



REGULAMIN ORGANIZACYJNY

WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO
IM. ŚW. RAFAŁA W CZERWONEJ GÓRZE

Wydanie: 8

Obowiązuje od dnia: 2025-04-01

Strona 2 z 44

Spis treści

Rozdział I – Postanowienia ogólne.....	3
Rozdział II – Część organizacyjna.....	6
Cele i zadania Szpitala.....	6
Struktura organizacyjna Szpitala.....	7
Rodzaj prowadzonej działalności leczniczej oraz zakres i miejsce udzielania świadczeń.....	8
Ogólne zasady udzielania świadczeń.....	9
Rozdział III – Przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych.....	11
Udzielanie stacjonarnych świadczeń zdrowotnych.....	11
Przyjęcie do Szpitala.....	11
Proces diagnostyczno – leczniczo – pielęgnacyjny w oddziale.....	13
Wypisanie ze Szpitala.....	20
Udzielanie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych.....	21
Udzielanie świadczeń w pracowniach diagnostycznych.....	23
Organizacja i zadania komórek organizacyjnych szpitala.....	23
Zasady współdziałania z podmiotami zewnętrznymi w zakresie zapewnienia diagnostyki, leczenia, rehabilitacji i ciągłości postępowania.....	24
Rozdział IV – Usługi i świadczenia odpłatne.....	25
Rozdział V – Organizacja i sposób kierowania Szpitalem.....	26
Podstawowe zasady organizacyjne.....	26
Wydawanie wewnętrznych aktów normatywnych.....	26
Polityka informacyjna Szpitala.....	26
Udzielanie pełnomocnictw.....	27
Sporządzanie i podpisywanie pism.....	27
Nadzór nad majątkiem Szpitala.....	28
Stanowiska kierownicze.....	29
Zastępowanie pracowników na kierowniczych stanowiskach.....	29
Przyjmowanie i zdawanie funkcji kierowniczej.....	30
Kierowanie Szpitalem.....	30
Obowiązki i uprawnienia Dyrektora (D).....	31
Obowiązki i uprawnienia Zastępcy Dyrektora ds. Planów i Finansów (DF).....	32
Obowiązki i uprawnienia Zastępcy Dyrektora ds. Technicznych (DT).....	35
Obowiązki i uprawnienia Głównego Księgowego (DE).....	37
System Kontroli Zarządczej i Zarządzania ryzykiem.....	39
Koordinator Kontroli Zarządczej (DU).....	39
Obowiązki, uprawnienia i odpowiedzialność kierowników oddziałów i działów medycznych.....	40
Wspólne obowiązki, uprawnienia i odpowiedzialność osób zajmujących kierownicze stanowiska w szpitalu.....	42
Przepisy porządkowe.....	44
Postanowienia końcowe.....	44



Rozdział I – Postanowienia ogólne

§ 1

Niniejszy Regulamin Organizacyjny zwany dalej Regulaminem określa:

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

§ 2

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



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

§ 3

Użyte w niniejszym Regulaminie określenia oznaczają:

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



REGULAMIN ORGANIZACYJNY
WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO
IM. ŚW. RAFAŁA W CZERWONEJ GÓRZE

Wydanie: 8

Obowiązuje od dnia: 2025-04-01

Strona 5 z 44

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



Rozdział II – Część organizacyjna

Cele i zadania Szpitala

§ 4

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

§ 5

Do zadań Szpitala należy w szczególności:

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

§ 6

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



- 2.5. udostępnianiu sali konferencyjnej na prowadzenie szkoleń, konferencji, kursów innym jednostkom,
- 2.6. świadczeniu usług przechowywania zwłok,
- 2.7. organizowaniu płatnych miejsc postojowych dla pojazdów samochodowych oraz prowadzeniu i obsłudze płatnego parkingu,
- 2.8. prowadzeniu usług kserograficznych,
- 2.9. działalności gospodarczej prowadzonej w celu wykorzystania wolnego potencjału osobowego lub materialnego Szpitala.
3. Zyski z prowadzenia działalności gospodarczej będą w całości stanowiły dochód Szpital z przeznaczeniem na realizację działalności statutowej.

§ 7

W wykonaniu zadań Szpital współpracuje z:

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

Struktura organizacyjna Szpitala

§ 8

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



- 7.3. izba przyjęć,
- 7.4. blok operacyjny,
- 7.5. pracownie diagnostyczne,
- 7.6. poradnie specjalistyczne,
- 7.7. gabinety zabiegowe,
- 7.8. apteka szpitalna,
- 7.9. stanowiska jednoosobowe oraz inne komórki organizacyjne, merytorycznie związane z działalnością podstawową.
- 8. Komórki administracyjne, ekonomiczne i techniczne stanowią:
 - 8.1. działy
 - 8.2. sekcje
 - 8.3. samodzielne stanowiska pracy

§ 9

Struktura Szpitala składa się z czterech pionów organizacyjnych:

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

Rodzaj prowadzonej działalności leczniczej oraz zakres i miejsce udzielania świadczeń

§ 10

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



- b) w Wojewódzkiej Przychodni Specjalistycznej Szpitala w Czerwonej Górze, ul. Jagiellońska 72, 25-734 Kielce,
 - c) w Dziale Diagnostyki i Leczenia Zaburzeń Oddychania, ul. Czerwona Góra 10, 26-060 Chęciny,
 - d) w Dziale Rehabilitacji Medycznej, ul. Czerwona Góra 10, 26-060 Chęciny
 - e) w Dziale Badań Czynnościowych Układu Oddechowego ul. Czerwona Góra 10, 26-060 Chęciny,
 - f) w Dziale Diagnostyki Obrazowej, ul. Czerwona Góra 10, 26-060 Chęciny,
 - g) w Dziale Endoskopii, ul. Czerwona Góra 10, 26-060 Chęciny,
 - h) w Dziale Diagnostyki Laboratoryjnej, ul. Czerwona Góra 10, 26-060 Chęciny,
- 3.3. w zakresie wymienionym w ust. 1 pkt 1.1. lit. b) – ogółowi ludności – w Zakładzie Opiekuńczo – Leczniczym, ul. Czerwona Góra 10, 26-060 Chęciny.
4. Szpital może prowadzić działalność leczniczą w zakresie:
- 4.1. promocji zdrowia,
 - 4.2. realizacji zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, w tym wdrażaniem nowych technologii medycznych oraz metod leczenia.
5. Minister właściwy do spraw zdrowia, Wojewoda Świętokrzyski lub Województwo Świętokrzyskie może nałożyć na Szpital obowiązek wykonywania dodatkowego zadania, jeżeli jest to niezbędne ze względu na potrzeby systemu opieki zdrowotnej, a także w przypadku katastrofy, epidemii, klęski żywiołowej lub w celu wykonywania zobowiązań międzynarodowych.
6. Podmiot, o którym mowa w ust 5, zapewnia środki do wykonania takiego dodatkowego zadania, chyba że wykonanie takiego zadania następuje odpłatnie na podstawie umowy, a w razie poniesienia szkody przez Szpital przy jego wykonywaniu jest zobowiązany do jej naprawienia.
7. Szpital udziela świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych ubezpieczonym oraz innym osobom uprawnionym do tych świadczeń na podstawie odrębnych przepisów nieodpłatnie, za częściową odpłatnością lub całkowitą odpłatnością.
8. Szpital może zawierać umowy w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych z:
- 8.1. podmiotem leczniczym nie będącym przedsiębiorcą, w zakresie zadań określonych w statucie tego podmiotu,
 - 8.2. podmiotem wykonującym działalność leczniczą, lub osobą legitymującą się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub określonej dziedzinie medycyny.
9. Szpital zobowiązany jest do wykonywania zadań wynikających z ustawy o obronie Ojczyzny i ustaw w zakresie zarządzania kryzysowego.

Ogólne zasady udzielania świadczeń

§ 11

1. Świadczenia zdrowotne są udzielane przez Szpital pacjentom:
- 1.1. ubezpieczonym – na podstawie dokumentu potwierdzającego fakt opłacania składek,
 - 1.2. zgodnie z treścią zawartych umów pomiędzy Szpitalem a dysponentami środków finansowych – na podstawie dokumentów wynikających z treści tych umów,



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



Rozdział III – Przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych

Udzielanie stacjonarnych świadczeń zdrowotnych

§ 12

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

Przyjęcie do Szpitala

§ 13

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



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

§ 14

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

§ 15

1. Ubranie i przedmioty wartościowe będące w posiadaniu pacjenta w dniu przyjęcia do szpitala mogą być, na życzenie pacjenta umieszczone za potwierdzeniem w szpitalnym depozycie odzieży lub zabrane przez rodzinę pacjenta, opiekuna lub osobę upoważnioną.
2. Szpital nie ponosi odpowiedzialności za przedmioty wartościowe będące własnością pacjenta, jeżeli nie zostały oddane do depozytu.
3. Ubrania i przedmioty wartościowe pacjenta nieprzytomnego są spisywane komisyjnie w obecności dwóch pielęgniarek lub pielęgniarki i innego pracownika pełniącego dyżur w Izbie Przyjęć i przekazywane do depozytu szpitala.



REGULAMIN ORGANIZACYJNY

WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO
IM. ŚW. RAFAŁA W CZERWONEJ GÓRZE

Wydanie: 8

Obowiązuje od dnia: 2025-04-01

Strona 13 z 44

4. W przypadku przyjęcia pacjenta z wszawicą, świerzbem lub z podejrzeniem choroby zakaźnej pracownik Izby Przyjęć umieszcza odzież w worku foliowym, odpowiednio go oznacza i przekazuje do pralni. Po wypraniu ubranie przekazywane jest do depozytu ubrań.
5. W przypadku wystąpienia sytuacji, o której mowa w ust. 3, personel Izby Przyjęć przed przekazaniem pacjenta na oddział wykonuje niezbędne czynności higieniczne: kąpiel, dezynsekcję w przypadku stwierdzenia pasożytów/insektów, strzyżenie w przypadku znacznego zauszawienia.
6. W przypadku przyjęcia pacjenta z wypadku ubranie w stanie nienaruszonym jest przechowywane w depozycie ubrań i w razie potrzeby udostępniane w celu oględzin uprawnionym organom.
7. Zasady przyjmowania, przechowywania i wydawania ubrania i przedmiotów wartościowych pacjentowi reguluje przyjęta w Szpitalu procedura.

§ 16

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

Proces diagnostyczno – leczniczo – pielęgnacyjny w oddziale

§ 17

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

§ 18

1. Proces diagnostyczno – terapeutyczny pacjenta w oddziale prowadzi lekarz prowadzący wyznaczony przez Kierownika właściwego Oddziału.
2. Nazwisko i imię lekarza prowadzącego, Kierownik Oddziału odnotowuje na pierwszej stronie historii choroby pacjenta.
3. Nadzór nad przebiegiem procesu diagnostyczno - terapeutycznego sprawuje Kierownik Oddziału.
4. Planowany czas hospitalizacji jest ustalany indywidualnie dla każdego pacjenta przez lekarza prowadzącego i jest uzależniony od stanu ogólnego pacjenta oraz przyjętego planu opieki.



5. W przypadku hospitalizacji osób bezdomnych lub o nieustalonej tożsamości personel oddziału niezwłocznie zawiadamia Sekcję Statystyki i Archiwum, która wdraża odpowiednie procedury postępowania.

§ 19

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

§ 20

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

§ 21

1. Przekazywanie pacjentów kolejnym zmianom przez personel lekarski:
 - 1.1. w dni robocze:
 - 1.1.1. lekarz dyżurny przekazuje informacje na temat pacjentów w trakcie raportu lekarskiego, w którym uczestniczy kierownik oddziału (lub osoba go zastępująca) i zespół lekarzy oddziału;
 - 1.1.2. kierownik oddziału (lub osoba go zastępująca) oraz lekarze oddziału przed zakończeniem pracy przekazują lekarzowi dyżurnemu obejmującemu dyżur w danym dniu istotne uwagi dotyczące hospitalizowanych w oddziale pacjentów.
 - 1.2. w dni wolne od pracy informacja o pacjentach jest przekazywana przez lekarza kończącego dyżur lekarzowi rozpoczynającemu dyżur.
2. Raporty lekarskie prowadzone są w formie elektronicznej w systemie. Raport jest sporządzany, autoryzowany i podpisywany w systemie przez lekarza kończącego dyżur, a następnie przekazywany w formie ustnej Kierownikowi oddziału i pozostałym lekarzom oddziału (w dni robocze) lub lekarzowi rozpoczynającemu dyżur w danym dniu (w dni wolne od pracy). Raporty są dostępne dla wszystkich lekarzy oddziału w systemie AMMS.
3. Przekazywanie pacjentów kolejnym zmianom przez personel pielęgniarski pełniący dyżury 12 – sto godzinne odbywa się w trakcie raportów pielęgniarstwa - pielęgniarki kończące dyżur przekazują pielęgniarkom rozpoczynającym dyżur informacje na temat każdego pacjenta.
4. Odpowiedzialność za pacjentów zostaje przekazana z chwilą zakończenia raportu i przyjęcia dyżuru przez personel rozpoczynający dyżur.
5. W raportach lekarskich i pielęgniarstwa w formie elektronicznej znajduje się potwierdzenie sporządzenia raportu w postaci elektronicznego podpisu zawierającego imię, nazwisko oraz nr prawa wykonywania zawodu osoby zdającej dyżur.



6. Zakres informacji przekazywanej w trakcie raportów:
 - 6.1. stan ogólny pacjentów,
 - 6.2. informacje dotyczące pacjentów nowo przyjętych: liczba, ogólny stan zdrowia, rozpoznanie wstępne, choroby współistniejące, zabiegi i badania wykonane, istotne informacje uzyskane z wywiadu (np. alergie, stan psychiczny, wyznanie itp.),
 - 6.3. liczba wypisanych,
 - 6.4. zgony (liczba, okoliczności, podjęte działania, przekazanie informacji rodzinie itp.),
 - 6.5. liczba pacjentów w poszczególnych kategoriach opieki,
 - 6.6. informacje dotyczące pozostałych pacjentów: przypadki nagłego pogorszenia stanu zdrowia, wystąpienia zdarzenia niepożądanego (podjęte działania), zabiegi i badania wykonane w trakcie dyżuru, nieplanowane i planowane przetoczenia krwi, konieczność zastosowania przymusu bezpośredniego, pacjenci gorączkujący, z biegunką, z cewnikiem założonym do przestrzeni ZOP, inne istotne dla procesu leczenia i pielęgnowania zdarzenia,
 - 6.7. ważne informacje związane z funkcjonowaniem oddziału (np. liczba wolnych łóżek, stan używanej aparatury i sprzętu medycznego, awarie, stan leków itp.).

§ 22

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

§ 23

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



§ 24

1. Zlecane badania wykonywane są przez działy diagnostyczne, będące częścią struktury organizacyjnej szpitala lub w ramach konsultacji i badań w jednostkach zewnętrznych na podstawie zawartych umów.
2. Badania diagnostyczne wykonywane w szpitalu przeprowadzane są zgodnie z opracowanymi i wdrożonymi procedurami i instrukcjami obowiązującymi w pracowniach.
3. Szpital posiada całodobowy dostęp do badań diagnostycznych w zakresie analityki laboratoryjnej, badań: radiologicznych, kardiologicznych, endoskopowych.
4. Wszystkie badania diagnostyczne wykonywane są na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza kierującego.
5. Wyniki badań są wydawane wyłącznie osobom upoważnionym do ich odbioru.
6. Każdy wynik badania diagnostycznego jest datowany i autoryzowany przez osobę wykonującą badanie.

§ 25

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

§ 26

1. W przypadku zabiegu operacyjnego, inwazyjnych badań diagnostycznych oraz stosowania metod leczenia stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta wymagane jest uzyskanie pisemnej, świadomej zgody pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego w trybie § 25 ust. 2-5.



REGULAMIN ORGANIZACYJNY

WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO
IM. ŚW. RAFAŁA W CZERWONEJ GÓRZE

Wydanie: 8

Obowiązuje od dnia: 2025-04-01

Strona 17 z 44

2. Jeżeli czynności wymienione w ust. 1 wykonywane są w znieczuleniu, wymagana jest również pisemna zgoda pacjenta na znieczulenie.
3. Przed wyrażeniem pisemnej zgody na działania, o których mowa w ust.1 i 2, lekarz prowadzący/ dyżurny oraz odpowiednio lekarz anestezjolog, ma obowiązek udzielenia pacjentowi przystępnej i wyczerpującej informacji na temat proponowanej metody leczenia lub diagnostyki lub odpowiednio znieczulenia. Informacja powinna zawierać:
 - 3.1. cel i przebieg proponowanego postępowania,
 - 3.2. ewentualne, dające się przewidzieć powikłania,
 - 3.3. ewentualne następstwa zaniechania,
 - 3.4. możliwości zastosowania alternatywnych metod.
4. Jeżeli w trakcie wykonywania zabiegu operacyjnego albo stosowania metody leczniczej lub diagnostycznej wystąpią okoliczności zagrażające pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkim uszkodzeniem ciała lub ciężkim rozstrojem zdrowia, a nie ma możliwości niezwłocznego uzyskania zgody pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego, lekarz ma prawo, bez uzyskania zgody, zmienić zakres zabiegu bądź metody leczenia lub diagnostyki. W takim przypadku lekarz ma obowiązek, o ile jest to możliwe, zasięgnąć opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności.
5. O okolicznościach, o których mowa w ust. 4, lekarz dokonuje odpowiedniej adnotacji w dokumentacji medycznej oraz informuje pacjenta, przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego albo sąd opiekuńczy.
6. Proces planowania i przeprowadzania zabiegów operacyjnych na Bloku Operacyjnym określa obowiązująca w Szpitalu procedura.
7. W Szpitalu prowadzona jest okołooperacyjna karta kontrolna. Wpisy w okołooperacyjnej karcie kontrolnej są dokonywane przez koordynatora karty, którym jest lekarz anestezjolog znieczulający pacjenta. Koordynator karty, dokonuje wpisów w okołooperacyjnej karcie kontrolnej na podstawie informacji udzielanych przez członków zespołu operacyjnego, zgodnie z zakresem ich zadań podczas operacji.

§ 27

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

§ 28

1. Każdy pacjent przyjęty do Szpitala jest zapoznawany z kartą praw pacjenta, obowiązkami oraz regulaminem oddziału.
2. Prawa i obowiązki pacjenta są udostępniane w formie informacji umieszczonych na tablicach ogłoszeń oraz w formie broszury informacyjnej zawierającej obowiązki i wyciąg z karty praw pacjenta.



3. Każdy pacjent, członkowie jego rodziny oraz każda zainteresowana osoba ma prawo do składania skarg, wniosków, podziękowań.
4. Zasady postępowania ze skargą pacjenta określa obowiązująca w Szpitalu procedura.
5. Szczegółowe prawa i obowiązki pacjentów zawarte są w odrębnym dokumencie pn. „Prawa i Obowiązki Pacjenta”, stanowiącym załącznik nr 4 do niniejszego regulaminu.

§ 29

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

§ 30

1. Informacji na temat stanu zdrowia pacjenta oraz procesu leczenia udziela Kierownik Oddziału lub lekarz prowadzący, a w razie ich nieobecności oraz w stanach nagłych lekarz dyżurny.
2. Prawo do uzyskiwania informacji na temat zdrowia pacjenta posiada: pacjent, jego przedstawiciel ustawowy lub opiekun praktyczny lub osoba wskazana przez pacjenta, której dane zostały odnotowane w historii choroby.
3. Przekazywana informacja powinna być zrozumiała dla odbiorcy i powinna obejmować swoim zakresem informacje dotyczące: ogólnego stanu zdrowia, rozpoznania, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wyników leczenia oraz rokowania.



4. W sytuacjach wyjątkowych, jeżeli rokowanie jest niepomyślne dla pacjenta, lekarz może ograniczyć przekazywane informacje, jeżeli według oceny lekarza przemawia za tym dobro pacjenta. W takich przypadkach lekarz przekazuje pełną informację przedstawicielowi ustawowemu lub osobie upoważnionej przez pacjenta.
5. Jeżeli w przypadku, o którym mowa w ust. 4, pacjent zażąda pełnej informacji, lekarz ma obowiązek jej udzielenia.
6. Pacjentowi, który nie ukończył 16 lat, lekarz udziela informacji w zakresie i formie niezbędnej do prawidłowego przebiegu procesu diagnostyczno - terapeutycznego.
7. Lekarz nie ma obowiązku informowania kogokolwiek w tym pacjenta, jeżeli pacjent wyrazi taką wolę.
8. Informacji na temat stanu pacjenta w zakresie niezbędnym do prowadzenia procesu pielęgnowania, osobom wymienionym w ust. 2, udziela Pielęgniarka Koordynująca lub pielęgniarka dyżurna.
9. Informacje o stanie zdrowia pacjentów udzielane są zgodnie z „Wytycznymi dotyczącymi realizacji prawa do informacji przez osoby uprawnione na odległość”

§ 31

1. Prawo do odwiedzin realizowane jest za zgodą pacjenta, który może je ograniczyć lub wykluczyć dla konkretnych osób.
2. Odwiedziny pacjentów są możliwe codziennie. Sugerowane godziny odwiedzin to:
 - od 14:00 do 17:00 w dni powszednie,
 - od 10:00 do 18:00 w soboty, niedziele i święta,
 - od 16.00-18.00 – w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej TerapiiGodziny odwiedzin mogą się różnić w zależności od oddziału i jego specyfiki.
2. W wyjątkowych sytuacjach rodzina może odwiedzać pacjenta przez całą dobę, za zgodą Kierownika Oddziału lub lekarza dyżurnego.
3. W sali chorych u jednego pacjenta mogą przebywać jednocześnie 2 osoby odwiedzające.
4. W uzasadnionych przypadkach, na prośbę personelu, osoby odwiedzające zobowiązane są opuścić sale chorych.
5. Osoby odwiedzające powinny stosować się do obowiązujących w Szpitalu przepisów sanitarno-epidemiologicznych, przeciwpożarowych, porządkowych.
6. Osoby odwiedzające zobowiązane są do podporządkowania się poleceniom i wskazówkom personelu szpitalnego. W razie złamania zasad, które mogłyby zakłócić porządek, personel ma prawo ograniczyć możliwość odwiedzin dla osoby niestosującej się do reguł.
7. Zakaz odwiedzin dotyczy osób pod wpływem alkoholu lub narkotyków oraz wykazujących objawy chorób zakaźnych.
8. Osoby niepełnoletnie mogą odwiedzać pacjentów wyłącznie w obecności dorosłego, jednak ze względów epidemiologicznych odwiedziny dzieci są niewskazane.
9. W przypadku zagrożenia epidemiologicznego lub ze względu na warunki udzielania świadczeń innym osobom chorym w Szpitalu, Dyrektor może ograniczyć prawo pacjenta do kontaktu osobistego z osobami z zewnątrz, w tym do sprawowania dodatkowej opieki przez osoby bliskie lub inne osoby wskazane przez pacjenta.
10. Każda decyzja ograniczająca czas i zakres odwiedzin pacjentów w sytuacjach określonych w regulaminie zostaje wydana przez Kierownika Oddziału lub Dyrektora Szpitala i powinna być potwierdzona w formie pisemnej oraz powinna zawierać uzasadnienie



podjętej decyzji i przewidywany termin ograniczeń. Treść takiej decyzji zostaje przekazana personelowi szpitalnemu oraz pacjentom w formie pisemnej informacji.

§ 32

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

Wypisanie ze Szpitala

§ 33

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

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

§ 34

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

§ 35

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

§ 36

1. Każdy pacjent wypisany ze szpitala otrzymuje w dniu wypisu kartę informacyjną z leczenia szpitalnego, która zawiera:
 - 1.1. rozpoznanie choroby w języku polskim,



- 1.2. opis wyników badań diagnostycznych i konsultacji,
- 1.3. opis zastosowanego leczenia, a przypadku wykonania zabiegu lub operacji – datę wykonania,
- 1.4. wskazania dotyczące dalszego sposobu leczenia, żywienia, pielęgnowania lub trybu życia,
- 1.5. orzeczony przy wypisie okres czasowej niezdolności do pracy, a w miarę możliwości ocenę zdolności do wykonywania dotychczasowego zatrudnienia,
- 1.6. adnotacje o produktach leczniczych wraz z dawkowaniem i wyrobach medycznych w ilościach odpowiadających ilościom na receptach wystawionych pacjentowi,
- 1.7. terminy planowanych konsultacji, na które wystawiono skierowania.
2. Kartę informacyjną leczenia szpitalnego podpisuje Kierownik Oddziału lub lekarz przez niego upoważniony.
3. Dokumenty wypisowe wydaje w dniu wypisu sekretariat oddziału.

Udzielanie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych

§ 37

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

§ 38

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



5. Rejestracja do lekarzy specjalistów przyjmujących w poradniach odbywa się na podstawie zgłoszenia osobistego, telefonicznego, przez Internet oraz za pośrednictwem osoby trzeciej.
6. Przy dokonywaniu rejestracji uwzględnia się wyrażone przez pacjenta prawo do wyboru lekarza.
7. Jeżeli świadczenie nie może być wykonane w dniu rejestracji, pacjent zostaje wpisany (za jego zgodą) na listę oczekujących i otrzymuje pisemną lub ustną (rejestracja telefoniczna) informację o wyznaczonym terminie świadczenia z uzasadnieniem przyczyny wyboru tego terminu.
8. W przypadku wystąpienia okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili ustalania terminu świadczenia, a które uniemożliwiają zachowanie terminu wynikającego z listy oczekujących, poradnia ma obowiązek poinformowania pacjenta w każdy dostępny sposób o zmianie terminu wizyty z podaniem przyczyny.
9. Pacjent ma obowiązek niezwłocznego powiadomienia właściwej poradni w przypadku, gdy nie może zgłosić się w wyznaczonym terminie lub rezygnuje ze świadczenia.
10. Listy oczekujących na udzielenie świadczenia podlegają okresowej, co najmniej raz w miesiącu ocenie Zespołu ds. oceny przyjęć pacjentów.

§ 39

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

§ 40

1. Zadania lekarza specjalisty udzielającego świadczeń ambulatoryjnych:
 - 1.1. przyjęcie, diagnozowanie i leczenie pacjenta w przypadkach chorobowych wykraczających poza zakres kompetencji lekarza kierującego,
 - 1.2. udzielanie konsultacji, będącej przedmiotem prośby lekarza, który skierował pacjenta,
 - 1.3. przygotowanie pacjenta do planowanej diagnostyki lub przewidzianej formy leczenia, poinformowanie o wskazaniach, przeciwwskazaniach i istniejącym ryzyku zalecanego lub planowanego działania medycznego,
 - 1.4. wskazywanie pacjentowi, jego opiekunowi faktycznemu lub przedstawicielowi ustawowemu miejsca, w którym może być wykonana zlecona przez niego diagnostyka, leczenie lub konsultacja specjalistyczna,
 - 1.5. zalecanie lekarzowi kierującemu pacjenta efektywnych form diagnozowania i leczenia konkretnych przypadków chorobowych, m.in. poprzez ustalenie warunków wstępnych niezbędnych do realizacji konsultacji specjalistycznych, np. badań diagnostycznych, leżących w kompetencjach diagnostycznych lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej,



- 1.6. uzasadnianie ewentualnej przyczyny odmowy leczenia, także w formie pisemnej – na prośbę lub żądanie pacjenta,
 - 1.7. czytelne, staranne prowadzenie dokumentacji medycznej oraz wypisywanie recept, zgodnie z obowiązującymi przepisami,
 - 1.8. orzekanie o czasowej niezdolności do pracy pacjenta – zgodnie z obowiązującymi przepisami.
2. Lekarz specjalista nie powinien proponować pacjentom odpłatnych form diagnostycznych lub leczniczych, wiedząc, że pacjent może uzyskać je bezpłatnie, w ramach ubezpieczenia zdrowotnego.

Udzielanie świadczeń w pracowniach diagnostycznych

§ 41

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

§ 42

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

Organizacja i zadania komórek organizacyjnych szpitala

§ 43

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



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

§ 44

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



Rozdział IV – Usługi i świadczenia odpłatne

§ 45

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



Rozdział V – Organizacja i sposób kierowania Szpitalem

Podstawowe zasady organizacyjne

Wydawanie wewnętrznych aktów normatywnych

§ 46

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

Polityka informacyjna Szpitala

§ 47

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



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

Udzielanie pełnomocnictw

§ 48

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

Sporządzanie i podpisywanie pism

§ 49

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



REGULAMIN ORGANIZACYJNY

WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO
IM. ŚW. RAFAŁA W CZERWONEJ GÓRZE

Wydanie: 8

Obowiązuje od dnia: 2025-04-01

Strona 28 z 44

§ 50

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

Nadzór nad majątkiem Szpitala

§ 51

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



REGULAMIN ORGANIZACYJNY

WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO
IM. ŚW. RAFAŁA W CZERWONEJ GÓRZE

Wydanie: 8

Obowiązuje od dnia: 2025-04-01

Strona 29 z 44

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

Stanowiska kierownicze

§ 52

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

Zastępowanie pracowników na kierowniczych stanowiskach

§ 53

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



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

Przyjmowanie i zdawanie funkcji kierowniczej

§ 54

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

Kierowanie Szpitalem

§ 55

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



Obowiązki i uprawnienia Dyrektora (D)

§ 56

1. Zakres obowiązków Dyrektora obejmuje m. in:

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



- 1.24. Udzielanie urlopów wypoczynkowych i profilaktycznych pracownikom medycznym Szpitala oraz pracownikom komórek administracyjnych bezpośrednio podlegających zajmującym stanowiska kierownicze oraz koordynowanie urlopów i nadzór nad ich wykorzystaniem,
- 1.25. Nadzorowanie terminowego i prawidłowego prowadzenia sprawozdawczości medycznej, finansowej i innej wymaganej przepisami prawnymi oraz analizowanie materiałów sprawozdawczo – statystycznych,
- 1.26. Nadzór nad realizacją zaleceń jednostek nadrzędnych,
- 1.27. Przygotowywanie i przedkładanie do zatwierdzenia podmiotowi tworzącemu i Radzie Społecznej Szpitala:
 - 1.27.1. projektu statutu Szpitala oraz jego zmian,
 - 1.27.2. projektu regulaminu organizacyjnego i jego zmian,
 - 1.27.3. projektu podziału zysku,
 - 1.27.4. projektów programów rozwojowych Szpitala,
 - 1.27.5. corocznych sprawozdań rzeczowo-finansowych z działalności Szpitala,
- 1.28. Opracowywanie planu finansowego i inwestycyjnego,
- 1.29. Bieżący nadzór nad wykonywaniem zadań statutowych,
- 1.30. Dokonywanie bieżących i okresowych ocen działalności Szpitala,
- 1.31. Nadzór nad utrzymaniem i doskonaleniem Systemu Zarządzania Jakości,
- 1.32. Nadzór nad pracą działających w Szpitalu Zespołów, Komitetów, Komisji,
- 1.33. Sprawowanie nadzoru nad prowadzeniem i przechowywaniem dokumentacji medycznej oraz dokonywanie okresowych kontroli tej dokumentacji,
- 1.34. Nadzór merytoryczny w zakresie szkolenia i doskonalenia średniego i niższego personelu medycznego,
- 1.35. Nadzór nad funkcjonowaniem systemu informatycznego,
- 1.36. Nadzór nad kompleksową obsługą i utrzymaniem infrastruktury budowlanej, instalacyjnej i parku maszynowego.
2. Dyrektor podejmuje decyzje w sprawach nie uregulowanych niniejszym regulaminem.
3. Dyrektorowi podlegają wszystkie komórki organizacyjne, umieszczone w schemacie organizacyjnym Szpitala, stanowiącym załącznik nr 1 do regulaminu.
4. Wyszczególnione powyżej obowiązki oraz przyznane uprawnienia stanowią bezpośrednią podstawę do definiowania odpowiedzialności Dyrektora, jako równoznacznej z jego obowiązkami.

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

§ 57

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



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

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



REGULAMIN ORGANIZACYJNY
WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO
IM. ŚW. RAFAŁA W CZERWONEJ GÓRZE

Wydanie: 8

Obowiązuje od dnia: 2025-04-01

Strona 34 z 44

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

- 6.15. zapewnienia prawidłowego postępowania z odpadami medycznymi i komunalnymi oraz merytoryczny nadzór nad prawidłową gospodarką odpadami,
- 6.16. zapewnienia prawidłowej realizacji umów zawartych z firmami zewnętrznymi na usługi utrzymania czystości oraz pielęgnacji terenów zewnętrznych Szpitala. usługi telekomunikacyjne, dostawy sprzętu biurowego, odzieży roboczej oraz inne zawarte zgodnie z zakresem zadań realizowanych przez Sekcję Gospodarczą.
- 6.17. rozliczania transportu sanitarnego i przygotowywania analiz w tym zakresie,
- 6.18. prowadzenia depozytu odzieży pacjentów oraz punktu rotacji i ekspedycji bielizny,
- 6.19. prowadzenia gospodarki magazynowej

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

- 7.1. Organizację pracy i nadzór na sprawnym funkcjonowaniu wszystkich komórek organizacyjnych, podległych mu bezpośrednio
- 7.2. Organizację i nadzór nad prawidłowym funkcjonowaniem komunikacji wewnętrznej,
- 7.3. Ciągłe doskonalenie procesów realizowanych przez podległe komórki,
- 7.4. Nadzór nad prowadzeniem, przechowywaniem i archiwizowaniem dokumentów wytworzonych i przechowywanych w komórkach mu podległych.
- 7.5. Dokonywanie okresowych analiz dotyczących zatrudniania pracowników oraz udział w planowaniu zatrudnienia.
- 7.6. Koordynowanie procesu okresowych ocen pracowników.
- 7.7. Udział w opracowywaniu budżetów dla komórek organizacyjnych.
- 7.8. Udział w opracowywaniu planów finansowych, programów naprawczych.
- 7.9. Nadzór nad prowadzoną sprawozdawczością wymaganą przez organy nadrzędne.
- 7.10. Dokonywanie oceny celowości i prawidłowości wydatkowania środków finansowych Szpitala,
- 7.11. Udział w opracowywaniu planów inwestycyjno-remontowych i zakupów inwestycyjnych,
- 7.12. Udział w działających w Szpitalu Zespołach, Komisjach, Komitetach,
- 7.13. Współpraca z instytucjami zewnętrznymi w zakresie realizowanych zadań i udzielonego pełnomocnictwa.
- 7.14. Wykonywanie innych poleceń Dyrektora merytorycznie związanych z zajmowanym stanowiskiem.

8. Uprawnienia Zastępcy Dyrektora ds. Planów i Finansów:

- 8.1. Zarządzanie zasobami ludzkimi w podległych komórkach organizacyjnych,
- 8.2. Prawo dostępu do wszystkich dokumentów i informacji dotyczących działalności Szpitala, niezbędnych do prawidłowego sprawowania funkcji Zastępcy Dyrektora,
- 8.3. Udział w komisjach: przetargowych, inwentaryzacyjnych, kasacyjnych i innych w miarę potrzeby,
- 8.4. Prawo przebywania na terenie wszystkich obiektów i komórek organizacyjnych Szpitala z uwzględnieniem wymogów sanitarno - epidemiologicznych lub/i zasad bezpieczeństwa,



- 8.5. Reprezentowanie Szpitala na zewnątrz w sprawach związanych z realizowanymi zadaniami,
- 8.6. Wnioskowanie w sprawach awansowania, przeszerowywania, karania i oceny przydatności pracowników komórek mu podległych,
- 8.7. Udzielanie urlopów pracownikom zajmującym stanowiska kierownicze w komórkach mu podległych,
- 8.8. Przeprowadzanie kontroli podległych komórek organizacyjnych w zakresie realizacji określonych dla nich zadań,
- 8.9. Składanie oświadczeń woli w imieniu Szpitala, w granicach otrzymanego pełnomocnictwa,
- 8.10. Wydawanie poleceń wszystkim pracownikom w trakcie zastępowania Dyrektora.
9. Wyszczególnione powyżej obowiązki oraz przyznane uprawnienia stanowią bezpośrednią podstawę do definiowania odpowiedzialności pracownika, jako równoznacznej z jego obowiązkami

Obowiązki i uprawnienia Zastępcy Dyrektora ds. Technicznych (DT)

§ 58

1. Zastępca Dyrektora ds. Technicznych podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.
2. Zastępcy Dyrektora ds. Technicznych bezpośrednio podlegają komórki organizacyjne, określone w schemacie organizacyjnym stanowiącym załącznik nr 1 do niniejszego regulaminu.
3. Zastępca Dyrektora ds. Technicznych jest przełożonym wszystkich pracowników w komórkach administracyjnych podległych mu bezpośrednio, uprawnionym do podejmowania decyzji w sprawach osobowych, w granicach pełnomocnictwa udzielonego przez Dyrektora.
4. Zastępca Dyrektora ds. Technicznych realizuje nałożone zadania przy pomocy Kierowników/Koordynatorów lub w przypadku braku Kierownika/Koordynatora, przy pomocy wskazanych przez siebie pracowników podległych mu komórek organizacyjnych.
5. Zastępca Dyrektora ds. Technicznych zobowiązany jest do przestrzegania przepisów o tajemnicy służbowej oraz przepisów bhp i p. poż.
6. Zastępca Dyrektora ds. Technicznych sprawuje nadzór nad działalnością komórek administracyjno - organizacyjnych realizujących zadania w zakresie:
 - 6.1 opracowania i aktualizacji planów postępowań inwestycyjno – remontowych dla zadań rocznych i wieloletnich,
 - 6.2 udział merytoryczny pod kątem technicznym w opracowaniu analiz potrzeb i wymagań, uwzględniający rodzaj, zakres i wartość zamówienia oraz wskazujący m.in. przewidywany tryb udzielenia zamówienia,
 - 6.3 przygotowywania materiałów merytorycznych do prowadzenia postępowań inwestycyjno-remontowych o udzielenie zamówień publicznych na podstawie ustawy Prawo Zamówień Publicznych oraz postępowań prowadzonych poza ustawą w oparciu o Regulamin wewnętrzny regulujący postępowania poniżej 130 000 zł,
 - 6.4 opracowywania i sprawowania kontroli nad umowami zawieranymi z podmiotami zewnętrznymi, przygotowywanymi przez Dział Zamówień Publicznych a dotyczących pionu techniczno-eksploatacyjno-inwestycyjnego,



REGULAMIN ORGANIZACYJNY

WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO
IM. ŚW. RAFAŁA W CZERWONEJ GÓRZE

Wydanie: 8

Obowiązuje od dnia: 2025-04-01

Strona 36 z 44

- 6.5 opracowywania okresowych oraz rocznych analiz oraz przedstawiania Dyrektorowi Szpitala wniosków wynikających z tych analiz,
- 6.6 prawidłowego funkcjonowania urządzeń, instalacji oraz aparatury pomiarowej (niemedycznej)
- 6.7 terminowej naprawy, konserwacji i przeglądów budynków, urządzeń, instalacji oraz aparatury pomiarowej,
- 6.8 planowania zakupów, analiz i opiniowania wniosków o zakupy inwestycyjne urządzeń oraz aparatury diagnostycznej (technicznej) i pomiarowej,
- 6.9 opracowywania dokumentacji do planowanych postępowań o udzielenie zamówień na wykonanie prac inwestycyjno-remontowych, usługi serwisowe, zakupy inwestycyjne urządzeń oraz aparatury diagnostycznej (technicznej) i pomiarowej oraz udziału w postępowaniach o zamówienia publiczne.

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

- 7.1 Organizację pracy i nadzór na sprawnym funkcjonowaniem wszystkich komórek organizacyjnych, podległych mu bezpośrednio.
- 7.2 Organizację i nadzór nad prawidłowym funkcjonowaniem komunikacji wewnętrznej.
- 7.3 Ciągłe doskonalenie procesów realizowanych przez podległe komórki.
- 7.4 Nadzór nad prowadzeniem, przechowywaniem i archiwizowaniem dokumentów wytworzonych i przechowywanych w komórkach mu podległych.
- 7.5 Dokonywanie okresowych analiz dotyczących zatrudniania pracowników oraz udział w planowaniu zatrudnienia.
- 7.6 Koordynowanie procesu okresowych ocen pracowników wszystkich komórek organizacyjnych podległych mu bezpośrednio.
- 7.7 Współpraca z biurami projektowymi w zakresie opracowania dokumentacji projektowych i kosztowych poszczególnych zadań inwestycyjnych.
- 7.8 Sprawdzanie i opiniowanie otrzymanej z biura projektów dokumentacji projektowej i kosztorysowej poszczególnych zadań inwestycyjnych w zakresie budowlanym.
- 7.9 Bezpośredni nadzór nad wykonywanymi robotami budowlanymi na terenie Szpitala.
- 7.10 Dbanie o terminowe i jakościowe wykonywanie robót przez wykonawcę.
- 7.11 Koordynowanie nadzoru nad branżami instalacyjnymi.
- 7.12 Systematyczne informowanie przełożonego o stanie realizacji poszczególnych zadań inwestycyjnych, w szczególności dotyczących zagrożeń w terminie ich realizacji i rozliczenia.
- 7.13 Dokonywanie odbiorów częściowych i końcowych poszczególnych zadań inwestycyjnych.
- 7.14 Pełnienie nadzoru inwestorskiego nad prowadzonymi robotami w zakresie posiadanych uprawnień oraz potwierdzanie wykonywanych robót budowlanych w Dzienniku budowy.
- 7.15 Udział w opracowywaniu planów finansowych, programów naprawczych.
- 7.16 Nadzór nad prowadzoną sprawozdawczością wymaganą przez organy nadrzędne.
- 7.17 Aktualizowanie i wdrażanie programów likwidacji uchybień budowlanych i instalacyjnych oraz optymalizacji wykorzystania zasobów infrastrukturalnych i materiałowych Szpitala,
- 7.18 Udział w opracowywaniu planów inwestycyjno-remontowych i zakupu narzędzi oraz sprzętu,



- 7.19 Udział w działających w Szpitalu Zespołach, Komisjach, Komitetach
- 7.20 Współpraca z instytucjami zewnętrznymi w zakresie realizowanych zadań i udzielonego pełnomocnictwa.
- 7.21 Wykonywanie innych poleceń Dyrektora merytorycznie związanych z zajmowanym stanowiskiem.

8 Uprawnienia Zastępcy Dyrektora ds. Technicznych:

- 8.1 Zarządzanie zasobami ludzkimi w podległych komórkach organizacyjnych.
 - 8.2 Prawo dostępu do wszystkich dokumentów i informacji dotyczących działalności Szpitala, niezbędnych do prawidłowego sprawowania funkcji Zastępcy Dyrektora ds. Technicznych.
 - 8.3 Udział w komisjach: przetargowych, inwentaryzacyjnych, kasacyjnych i innych w miarę potrzeby.
 - 8.4 Prawo przebywania na terenie wszystkich obiektów i komórek organizacyjnych Szpitala z uwzględnieniem wymogów sanitarno - epidemiologicznych lub/i zasad bezpieczeństwa.
 - 8.5 Prawo do weryfikacji nagrań z monitoringu na potrzeby ustalenia przyczyn zdarzeń typu: uszkodzenia mienia, infrastruktury oraz komunikacyjnych.
 - 8.6 Reprezentowanie Szpitala na zewnątrz w sprawach związanych z realizowanymi zadaniami.
 - 8.7 Wnioskowanie w sprawach awansowania, przeszerowywania, karania i oceny przydatności pracowników komórek mu podległych.
 - 8.8 Udzielanie urlopów pracownikom zajmującym stanowiska koordynatorów w komórkach mu podległych.
 - 8.9 Przeprowadzanie kontroli podległych komórek organizacyjnych w zakresie realizacji określonych dla nich zadań,
 - 8.10 Składanie oświadczeń woli w imieniu Szpitala, w granicach otrzymanego pełnomocnictwa,
 - 8.11 Wydawanie poleceń wszystkim pracownikom w trakcie zastępowania Dyrektora.
- 9 Wyszczególnione powyżej obowiązki oraz przyznane uprawnienia stanowią bezpośrednią podstawę do definiowania odpowiedzialności pracownika, jako równoznacznej z jego obowiązkami.

Obowiązki i uprawnienia Głównego Księgowego (DE)

§ 59

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



6. Zakres obowiązków Głównego Księgowego obejmuje m. in:

- 6.1. Nadzór na sprawnym funkcjonowaniu podległych mu komórek organizacyjnych,
- 6.2. Prowadzenie prawidłowej polityki finansowej w Szpitalu,
- 6.3. Dokonywanie oceny celowości i prawidłowości wydatkowania środków finansowych Szpitala,
- 6.4. Dokonywanie bieżących i okresowych analiz ekonomicznych,
- 6.5. Udział w opracowywaniu planów inwestycyjno-remontowych i zakupów inwestycyjnych.
- 6.6. Określanie zasad sporządzania, przyjmowania, obiegu, i kontroli dokumentów finansowych w sposób zapewniający właściwy przebieg operacji gospodarczych oraz ochronę mienia będącego w posiadaniu WSS,
- 6.7. Prowadzenie wymaganej sprawozdawczości finansowej,
- 6.8. Opracowywanie planów rzeczowo – finansowych Szpitala we współpracy z właściwymi merytorycznie kierownikami/koordynatorami komórek organizacyjnych,
- 6.9. Zapewnienie pod względem finansowym prawidłowości umów zawieranych przez Szpital,
- 6.10. Prawidłowe wykorzystanie przydzielonych środków finansowych np. dotacji lub innych środków będących w dyspozycji Szpitala,
- 6.11. Sporządzanie kompleksowych analiz ekonomicznych Szpitala na potrzeby Dyrektora, podmiotu tworzącego, rady społecznej i innych uprawnionych podmiotów,
- 6.12. Opracowywanie projektów wewnętrznych aktów normatywnych, dotyczących prowadzenia polityki rachunkowości, a w szczególności planu kont, obiegu dokumentów księgowych, zasad przeprowadzania i rozliczania inwentaryzacji oraz ich bieżąca aktualizacja,
- 6.13. Współpraca z biegłym rewidentem,
- 6.14. Bieżąca kontrola i przeprowadzanie okresowych inwentaryzacji kasy.
- 6.15. Wykonywanie innych poleceń Dyrektora merytorycznie związanych z zajmowanym stanowiskiem.
- 6.16. Koordynacja i kontrola procesu budżetowania.

7. Główny Księgowy wykonuje obowiązki oraz ponosi odpowiedzialność zgodnie z ustawą o finansach publicznych i ustawą o rachunkowości.

8. Uprawnienia Głównego Księgowego:

- 8.1. Składanie oświadczeń woli w imieniu Szpitala, w granicach otrzymanych pełnomocnictw,
- 8.2. Prawo dostępu do wszystkich dokumentów i informacji dotyczących działalności Szpitala, niezbędnych do prawidłowego sprawowania funkcji Głównego Księgowego,
- 8.3. Udział w komisjach: przetargowych, inwentaryzacyjnych, kasacyjnych i innych w miarę potrzeby,
- 8.4. Przebywanie na terenie wszystkich obiektów i komórek organizacyjnych Szpitala, z uwzględnieniem wymogów sanitarno - epidemiologicznych lub/i zasad bezpieczeństwa,
- 8.5. Reprezentowanie Szpitala na zewnątrz w sprawach związanych z realizowanymi zadaniami,



- 8.6. Wnioskowanie w sprawach awansowania, przeszerowywania, karania i oceny przydatności pracowników w podległych mu komórkach organizacyjnych,
- 8.7. Udzielanie urlopów pracownikom pionu ekonomicznego zajmującym stanowiska kierownicze w podległych mu komórkach organizacyjnych oraz koordynowanie urlopów i nadzór nad ich wykorzystaniem,
- 8.8. Przeprowadzanie kontroli podległych komórek organizacyjnych w zakresie realizacji określonych dla nich zadań.
- 8.9. Merytoryczna ocena podległego personelu,
- 8.10. Prawo żądania od osób funkcyjnych sporządzających dokumenty finansowe, aby były one zgodne z obowiązującymi wymogami,
- 8.11. Zgłaszanie wniosków, propozycji i projektów dotyczących działań operacyjnych lub/i strategicznych z zakresu realizowanych zadań,
9. Wyszczególnione powyżej obowiązki oraz przyznane uprawnienia stanowią bezpośrednią podstawę do definiowania odpowiedzialności pracownika, jako równoznacznej z jego obowiązkami.

System Kontroli Zarządczej i Zarządzania ryzykiem

§ 60

1. Kontrola zarządcza to ogół działań podejmowanych dla zapewnienia realizacji celów i zadań w sposób zgodny z prawem, efektywny, oszczędny i terminowy - opracowany w celu zagwarantowania racjonalnej realizacji celów w następujących obszarach:
 - 1.1. zgodności działalności z przepisami prawa oraz procedurami wewnętrznymi,
 - 1.2. skuteczności i efektywności działania,
 - 1.3. wiarygodności sprawozdań,
 - 1.4. ochrony zasobów,
 - 1.5. przestrzegania i promowania zasad etycznego postępowania,
 - 1.6. efektywności i skuteczności przepływu informacji,
 - 1.7. zarządzania ryzykiem.
2. Sposób organizacji i zasad przeprowadzania kontroli zarządczej w Szpitalu określa Regulamin Kontroli Zarządczej.

Koordynator Kontroli Zarządczej (DU)

§ 61

1. Do zadań Koordynatora Kontroli Zarządczej należy w szczególności:
 - 1.1. wspieranie kierownika Szpitala w zakresie realizacji kontroli zarządczej, gromadzenie niezbędnych danych oceny systemu kontroli zarządczej oraz dostarczanie Dyrektorowi Szpitala wszelkich informacji w tym zakresie,
 - 1.2. komunikowanie zidentyfikowanych niezgodności i problemów kierownictwu,
 - 1.3. monitorowanie wdrożenia zaleceń przedstawionych w planach działania,
 - 1.4. aktualizacja dokumentacji związanej z Regulaminem Kontroli Zarządczej,
 - 1.5. załatwianie korespondencji związanej z wykonywaniem zadań wynikających z zakresu czynności w tym przedkładanie pism i korespondencji do aprobaty przełożonych,



REGULAMIN ORGANIZACYJNY
WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO
IM. ŚW. RAFAŁA W CZERWONEJ GÓRZE

Wydanie: 8

Obowiązuje od dnia: 2025-04-01

Strona 40 z 44

- 1.6. dokonywanie przeglądu funkcjonujących regulacji wewnętrznych w poszczególnych komórkach organizacyjnych Szpitala pod kątem realizacji celów kontroli zarządczej.
- 1.7. przedstawianie kierownikowi Szpitala propozycji sposobu monitorowania i udoskonalania systemu kontroli zarządczej.
- 1.8. sporządzanie zbiorczej informacji o stanie kontroli zarządczej w Szpitalu.
- 1.9. udzielanie wyjaśnień w ramach przeprowadzanych w jednostce kontroli i nadzorów wewnętrznych,
- 1.10. współpraca z komórkami organizacyjnymi Szpitala oraz Pełnomocnikiem ds. SZJ,
- 1.11. przechowywanie dokumentacji z kontroli realizacji kontroli zarządczej przeprowadzonych przez Szpital oraz korespondencji z nią związanej,
- 1.12. przedstawienie Dyrektorowi Szpitala propozycji usprawnień w określonych obszarach działalności poszczególnych komórek organizacyjnych Szpitala w tym monitorowania i udoskonalenia funkcjonujących procedur systemu zarządzania ryzykiem,
- 1.13. przeprowadzanie oceny i analizy ryzyka,
- 1.14. przygotowanie dokumentacji procesu identyfikowania ryzyk w Szpitalu i sporządzanie zbiorczego rejestru ryzyk w Szpitalu oraz zbiorczego raportu w zakresie zarządzania ryzykiem dla Szpitala.
2. Wymienione zadania Koordynator realizuje we współpracy z kadrą kierowniczą Szpitala oraz Zespołem ds. kontroli Zarządczej.

Obowiązki, uprawnienia i odpowiedzialność kierowników oddziałów i działów medycznych

§ 62

1. Kierownik Oddziału i Kierownik Działu podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.
2. Do podstawowych zadań i obowiązków Kierownika Oddziału i Kierownika Działu należy zarządzanie i kierowanie oddziałem/działem, w tym procesem diagnostyki, leczenia i rehabilitacji odpowiednio do reprezentowanej specjalności, a w szczególności:
 - 2.1. Prawidłowa organizacja procesu diagnostyczno – leczniczego,
 - 2.2. Przestrzeganie dyscypliny ekonomicznej i finansowej przy realizacji zadań podległej komórki organizacyjnej,
 - 2.3. Racjonalne i zgodne z przeznaczeniem wykorzystanie majątku i środków oddziału,
 - 2.4. Zapewnienie w oddziale odpowiedniej, jakości usług na poziomie obowiązującego standardu, stosownie do możliwości finansowych Szpitala, stosowanie w oddziale metod leczenia zgodnych z poziomem wiedzy lekarskiej, przy zachowaniu dyscypliny finansowej związanej z przekazanymi środkami,
 - 2.5. Podejmowanie, w trybie obowiązującym w szpitalu, działań w celu zapewnienia zasobów wymaganych dla realizacji zadań, z uwzględnieniem możliwości finansowych oddziału/działu,
 - 2.6. Przestrzeganie obowiązujących norm etycznych i praw pacjentów związanych z prowadzoną działalnością,
 - 2.7. Analizowanie potrzeb oddziału/działu i przedkładanie ich przełożonemu,
 - 2.8. Racjonalna, dostosowana do stawianych zadań polityka kadrowa, w tym związana z doskonaleniem umiejętności, aktualizacją wiedzy i rozwojem zawodowym,



- 2.9. Nadzór, nad jakością dokumentacji, jej przepływem, bezpieczeństwem i prawidłową archiwizacją,
- 2.10. Nadzór nad racjonalnym wykorzystaniem zasobów wydzielonych dla potrzeb działalności oddziału/działu,
- 2.11. Przedkładanie do zaopiniowania dyrekcji wszystkich decyzji rodzących skutki ekonomiczne,
- 2.12. Nadzór i podejmowanie skutecznych działań w celu zapewnienia bezpieczeństwa ludzi i mienia w trakcie realizacji procesu diagnostyczno – leczniczego,
- 2.13. Nadzór nad stanem techniczno – sanitarnym infrastruktury stanowiącej środowisko opieki związane z działalnością oddziału/działu,
- 2.14. Skuteczne i efektywne realizowanie kontraktów i umów zawartych przez Szpital, w części mającej zastosowanie do działalności oddziału/działu,
- 2.15. Analiza i planowanie działalności dla celów kontraktowania świadczeń zdrowotnych oraz analiza realizacji kontraktów,
- 2.16. Nadzór nad stanem epidemiologicznym oddziału/działu, podejmowanie działań profilaktycznych, eliminowanie i analiza incydentów epidemiologicznych oraz właściwe prowadzenie wymaganej dokumentacji dotyczącej zagadnień epidemiologicznych,
- 2.17. Zgłaszanie pielęgniarsce epidemiologicznej wszystkich przypadków zakażeń szpitalnych, obserwacji, spostrzeżeń i wniosków w tym zakresie,
- 2.18. Współpraca z Wojewódzką Przychodnią Specjalistyczną Szpitala w Czerwonej Górze w zakresie udzielania porad i funkcjonowania poradni specjalistycznych,
- 2.19. Udział w działających w Szpitalu Zespołach, Komisjach, Komitetach,
- 2.20. Nadzór nad przestrzeganiem zasad bhp i p/poż przez podległy personel,
- 2.21. Współpraca z kadrą kierowniczą Szpitala w zakresie realizowanych zadań i celów,
- 2.22. Współpraca z kadrą kierowniczą innych podmiotów leczniczych, konsultantami oraz kadrą kierowniczą organów samorządowych i państwowych, w zakresie dotyczącym działalności oddziału/działu.
- 2.23. Realizacja decyzji i poleceń przełożonych oraz innych kompetentnych służb w sytuacjach nadzwyczajnych związanych z wystąpieniem zagrożenia epidemiologicznego, klęską żywiołową, katastrofą, wypadkiem masowym, atakiem terrorystycznym lub innymi zdarzeniami o podobnym charakterze,
- 2.24. Udzielanie wyjaśnień dotyczących skarg i zażaleń na działalność działu/oddziału,
- 2.25. Nadzór nad utrzymaniem i doskonaleniem Systemu Zarządzania Jakością.
3. Kierownik Oddziału i Kierownik Działu posiada uprawnienia do:
 - 3.1. Dostępu do informacji w zakresie: rachunku ekonomicznego, przyjętej strategii, realizowanych celów oraz planów kierownictwa Szpitala związanych z funkcjonowaniem oddziału/działu,
 - 3.2. Merytorycznej oceny podległych pracowników,
 - 3.3. Opiniowania projektów, zamówień, planów i umów dotyczących obszaru działania oddziału/działu,
 - 3.4. Wnioskowania, analizowania, zgłaszania projektów i propozycji dotyczących zakresu działalności oddziału/działu,
 - 3.5. Delegowania niektórych uprawnień, bez możliwości delegowania odpowiedzialności,
 - 3.6. Podejmowania decyzji w sprawach personelu zatrudnionego w oddziale/dziale.



4. Odpowiedzialność Kierownika Oddziału/Działu:

- 4.1. Kierownik ponosi odpowiedzialność za sprawne funkcjonowanie oddziału, utrzymanie jakości udzielanych świadczeń, zachowanie limitów zakontraktowanych usług oraz związanych z tym limitów finansowych.
- 4.2. Kierownik ponosi odpowiedzialność za przyznany budżet i realizację planu usług składając Dyrekcji wyjaśnienia w sprawie ewentualnych przekroczeń, nadzoruje gospodarkę lekami w oddziale/dziale.
- 4.3. Kierownik ponosi odpowiedzialność za stan ilościowy oraz prawidłowe wykorzystanie sprzętu i aparatury medycznej.
- 4.4. Kierownik jest zobowiązany do bezwzględnego przestrzegania dyscypliny finansowej w obszarach:
 - 4.4.1. realizacji udzielanych świadczeń zgodnych z miesięcznym planem oraz ich zakresem określonych wartością punktową,
 - 4.4.2. bieżącego monitorowania wartości zrealizowanych punktów w poszczególnych zakresach udzielanych świadczeń,
 - 4.4.3. realizacji budżetu kosztów przypisanego oddziałowi/działowi.

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

§ 63

Obowiązki:

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



§ 64

Uprawnienia:

Do uprawnień pracownika zajmującego kierownicze stanowisko należy:

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

§ 65

Odpowiedzialność:

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



Przepisy porządkowe

§ 66

1. Na terenie Szpitala obowiązuje zakaz palenia wyrobów tytoniowych.
2. Za nieprzestrzeganie zakazu palenia wyrobów tytoniowych przez pracowników Szpitala stosowane będą kary przewidziane w art. 108 Kodeksu Pracy, natomiast pacjent łamiący w/w zakaz, może być wypisany ze Szpitala.
3. Pacjenci mogą korzystać z odbiorników telewizyjnych znajdujących się na salach chorych oraz z aparatów telefonicznych, umieszczonych na korytarzach.
4. Zabrania się pacjentom opuszczania oddziału bez powiadomienia pielęgniarki dyżurnej lub lekarza leczącego o miejscu oddalenia.
5. Cisza nocna obowiązuje od godziny 22⁰⁰ do 6⁰⁰ rano. W tym czasie pacjenci mają obowiązek przebywania w sali chorych.
6. Na terenie Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze oraz obiektach przyległych stosowany jest monitoring wizyjny. Zasady obsługi i korzystania z monitoringu reguluje przyjęta w Szpitalu procedura.

Postanowienia końcowe

§ 67

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

Dyrektor

DYREKTOR

Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego
im. Św. Rafała w Czerwonej Górze

.....
Youssef Sleiman podpis i pieczęć