywać zwłoki nie dłużej niż 72 godziny, licząc od godziny, w której nastąpiła śmierć.

§ 99

1. Pracownik medyczny, który jako pierwszy podejrzewa, że pacjent nie żyje zawiadamia o tym fakcie lekarza leczącego lub lekarza dyżurnego.
2. Lekarz, o którym mowa w ust. 1, po przeprowadzeniu oględzin, stwierdza zgon i jego przyczynę oraz wystawia kartę zgonu.
3. Jeżeli istnieje możliwość pobrania ze zwłok, organów do przeszczepu, przy braku złożonego przez pacjenta za życia sprzeciwu, personel Centrum niezwłocznie podejmuje czynności zmierzające do ustalenia czy potencjalny dawca może stać się dawcą rzeczywistym i wdraża przyjęte w tym zakresie, zgodne z przepisami procedury oraz zawiadamia koordynatora ds. przeszczepów.
4. W przypadkach określonych w § 107 stwierdzenie przyczyny zgonu następuje po przeprowadzeniu sekcji zwłok.
5. Lekarz stwierdzający zgon pacjenta zobowiązany jest do:
 - 1) powiadomienia telefonicznego rodziny lub osób opiekujących się pacjentem o jego zgonie,
 - 2) sporządzenia notatki w historii choroby pacjenta, w której zawarte zostaną informacje wskazujące godzinę przeprowadzonej rozmowy i dane personalne osoby odbierającej/przyjmującej informację o zgonie.

§ 100

1. W przypadku braku kontaktu telefonicznego z rodziną/osobą podaną do kontaktu zmarłego, pracownik Działu Statystyki i Dokumentacji Medycznej, a w godzinach od 15⁰⁵ do 7³⁰ w dni powszednie, soboty oraz dni ustawowo wolne od pracy upoważnieni pracownicy Izby Przyjęć podejmują próby dostarczenia informacji o zgonie za pomocą innych, znanych kanałów komunikacji, których dane zostały pozostawione przez zmarłego lub jego rodzinę (telefon, e-mail, SMS, komunikatory).
2. Jeśli zgon następuje w sobotę, niedzielę oraz inne święto, a próba określona w ust. 1 nie odniosła skutku, próba kontaktu z wykorzystaniem innych kanałów jest podejmowana przez pracowników Działu Statystyki i Dokumentacji Medycznej Centrum w godzinach rannych w pierwszy dzień roboczy następujący po zgonie.
3. W przypadku zgonu pacjenta poza oddziałem, zwłoki należy natychmiast przewieźć do komórki organizacyjnej, w której przebywał pacjent przed zgonem.

§ 101

1. Po stwierdzeniu zgonu przez lekarza, pielęgniarka wypełnia kartę skierowania zwłok do chłodni oraz zakłada na przegub dłoni albo stopy osoby zmarłej identyfikator wykonany z tasiemki, płótna lub tworzywa sztucznego.
2. Karta skierowania zwłok do chłodni zawiera:
 - 1) imię i nazwisko osoby zmarłej,
 - 2) PESEL osoby zmarłej, a w przypadku braku numeru PESEL – serię i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość,
 - 3) datę i godzinę zgonu,
 - 4) godzinę przyjęcia zwłok osoby zmarłej do chłodni,
 - 5) imię, nazwisko i podpis pielęgniarki wypełniającej kartę.
3. Identyfikator, o którym mowa w ust.1, zawiera:
 - 1) imię i nazwisko osoby zmarłej,
 - 2) PESEL osoby zmarłej, a w przypadku braku numeru PESEL - serię i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość,
 - 3) datę i godzinę zgonu.
4. Zwłoki umieszcza się w pokrowcu opisanym imieniem i nazwiskiem chorego oraz nazwą oddziału, w którym był hospitalizowany, zgodnie z zobowiązującą procedurą. W okresie epidemii postępowanie ze zwłokami określa odrębna procedura UM.09

§ 102

Jeżeli nie jest możliwe ustalenie tożsamości osoby zmarłej, w karcie skierowania do chłodni oraz na identyfikatorze, o którym mowa wyżej dokonuje się oznaczenia „NN” z podaniem przyczyny i okoliczności umożliwiających ustalenie tożsamości.

§ 103

1. Po upływie dwóch godzin od stwierdzenia przez lekarza zgonu pacjenta, pielęgniarka oddziału, w której nastąpił zgon informuje pracownika Izby Przyjęć o konieczności powiadomienia firmy, z którą Centrum ma podpisaną umowę w tym zakresie, aby odebrała zwłoki.
2. Pracownik Izby Przyjęć niezwłocznie powiada firmę o konieczności przewiezienia zwłok do chłodni. Numer telefonu do ww. firmy (czynny całą dobę) winien być wywieszony na tablicy ogłoszeń w Izbie Przyjęć.
3. W okresie pomiędzy stwierdzeniem zgonu a przewiezieniem do chłodni, zwłoki osoby zmarłej są przechowywane w miejscu do tego wyznaczonym, z zachowaniem godności należnej zmarłemu.
4. Wydanie/przyjęcie zwłok następuje na podstawie skierowania, które jest wypełniane w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach. Jeden egzemplarz przekazywany jest odbierającemu zwłoki do chłodni, a drugi dołączany do dokumentacji medycznej pacjenta i pozostaje w Centrum.

§ 104

1. Pełna, zakończona dokumentacja medyczna osoby zmarłej, wraz z oświadczeniem stwierdzającym potrzebę wykonania lub odstąpienia od wykonania sekcji zwłok, powinna być dostarczona do Działu Statystyki i Dokumentacji Medycznej nie później niż do godziny 9⁰⁰ dnia następnego po zgonie pacjenta.
2. Pracownik Działu Statystyki i Dokumentacji Medycznej, ma obowiązek:
 - 1) wydać kartę zgonu osobie upoważnionej,
 - 2) powiadomić osobę odbierającą kartę zgonu o miejscu i terminie przechowywania zwłok oraz możliwości wyboru organizatora pochówku,
 - 3) wydać pełną dokumentację medyczną osoby zmarłej zakwalifikowanej do sekcji – osobie upoważnionej do jej odbioru przez zakład przechowujący zwłoki.

§ 105

1. Osoba wskazana przez zakład przechowujący zwłoki jest zobowiązana do umycia osoby zmarłej, ubrania jej i wydania osobie uprawnionej do ich pochowania w stanie zapewniającym zachowanie godności należnej osobie zmarłej.
2. Czynności wymienione w ust.1 nie stanowią przygotowania zwłok osoby zmarłej do pochowania.
3. Za czynności wymienione w ust. 1 nie pobiera się opłat.

§ 106

Za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny pobiera się opłaty od osób lub instytucji uprawnionych do pochowania zwłok oraz od podmiotów, na zlecenie których przechowuje się zwłoki w związku z toczącym się postępowaniem karnym. Wysokość opłat określona jest wg cennika firmy przechowującej zwłoki.

§ 107

W przypadku zgonu na chorobę zakaźną lub zgonu osoby zmarłej w czasie odbywania kary pozbawienia wolności mają dodatkowo zastosowanie przepisy szczególne.

§ 108

W przypadku zgonu chorego wskutek pobicia, wypadku, samobójstwa lub w przypadku podejrzenia udziału osób trzecich fakt ten jest zgłaszany do Prokuratury Rejonowej właściwej ze względu na miejsce zamieszkania zmarłej osoby lub miejsca zdarzenia. Do czasu podjęcia decyzji przez prokuratora nie wydaje się karty zgonu.

§ 109

1. Zwłoki osoby, która zmarła w Centrum, mogą być poddane sekcji, w szczególności, gdy zgon pacjenta nastąpił przed upływem 12 godzin od przyjęcia do Centrum, chyba że osoba ta za życia wyraziła sprzeciw lub uczynił to jej przedstawiciel ustawowy.
2. Sekcję zwłok dokonuje się zawsze w sytuacjach:
 - 1) określonych w Kodeksie postępowania karnego i Kodeksie karnym wykonawczym oraz aktach wykonawczych wydanych na ich podstawie,
 - 2) gdy przyczyny zgonu nie można ustalić w sposób jednoznaczny,
 - 3) określonych w przepisach o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.

§ 110

O dokonaniu lub zaniechaniu sekcji zwłok sporządza się adnotację w dokumentacji medycznej osoby, która zmarła w Centrum z odpowiednim uzasadnieniem i załącza oświadczenie woli osoby zmarłej lub jej przedstawiciela ustawowego.

§ 111

Dokonanie sekcji zwłok nie może nastąpić wcześniej niż po upływie 12 godzin od stwierdzenia zgonu, chyba że zachodzi potrzeba pobrania ze zwłok komórek, tkanek lub narządów. Wówczas Dyrektor Centrum, a jeżeli Dyrektor nie jest lekarzem, to upoważniony przez niego lekarz, może zadecydować o dokonaniu sekcji zwłok przed upływem 12 godzin, przy zachowaniu zasad i trybu przewidzianych w przepisach o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów.

DZIAŁ VIII **Prawa i obowiązki pacjentów**

§ 112

Pacjent ma prawo do:

- 1) świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej, a w sytuacji ograniczonych możliwości udzielenia odpowiednich świadczeń zdrowotnych - do przejrzyściej,

obiektywnej, opartej na kryteriach medycznych procedury ustalającej kolejność dostępu do tych świadczeń;

- 2) informacji o swoim stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu;
- 3) zgłaszania działań niepożądanych produktów leczniczych;
- 4) zachowania w tajemnicy przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym udzielające mu świadczeń zdrowotnych, informacji z nim związanych, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu medycznego;
- 5) wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych lub ich odmowy, po uzyskaniu odpowiedniej informacji (nie dotyczy świadczeń zdrowotnych, których udzielanie bez zgody pacjenta regulują odrębne przepisy);
- 6) poszanowania intymności i godności w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym prawo do umierania w spokoju i godności;
- 7) dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych;
- 8) zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza jeżeli opinia albo orzeczenie ma wpływ na prawa lub obowiązki pacjenta wynikające z przepisów prawa;
- 9) poszanowania życia prywatnego i rodzinnego, w tym do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z innymi osobami (także prawo do odmowy kontaktu z tymi osobami) oraz prawo do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej;
- 10) opieki duszpasterskiej;
- 11) przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie.

§ 113

1. Jeżeli koszty realizacji uprawnień wymienionych w § 112 pkt. 9 skutkują kosztami poniesionymi przez Centrum w rodzaju w stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne wówczas koszty te ponosi pacjent. Wysokość opłaty rekompensującej koszty, o których mowa wyżej ustala Dyrektor uwzględniając rzeczywiste koszty realizacji tych praw.
2. Koszty uprawnień pacjenta wymienionych w § 112 pkt. 11 ponosi Centrum, chyba że przepisy odrębne stanowią inaczej.

§ 114

Dyrektor Centrum lub upoważniony lekarz, może ograniczyć prawo pacjenta do kontaktu osobistego z osobami z zewnątrz, a także do sprawowania opieki przez osoby bliskie lub wskazane przez chorego w przypadku:

1. zagrożenia epidemiologicznego,
2. przebywania na terenie Centrum w stanie nietrzeźwym,
3. zakłócania pracy personelu i spokoju hospitalizowanym lub zachowania się w sposób obraźliwy dla otoczenia,
4. innych uzasadnionych przyczyn uniemożliwiających przebywanie osób z zewnątrz.

§ 115

W razie zawinionego naruszenia praw pacjenta:

1. sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 Kodeksu cywilnego.
2. do umierania w spokoju i godności, sąd może, na żądanie najbliższego członka rodziny, innego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego, zasądzić odpowiednią sumę pieniężną na wskazany przez nich cel społeczny na podstawie art. 448 Kodeksu cywilnego.

§ 116

Pacjent ma obowiązek przestrzegania zasad obowiązujących na terenie Centrum a w szczególności:

- 1) stosowania się do wskazówek i zaleceń lekarzy, pielęgniarek i innego personelu medycznego zarówno w zakresie świadczonych usług medycznych, zleconej diety jak i w sprawach organizacyjno-administracyjnych;

- 2) przekazywania pełnej informacji o swoim stanie zdrowia i przyjmowanych lekach personelowi medycznemu;
- 3) życzliwego i kulturalnego odnoszenia się do innych pacjentów oraz personelu Centrum, nie zakłócając pracy personelu medycznego i spokoju współpacjentów;
- 4) przebywania w wyznaczonych salach w porach obchodów lekarskich, zabiegów leczniczo-pielęgniacyjnych, w czasie wydawania posiłków i w nocy;
- 5) przestrzegania ciszy nocnej, która obowiązuje w godzinach 22⁰⁰–6⁰⁰;
- 6) zgłaszania każdorazowo pielęgniarce zamiaru opuszczenia oddziału;
- 7) stosowania się do przepisów o bezpieczeństwie, higienie i zagrożeniu pożarowym;
- 8) szanowania mienia Centrum;
- 9) utrzymywania ładu i porządku w miejscu pobytu;
- 10) przestrzegania zasad higieny osobistej;
- 11) przestrzegania zakazów: posiadania i używania narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych i innych podobnie działających, wnoszenia i spożywania napojów alkoholowych oraz palenia wyrobów tytoniowych (w tym papierosów i e-papierosów);
- 12) poinformowania personelu medycznego o przyjmowanych lekach; Centrum zapewni odpowiednie leki lub za zezwoleniem lekarza – ich zamienniki.

DZIAŁ IX

Funkcjonowanie elektronicznego systemu kolejkowego

§ 117

W Centrum funkcjonuje elektroniczny system zapisu, wypisu oraz monitoringu w ramach kolejek, funkcjonujący zgodnie z procedurą UM.14.

DZIAŁ X

Postanowienia końcowe

§ 118

1. W Centrum obowiązuje bezwzględny zakaz:
 - a. spożywania napojów alkoholowych (zgodnie z ustawą o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi);
 - b. wstępu osobom nietrzeźwym (zgodnie z ustawą o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi), z wyłączeniem sytuacji poszukują pomocy lekarskiej lub pielęgniarzkiej;
 - c. palenia wyrobów tytoniowych, w tym palenia nowatorskich wyrobów tytoniowych i palenia papierosów elektronicznych (zgodnie z ustawą o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych);
 - d. opuszczania przez pacjentów terenu Oddziału/Centrum bez wiedzy i zgody lekarza oddziału;
2. W przypadku naruszenia zakazów, o których mowa w ust. 1, personel medyczny powiadamia ochronę, a nadto, w przypadku naruszenia zakazów o których mowa w lit. a, b i c, powiadamia Policję, celem pociągnięcia sprawców do odpowiedzialności wykroczeniowej.

§ 119

W sprawach nieuregulowanych niniejszym regulaminem, mają zastosowanie ogólnie obowiązujące przepisy prawa w zakresie dotyczącym funkcjonowania Centrum oraz wydane zarządzenia Dyrektora Centrum.

Załączniki:

Załącznik nr 1 – Schemat organizacyjny

Załącznik nr 2 – Regulamin Pracy i Wynagradzania

Załącznik nr 3 – Cennik obowiązujący w MCM

Załącznik nr 4 – Cennik sterylizatorów obowiązujący w MCM

.....
Podpis Dyrektora Centrum