

Załącznik do
Zarządzenia wewnętrznego nr 1/2018
z dnia 30 stycznia 2018r.

**Wersja ujednolicona uwzględniająca zmiany wprowadzone zarządzeniami:
nr 9/2018, nr 32/2018, nr 14/2019**

Regulamin organizacyjny

Klinicznego Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii w Opolu

Opole, 29 styczeń 2018 r.

| Spis treści | Str. |
|---|-------------|
| DZIAŁ I. POSTANOWIENIA OGÓLNE | 5 |
| Rozdział I. Podstawy prawne obowiązywania regulaminu i funkcjonowania Klinicznego Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii w Opolu | 5 |
| Rozdział II. Cele i podstawowe zadania Klinicznego Centrum | 6 |
| Rozdział III. Polityka jakości | 7 |
| Rozdział IV. Zarządzanie Kliniką Centrum | 7 |
| Rozdział V. Struktura organizacyjna Klinicznego Centrum | 8 |
| DZIAŁ II. PRZEBIEG PROCESU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH | 9 |
| Rozdział I. Lecznictwo szpitalne | 9 |
| Rozdział II. Przyjęcie i odmowa przyjęcia pacjenta do szpitala | 10 |
| Rozdział III. Identyfikacja pacjenta | 11 |
| Rozdział IV. Hospitalizacja | 11 |
| Rozdział V. Zgoda pacjenta | 12 |
| Rozdział VI. Wypisanie ze szpitala | 13 |
| Rozdział VII. Odwiedziny | 13 |
| Rozdział VIII. Lecznictwo ambulatoryjne | 14 |
| Rozdział IX. Diagnostyka | 14 |
| DZIAŁ III. ORGANIZACJA I ZADANIA KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH KLINICZNEGO CENTRUM | 15 |
| Rozdział I. Postanowienia ogólne | 15 |
| Rozdział II. Zakresy działania komórek organizacyjnych i samodzielnych stanowisk pracy w Klinikum Centrum | 16 |
| 1. Izba Przyjęć | 16 |
| 2. Oddział Ginekologiczno-Położniczy z pododdziałami: Ginekologii Onkologicznej, Patologii Ciąży i Sali Porodowej | 16 |
| 3. Oddział Neonatologiczny z pododdziałem: Patologii Noworodków i Wcześnieńców | 18 |
| 4. Blok Operacyjny z Centralną Sterylizatornią | 19 |
| 5. Oddział Anestezjologii | 19 |
| 6. Dział Farmacji | 20 |
| 7. Medyczne Laboratorium Diagnostyczne | 21 |
| 8. Pracownia RTG | 21 |
| 9. Szkoła Rodzenia | 22 |
| 10. Podstawowa Opieka Zdrowotna – nocna i świąteczna opieka zdrowotna | 22 |
| 11. Bank Mleka Kobięcego | 22 |
| 12. Specjalista ds. epidemiologii | 23 |

| | |
|---|-----------|
| 13. Poradnie Konsultacyjne | 24 |
| 14A. Referencyjny Ośrodek Diagnostyki i Leczenia Niepłodności | 25 |
| 14. Ośrodek Dzienny Rehabilitacji Wiekowej | 26 |
| 15. Dział Finansowo-Księgowy | 26 |
| 16. Dział Służb Pracowniczych | 28 |
| 17. Dział Organizacji i Nadzoru | 29 |
| 17A. Dział Informatyki | 30 |
| 18. Dział Administracyjno-Gospodarczy | 31 |
| 18A. Dział Zamówień Publicznych | 32 |
| 19. Radca Prawny | 32 |
| 20. Samodzielne stanowisko ds. BHP i p.poż. | 33 |
| 21. Samodzielne stanowisko ds. kontaktu z mediami | 34 |
| 22. Samodzielne stanowisko ds. jakości | 34 |
| 23. Inspektor ochrony radiologicznej | 35 |
| 24. Inspektor ochrony danych | 35 |
| Rozdział III. Uprawnienia, obowiązki i odpowiedzialność osób pełniących funkcje kierownicze | 35 |
| Rozdział IV. Obowiązki, uprawnienia i odpowiedzialność pracowników Klinicznego Centrum | 40 |
| Rozdział V. Warunki współdziałania wewnętrznych komórek organizacyjnych | 41 |
| DZIAŁ IV. WARUNKI WSPÓŁDZIAŁANIA Z INNYMI PODMIOTAMI WYKONUJĄCYMI DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ. | 42 |
| DZIAŁ V. PRAWA I OBOWIĄZKI PACJENTA | 43 |
| Rozdział I. Postanowienia ogólne | 43 |
| Rozdział II. Prawa pacjenta | 43 |
| Rozdział III. Obowiązki pacjenta | 45 |
| DZIAŁ VI. OBOWIĄZKI KLINICZNEGO CENTRUM W RAZIE ŚMIERCI PACJENTA | 47 |
| Rozdział I. Postępowanie w razie śmierci pacjenta | 47 |
| Rozdział II. Sekcja zwłok osoby zmarłej | 48 |
| Rozdział III. Przechowywanie zwłok pacjenta | 49 |
| DZIAŁ VII. OPŁATY POBIERANE PRZEZ KLINICZNE CENTRUM | 49 |
| DZIAŁ VIII. ZASADY UDOSTĘPNIANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ | 50 |
| DZIAŁ IX. POSTANOWIENIA KOŃCOWE | 52 |
| Wykaz załączników: | |
| Załącznik nr 1 – Schemat organizacyjny | 54 |
| Załącznik nr 2 – Cennik opłat | 55 |

| | |
|---|----|
| Załącznik nr 3 – Ramowy rozkład dnia w zakresie opieki medycznej | 60 |
| Załącznik nr 4 – Prawa i Obowiązki Pacjenta | 61 |
| Załącznik nr 5 – Czas oraz organizacja pracy medycznych komórek organizacyjnych | 63 |

DZIAŁ I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

Rozdział I. Podstawy prawne obowiązywania regulaminu i funkcjonowania Klinicznego Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii w Opolu

§ 1

Na podstawie art. 23 i 24 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej tworzy się „Regulamin organizacyjny Klinicznego Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii w Opolu” zwany w dalszej części „Regulaminem”.

§ 2

1. Podstawę prawną niniejszego Regulaminu stanowi:
 - 1) ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej,
 - 2) ustawa z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
 - 3) ustawa z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta,
 - 4) Statut Klinicznego Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii w Opolu nadany i zatwierdzony przez Sejmik Województwa Opolskiego,
 - 5) inne przepisy regulujące działalność samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej.
2. Regulamin organizacyjny określa cele i zadania Klinicznego Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii w Opolu, organizację wewnętrzną, zadania i zakres działalności poszczególnych komórek organizacyjnych i samodzielnych stanowisk pracy, warunki współdziałania między komórkami dla zapewnienia sprawnego funkcjonowania jednostki pod względem leczniczym, administracyjnym i gospodarczym, a także zawiera prawa i obowiązki pacjenta.
3. Regulamin w formie papierowej znajduje się u kierownika Działu Organizacji i Nadzoru, zamieszczony jest w formie elektronicznej na stronie internetowej www.ginekologia.opole.pl oraz w intranecie.
4. Każdy pracownik Klinicznego Centrum jest zobowiązany do przestrzegania Regulaminu Organizacyjnego.

§3

Kliniczne Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii w Opolu zwane dalej „Klinicznym Centrum” jest podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą, działającym w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.

§ 4

Podmiotem tworzącym i nadzorującym Kliniczne Centrum jest Województwo Opolskie.

§ 5

1. Siedzibą Klinicznego Centrum jest miejscowość Opole, ul. Reymonta 8.
2. Obszarem działania Klinicznego Centrum jest miasto Opole i teren województwa opolskiego.
3. Zasięg działalności Klinicznego Centrum może zostać zwiększony o zakres wynikający z zawartych porozumień i umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych.

Rozdział II. Cele i podstawowe zadania Klinicznego Centrum

§ 6

1. Celem działalności Klinicznego Centrum jest:
 - 1) udzielanie stacjonarnych i całodobowych oraz ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych, szeroko pojętej działalności diagnostycznej, terapeutycznej, rehabilitacyjnej i profilaktycznej,
 - 2) dążenie do osiągnięcia jak najwyższego zadowolenia pacjentów z udzielanych świadczeń zdrowotnych,
 - 3) uczestniczenie w przygotowaniu osób do wykonywania zawodu medycznego i kształcenia osób wykonujących zawód medyczny.
2. Do podstawowych zadań Klinicznego Centrum należy udzielanie stacjonarnych i całodobowych oraz ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w zakresie:
 - 1) opieki zdrowotnej nad kobietą, kobietą ciężarną i jej płodem, porodem, położeniem oraz nad noworodkiem i dzieckiem,
 - 2) promocji zdrowia.
3. Do zadań Klinicznego Centrum należą również:
 - 1) kształcenie przed i podyplomowe pracowników medycznych prowadzone w formie szkoleń wewnętrznych, specjalizacji oraz praktycznej nauki zawodu słuchaczy szkół medycznych,
 - 2) prowadzenie prac naukowych i badawczych w zakresie badań klinicznych,
 - 3) profilaktyka i realizacja programów zdrowotnych,
 - 4) realizacja zadań związanych z obronnością kraju.
4. W wykonywaniu zadań Kliniczne Centrum współdziała z innymi podmiotami rynku medycznego, współpracuje z uczelniami wyższymi i instytucjami naukowo-badawczymi oraz z zagranicznymi jednostkami ochrony zdrowia w zakresie wymiany doświadczeń dotyczących procesów diagnostycznych, wymiany i szkoleń pracowników na podstawie uzgodnionych programów określonych w stosownych porozumieniach oraz umowach.

§7

Kliniczne Centrum może prowadzić, bez szkody dla jakości i dostępności realizowanych statutowo świadczeń zdrowotnych, działalność gospodarczą w zakresie: wynajmu pomieszczeń, dzierżawy gruntu, prowadzenia działalności handlowej i usługowej.

§8

Kliniczne Centrum udziela świadczeń zdrowotnych na zasadach określonych w obowiązujących przepisach prawnych oraz umowach z dysponentami środków finansowych.

Rozdział III. Polityka jakości

§ 9

1. Misją Klinicznego Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii w Opolu jest „*Profesjonalna opieka nad kobietą i dzieckiem w zdrowiu i chorobie*”.
2. Politykę jakości Klinicznego Centrum realizuje w oparciu o standardy akredytacyjne określone przez Program Akredytacji Szpitali.
3. W ramach polityki jakości wszyscy pracownicy Klinicznego Centrum są zobowiązani do realizacji i przestrzegania standardów akredytacyjnych.

Rozdział IV. Zarządzanie Klinicznym Centrum

§ 10

1. Organami Klinicznego Centrum są: Dyrektor i Rada Społeczna.
2. Dyrektor kieruje Klinicznym Centrum i reprezentuje je na zewnątrz.
3. Dyrektor samodzielnie zarządza Klinicznym Centrum, podejmuje decyzje i ponosi za to odpowiedzialność w granicach określonych przepisami prawa.
4. Dyrektor Klinicznego Centrum jest przełożonym wszystkich pracowników.

§ 11

1. Przy podejmowaniu decyzji Dyrektor Klinicznego Centrum korzysta z opinii właściwych organów i organizacji w trybie i na zasadach określonych przepisami.
2. Dyrektor działa w Klinicznym Centrum przy pomocy:
 - 1) głównego księgowego,
 - 2) naczelnej pielęgniarki,
 - 3) ordynatorów oddziałów/ lekarzy kierujących oddziałami,
 - 4) kierowników komórek organizacyjnych.
3. Dyrektora w czasie jego nieobecności zastępuje pełnomocnik w zakresie udzielonego pełnomocnictwa.

§ 12

1. Przy Klinicznym Centrum działa Rada Społeczna, która jest organem inicjującym i opiniodawczym podmiotu tworzącego Kliniczne Centrum oraz organem doradczym Dyrektora.
2. Zasady i tryb działania Rady Społecznej określa ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Statut Klinicznego Centrum oraz „Regulamin Rady Społecznej Klinicznego Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii w Opolu” uchwalony przez Radę Społeczną i zatwierdzony uchwałą Zarządu Województwa Opolskiego.

Rozdział V. Struktura organizacyjna Klinicznego Centrum

§ 13

1. Strukturę organizacyjną Klinicznego Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii w Opolu tworzą zakłady lecznicze: *Kliniczne Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii w Opolu – lecznictwo stacjonarne* oraz *Kliniczne Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii w Opolu – lecznictwo ambulatoryjne*, w których wykonywana jest działalność lecznicza.
2. W ramach zakładu leczniczego: *Kliniczne Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii w Opolu – lecznictwo stacjonarne*, działają następujące jednostki organizacyjne:
 - 1) Szpital Ginekologiczno-Położniczy i Noworodków im. dr med. Sergiusza Mossora z następującymi komórkami organizacyjnymi:
 - a) Oddział Ginekologiczno-Położniczy:
 - Pododdział Ginekologii Onkologicznej
 - Pododdział Patologii Ciąży
 - Sala Porodowa
 - b) Oddział Neonatologiczny:
 - Pododdział Patologii Noworodków
 - c) Izba Przyjęć
 - d) Blok Operacyjny z Centralną Sterylizatornią
 - e) Oddział Anestezjologii
 - f) Dział Farmacji
 - g) Medyczne Laboratorium Diagnostyczne
 - h) Pracownia RTG
 - i) Szkoła Rodzenia
 - j) Podstawowa Opieka Zdrowotna – nocna i świąteczna opieka zdrowotna
3. W ramach zakładu leczniczego: *Kliniczne Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii w Opolu – lecznictwo ambulatoryjne* działają następujące jednostki organizacyjne:
 - 1) Poradnie Konsultacyjne:
 - a) Poradnia Neonatologiczna
 - b) Poradnia Ginekologiczno-Położnicza
 - c) Poradnia Patologii Ciąży
 - d) Poradnia Laktacyjna
 - e) Poradnia Ginekologii Onkologicznej
 - f) Poradnia Endokrynologiczno-Ginekologiczna
 - 2) Ośrodek Dzienny Rehabilitacji Wieków Rozwojowego
 - a) Ośrodek Dzielnej Rehabilitacji dla Dzieci
 - 3) Referencyjny Ośrodek Diagnostyki i Leczenia Niepłodności
 - a) Poradnia Diagnostyki i Leczenia Niepłodności
 - b) Laboratorium Diagnostyki Niepłodności.
4. Wymienione w ust. 1-3 zakłady lecznicze nie prowadzą odrębnej księgowości i rachunkowości ani nie sporządzają odrębnych sprawozdań finansowych. Roczne sprawozdanie finansowe sporządza podmiot leczniczy Kliniczne Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii w Opolu.

5. Ponadto w skład Klinicznego Centrum wchodzi komórki organizacyjne działalności niemedyckiej i pomocniczej oraz samodzielne stanowiska pracy, które realizują zadania wyznaczone przez Dyrektora.
6. Schemat organizacyjny Klinicznego Centrum stanowi załącznik nr 1 do niniejszego Regulaminu.

DZIAŁ II. PRZEBIEG PROCESU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Rozdział I. Lecznictwo szpitalne

§ 14

1. Szpital Ginekologiczno-Położniczy i Noworodków im. dr med. Sergiusza Mossora udziela świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych osobom ubezpieczonym oraz innym osobom uprawnionym do tych świadczeń na podstawie odrębnych przepisów nieodpłatnie, za częściową odpłatnością lub całkowitą odpłatnością.
2. Wysokość opłat za świadczenia zdrowotne udzielane osobom innym niż określonym w ust. 1 określone są w załączniku nr 2 do niniejszego Regulaminu.
3. Świadczenia medyczne udzielane są wyłącznie przez pracowników medycznych, którzy posiadają odpowiednie kwalifikacje do wykonywania świadczeń, potwierdzone dyplomami, certyfikatami i spełniających odpowiednie wymagania zdrowotne.
4. Proces udzielania świadczeń zdrowotnych rozpoczyna się w Izbie Przyjęć, gdzie pacjenci zgłaszają się w celu przyjęcia na leczenie szpitalne, uzyskania pomocy doraźnej bądź umówienia wizyty w poradni specjalistycznej.
5. W celu usprawnienia procesu rejestracji udostępniono na stronie www.ginekologia.opole.pl w zakładce e-rejestracja możliwość rejestracji internetowej.
6. W celu skorzystania z bezpłatnych świadczeń zdrowotnych pacjent winien posiadać aktualne ubezpieczenie zdrowotne podlegające sprawdzeniu w systemie e-WUŚ.
7. Jeżeli system e-WUŚ nie potwierdzi ubezpieczenia pacjenta, konieczne jest wypełnienie i podpisanie stosownego oświadczenia. W przypadku gdy zostanie złożone nieprawdziwe oświadczenie pacjent zostanie obciążony kosztami udzielonych świadczeń zdrowotnych.
8. W przypadku konieczności wykonania badań diagnostycznych w ramach porady wyniki będą dołączone do dokumentacji pacjenta.
9. W trakcie udzielania świadczeń pacjent ma prawo do uzyskania wszystkich niezbędnych wyjaśnień dotyczących postawionej diagnozy oraz zaproponowanego leczenia.
10. Kliniczne Centrum prowadzi dokumentację medyczną pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych w formie elektronicznej i papierowej z zapewnieniem ochrony danych osobowych zawartych w dokumentacji.
11. Personel Klinicznego Centrum jest obowiązany zachować w tajemnicy wszelkie informacje uzyskane w czasie wykonywania obowiązków.
12. Zasłużeni Dawcy Przeszczepu, Honorowi Dawcy Krwi, inwalidzi wojskowi i wojenni mają prawo korzystać poza kolejnością ze świadczeń zdrowotnych.
13. Pacjentom hospitalizowanym w Klinicznym Centrum zapewnia:
 - 1) ocenę stanu zdrowia,
 - 2) przeprowadzenie procedur diagnostycznych,

- 3) leczenie farmakologiczne i/lub zabiegowe,
- 4) środki farmaceutyczne i materiały medyczne,
- 5) całodobową opiekę lekarską oraz pielęgniarzką i położniczą,
- 6) opiekę psychologa,
- 7) pomieszczenie i wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia,
- 8) transport sanitarny na warunkach określonych w odrębnych przepisach,
- 9) wypis do domu lub innego zakładu opieki zdrowotnej,
- 10) wydanie zaleceń i zaświadczeń lekarskich po hospitalizacji.

Rozdział II. Przyjęcie i odmowa przyjęcia pacjenta do szpitala

§ 15

1. Pacjenci do szpitala są przyjmowani w trybie nagłym całodobowo lub planowym ze skierowaniem w godzinach 7:30 – 14:00 w Izbie Przyjęć.
2. Tożsamość pacjentów przyjmowanych do szpitala powinna być ustalona na podstawie dowodu osobistego lub innego dokumentu ze zdjęciem potwierdzającego tożsamość.
3. Pacjenci zgłaszający się do szpitala winni posiadać aktualne ubezpieczenie zdrowotne podlegające sprawdzeniu w systemie e-WUŚ lub dokument potwierdzający uprawnienia do świadczeń. W przypadku braku ubezpieczenia koszty udzielonych świadczeń pokrywa świadczeniobiorca – pacjent.
4. Świadczenia opieki zdrowotnej planowe są udzielane pacjentom według kolejności zgłaszania w wyznaczonych dniach i godzinach.
5. Świadczenia zdrowotne w trybie nagłym są udzielane bez skierowania w razie porodu, wypadku, stanu zagrożenia życia, urazów lub innych wypadkach wskazanych w powszechnie obowiązujących przepisach i aktach prawnych w dziedzinach prowadzonych przez szpital.
6. W pierwszej kolejności na leczenie szpitalne lub poradę przyjmowani są pacjenci w stanie zagrożenia życia, zdrowia, wymagający natychmiastowego udzielenia świadczenia zdrowotnego.
7. Żadne okoliczności nie mogą stanowić podstawy do odmowy udzielenia świadczenia zdrowotnego w dziedzinie ginekologii, położnictwa i neonatologii, jeżeli osoba zgłaszająca się do szpitala potrzebuje natychmiastowego udzielenia pomocy ze względu na stan zagrożenia życia lub zdrowia.
8. Odmowa przyjęcia do szpitala może nastąpić jeżeli jest:
 - 1) brak wskazań lekarskich do hospitalizacji,
 - 2) brak pilnych wskazań do hospitalizacji,
 - 3) brak zgody pacjenta do hospitalizacji,
 - 4) brak wolnych miejsc w szpitalu,
 - 5) brak możliwości udzielenia pomocy specjalistycznej ze względu na zakres udzielanych przez szpital świadczeń.
9. Pacjent zgłaszający się w ramach umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia zostaje wpisany na listę oczekujących na udzielenie świadczenia do której dołącza się oryginał skierowania dostarczony przez świadczeniobiorcę.
10. Dla świadczeniobiorców objętych diagnostyką mającą na celu rozpoznanie nowotworu złośliwego (diagnostyką onkologiczną) lub badaniem mającym na celu wyleczenie nowotworu (leczenie onkologiczne) prowadzi się odrębną listę oczekujących na udzielenie świadczenia.

11. Pacjent, który w chwili zapisu do kolejki oczekujących nie posiada oryginału skierowania winien je dołączyć nie później niż w terminie 14 dni roboczych od dokonania wpisu na listę oczekujących, po rygorem skreślenia.
12. W przypadku skreślenia z listy oczekujących w wyniku rezygnacji z udzielenia świadczenia pacjentowi zwraca się oryginał skierowania.
13. Listy oczekujących na udzielenie świadczenia podlegają nadzorowi zespołu oceny przyjęć.

Rozdział III. Identyfikacja pacjenta

§ 16

1. Pacjentów szpitala zaopatruje się w znaki identyfikacyjne zgodnie z art. 36 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej.
2. W przypadku osoby dorosłej na rękę lub nogę pacjenta zakłada się opaskę identyfikacyjną pozwalającą na ustalenie imienia i nazwiska oraz daty urodzenia pacjenta.
3. Noworodka urodzonego w szpitalu zaopatruje się w znak identyfikacyjny niezwłocznie po urodzeniu, o ile to możliwe w obecności matki dziecka, chyba że przebieg porodu na to nie pozwala.
4. Opaska identyfikująca noworodka zawiera imię i nazwisko matki dziecka, płeć i datę urodzenia dziecka ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24 –godzinnym.
5. W przypadku noworodka opaskę zakłada się na obie ręce dziecka lub obie nogi. W przypadku gdy nie jest możliwe założenie opaski noworodkowi wykonuje się zdjęcie dziecka i zdjęcie jego twarzy w zbliżeniu, a następnie umieszcza je na inkubatorze, zabezpieczając przed usunięciem.
6. Adnotację o zaopatrzeniu noworodka w znaki identyfikacyjne zamieszcza się w dokumentacji medycznej noworodka.
7. W przypadku stwierdzenia braku opaski albo jej zniszczenia w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta, niezwłocznie potwierdza się jego tożsamość i zakłada się nową opaskę.

Rozdział IV. Hospitalizacja

§ 17

1. Kierowaniem pacjentów na poszczególne oddziały dokonuje lekarz Izby Przyjęć.
2. Z chwilą przyjęcia pacjenta do szpitala może on przekazać odzież do depozytu w szpitalu.
3. W dniu wypisu odzież z depozytu odbiera pacjent.
4. Pacjentowi przyjętemu do szpitala wskazuje się miejsce hospitalizacji (pokój, łóżko), przekazuje się informacje organizacyjne, jak również informacje dotyczące przysługujących mu praw.
5. W zakresie świadczeń szpitalnych zapewnia się przyjętemu pacjentowi:
 - 1) świadczenia zdrowotne,
 - 2) środki farmaceutyczne (produkty lecznicze), materiały opatrunkowe i medyczne, jeżeli są one niezbędne do wykonania świadczenia,
 - 3) pomieszczenie i wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia,
 - 4) opiekę pielęgnacyjną.

6. Jeżeli lekarz przy badaniu chorego poweźmie uzasadnione podejrzenie, że jego uszkodzenie ciała lub zaburzenia czynności pozostają w związku z popełnieniem przestępstwa jest obowiązany bezzwłocznie powiadomić o danym przypadku Dyrektora, policję lub prokuratora.
7. W przypadku podejrzenia że pacjent jest ofiarą przemocy w rodzinie zostaje mu założona Niebieska Karta zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 13 września 2011r. w sprawie procedury „Niebieska Karta” oraz wzorów formularzy „Niebieska Karta”.

§ 18

Pacjenci przebywający w oddziałach szpitalnych mają zapewnioną całodobową opiekę lekarską oraz pielęgniarską i położniczą.

§ 19

1. Informacji o stanie zdrowia pacjentów udzielają wyłącznie ordynatorzy/ lekarze kierujący oddziałami lub wyznaczeni lekarze, w ustalonych godzinach podanych do wiadomości na tablicy informacyjnej.
2. Informacje udzielane są pacjentowi, jego przedstawicielowi ustawowemu bądź osobom, które zostały przez pacjenta bądź przedstawiciela ustawowego wskazane, co zostało potwierdzone stosownym wpisem w historii choroby lub załączonym do dokumentacji oświadczeniem pacjenta.
3. O stanie zdrowia ciężko chorych pacjentów, bądź w przypadkach szczególnie uzasadnionych, lekarze udzielają informacji osobom o których mowa w ust. 2 w każdym czasie.
4. Informacji o stanie zdrowia pacjentów nie udziela się przez telefon.
5. Lekarz ma obowiązek udzielać pacjentowi lub osobom o których mowa w ust. 2 przystępnej informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu.
6. Na żądanie pacjenta lekarz nie ma obowiązku udzielać pacjentowi informacji.

§ 20

W razie pogorszenia się stanu zdrowia pacjenta, powodującego zagrożenie życia lub w razie jego śmierci, szpital jest obowiązany niezwłocznie zawiadomić wskazaną przez chorego osobę lub instytucję lub przedstawiciela ustawowego.

Rozdział V. Zgoda pacjenta

§ 21

1. W szpitalu obowiązuje zasada uzyskania pisemnej zgody pacjentki na hospitalizację, proponowane leczenie, czynności pielęgnacyjne, zabiegi, operacje, znieczulenie do zabiegu operacyjnego i porodu drogą pochwową oraz badania diagnostyczne stwarzające podwyższone ryzyko dla pacjenta. Na każdą czynność obowiązuje osobna pisemna zgoda.
2. W przypadku noworodków – obowiązuje pisemna zgoda rodziców lub prawnych opiekunów dziecka na leczenie szpitalne oraz metody diagnostyczne i lecznicze o podwyższonym ryzyku dla pacjenta.

3. Oświadczenie o wyrażeniu zgody oraz zezwolenie sądu opiekuńczego na przeprowadzenie badania lub udzielenie świadczenia zdrowotnego zamieszcza się lub dołącza do dokumentacji indywidualnej wewnętrznej.

Rozdział VI. Wypisanie ze szpitala

§ 22

1. Wypisanie pacjenta ze szpitala, jeżeli przepisy odrębne nie stanowią inaczej, następuje:
 - 1) gdy stan zdrowia pacjenta nie wymaga dalszego udzielania stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych,
 - 2) na żądanie pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego,
 - 3) gdy pacjent w sposób rażący narusza porządek lub przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, a nie zachodzi obawa, że odmowa lub zaprzestanie udzielania świadczeń zdrowotnych może spowodować bezpośrednie niebezpieczeństwo dla jego życia lub zdrowia albo życia lub zdrowia innych osób.
2. Jeżeli przedstawiciel ustawowy żąda wypisania pacjenta, którego stan zdrowia wymaga dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych, można odmówić wypisania do czasu wydania w tej sprawie orzeczenia przez właściwy ze względu na miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych sąd opiekuńczy, chyba że przepisy odrębne stanowią inaczej. W powyższym przypadku niezwłocznie zawiadamia się właściwy sąd opiekuńczy o odmowie wypisania i jej przyczynach.
3. Osoba występująca o wypisanie ze szpitala (własne lub noworodka) na własne życzenie jest informowana przez lekarza o możliwych następstwach zaprzestania dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych. Osoba ta obowiązana jest złożyć pisemne oświadczenie o wypisaniu ze szpitala na własne żądanie oraz że została uprzedzona o możliwych następstwach zaprzestania leczenia w szpitalu.
4. W przypadku odmowy złożenia takiego oświadczenia lekarz winien sporządzić odpowiednią adnotację w dokumentacji medycznej.
5. Pacjent, którego stan zdrowia nie wymaga dalszego udzielania stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych, lub osoba, na której w stosunku do pacjenta ciąży ustawowy obowiązek alimentacyjny, ponoszą koszty pobytu pacjenta, począwszy od upływu terminu wyznaczonego do odebrania pacjenta ze szpitala, niezależnie od uprawnień do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych określonych w przepisach odrębnych.
6. Przy wypisaniu noworodka ze szpitala, pracownik szpitala w obecności osoby odbierającej dziecko jest zobowiązany sprawdzić jego tożsamość, odnotować daną okoliczność w dokumentacji medycznej (zgodnie z obowiązującą procedurą) i potwierdzić podpisem. Adnotację tę podpisuje także osoba odbierająca dziecko.

Rozdział VII. Odwiedziny

§ 23

1. Dni i godziny odwiedzin pacjentów szpitala określa Ordynator oddziału /lekarz kierujący oddziałem z uwzględnieniem praw pacjenta do kontaktu osobistego.

2. Informacje o zalecanych godzinach odwiedzin umieszczane są w widocznym miejscu przy wejściu do szpitala lub oddziału oraz w regulaminie odwiedzin.
3. Osoby odwiedzające zobowiązane są podporządkować się wszystkim poleceniom i wskazówkom personelu szpitalnego.

§ 24

Ramowy rozkład dnia w zakresie opieki medycznej nad pacjentem w szpitalu stanowi załącznik nr 3 do niniejszego Regulaminu.

Rozdział VIII. Lecznictwo ambulatoryjne

§ 25

1. Świadczenia zdrowotne z zakresu ambulatoryjnego leczenia specjalistycznego udzielane są w Poradniach Konsultacyjnych.
2. Do korzystania z ambulatoryjnych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, udzielanych w Klinicznym Centrum, uprawnione są osoby wskazane w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w zakresie ujętym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.
3. W poradniach ginekologiczno-położniczych porady są udzielane bez skierowania lub na podstawie skierowania od lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, specjalisty lub z oddziału szpitalnego.
4. Do poradni neonatologicznych jest wymagane skierowanie od lekarza pediatrii/neonatologa.
5. Udzielanie specjalistycznych świadczeń ambulatoryjnych odbywa się zgodnie z harmonogramem pracy ustalonym dla poszczególnych poradni.
6. Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne udzielane są według kolejności zgłoszenia oraz zgodnie z kryteriami medycznymi.
7. Ustalanie terminów wizyty odbywa się w drodze zgłoszenia osobistego, telefonicznie, drogą elektroniczną lub za pośrednictwem osób trzecich.
8. Pacjenci zgłaszający się do poradni winni posiadać aktualne ubezpieczenie zdrowotne podlegające sprawdzeniu w systemie e-WUŚ .W przypadku braku ubezpieczenia koszty udzielonych świadczeń pokrywa świadczeniobiorca – pacjent.
9. Lekarz specjalista ma obowiązek:
 - 1) kompleksowej oceny stanu zdrowia pacjenta oraz określenia potrzeby leczenia specjalistycznego,
 - 2) realizacji procedur diagnostycznych właściwych dla ambulatoryjnej opieki specjalistycznej,
 - 3) podjęcia procesu leczenia, jeżeli jest taka potrzeba medyczna,
 - 4) wydania informacji o podjętym leczeniu i dalszych zaleceniach dla lekarza kierującego,
 - 5) wydania w razie potrzeby zaświadczenia o niezdolności do pracy,
 - 6) prowadzenia dokumentacji medycznej w szpitalnym systemie informatycznym.

Rozdział IX. Diagnostyka

§ 26

1. Świadczenia zdrowotne z zakresu badań diagnostycznych udzielane są w ramach funkcjonujących Medycznego Laboratorium Diagnostycznego i RTG.
2. Badania mogą być również wykonywane przez podmioty zewnętrzne na podstawie umowy zawartej z Klinicznym Centrum.
3. Pacjent ma prawo do bezpłatnych badań diagnostycznych na podstawie ważnego skierowania lekarza, pod warunkiem zawarcia stosownej umowy z podmiotem zlecającym wykonanie badania.
4. W pozostałych przypadkach za badanie diagnostyczne odpłatność ponosi pacjent.
5. Stawki za badania diagnostyczne wykonywane w Klinicznym Centrum określa cennik stanowiący załącznik nr 2 do niniejszego Regulaminu.
6. Pracownie diagnostyczne prowadzą wymaganą prawem dokumentację medyczną.
7. Wyniki wykonywanych badań diagnostycznych:
 - 1) dla pacjentów Klinicznego Centrum – wprowadzane są do szpitalnego systemu informatycznego,
 - 2) dla pacjentów spoza Klinicznego Centrum – wydawane są pacjentowi w formie papierowej potwierdzonej podpisem uprawnionego diagnosty lub na elektronicznych nośnikach informacji.

DZIAŁ III. ORGANIZACJA I ZADANIA KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH KLINICZNEGO CENTRUM

Rozdział I. Postanowienia ogólne

§ 27

Dyrektor Klinicznego Centrum tworzy, łączy, reorganizuje i likwiduje komórki organizacyjne Klinicznego Centrum. W szczególności, w zależności od potrzeb Dyrektor może tworzyć działy, sekcje, pracownie i samodzielne stanowiska pracy ustalając jednocześnie ich pozycję oraz sposób podporządkowania w obrębie statutowej struktury organizacyjnej.

§ 28

1. Wewnętrzными aktami normatywnymi obowiązującymi w Klinicznym Centrum są wydawane przez Dyrektora Klinicznego Centrum regulaminy, zarządzenia, decyzje, polecenia służbowe, standardy, instrukcje i procedury.
2. Projekty dokumentów wymienionych w ust.1 opracowuje merytorycznie właściwa komórka organizacyjna. W przypadku regulowania zagadnień należących do kompetencji kilku komórek, projekt odnośnego aktu normatywnego opracowuje komórka wskazana decyzją Dyrektora. Komórka ta uzgadnia treść z zainteresowanymi komórkami. Opracowane i uzgodnione projekty dokumentów wymienionych w ust.1 przekazywane są do akceptacji Dyrektora Klinicznego Centrum.
3. Zbiór aktów normatywnych – regulaminy, zarządzenia, decyzje, polecenia służbowe ewidencjonuje i przechowuje się w Sekretariacie Dyrektora Klinicznego Centrum.

4. Standardy, instrukcje i procedury – są ewidencjonowane i przechowywane przez komórki, których te akta dotyczą.
5. Szczegółowe procedury dotyczące pobytu pacjentów w Klinicznym Centrum oraz procesu leczenia, prowadzenia dokumentacji i standardów postępowania zawarte są w dokumentach akredytacyjnych.

§ 29

1. Korespondencję wychodzącą na zewnątrz Klinicznego Centrum, zawierającą oświadczenia woli podpisuje Dyrektor Klinicznego Centrum. Dyrektor może delegować to uprawnienie na wyznaczoną przez siebie osobę. Delegacja musi mieć formę pisemną.
2. Korespondencję wychodzącą na zewnątrz Klinicznego Centrum, nie zawierającą oświadczeń woli, podpisuje również Główny Księgowy w zakresie swojego działania.
3. Korespondencje wewnętrzną podpisują kierownicy komórek organizacyjnych oraz pracownicy zatrudnieni na samodzielnych stanowiskach.
4. Obieg dokumentów w Klinicznym Centrum odbywa się zgodnie z instrukcją obiegu dokumentów oraz innymi wewnętrznymi dokumentami normatywnymi obowiązującymi w Klinicznym Centrum w tym zakresie.

Rozdział II. Zakresy działania komórek organizacyjnych i samodzielnych stanowisk pracy w Klinicznym Centrum

§ 30

1. Izba Przyjęć jest integralną częścią Szpitala Ginekologiczno – Położniczego i Noworodków Klinicznego Centrum.
2. Do zadań Izby Przyjęć należy:
 - 1) przyjmowanie pacjentów do szpitala ze skierowaniem w trybie planowym,
 - 2) przyjmowanie pacjentów wymagających leczenia w trybie pilnym, bez skierowania,
 - 3) udzielanie pomocy doraźnej pacjentkom, które nie zostały zakwalifikowane do leczenia szpitalnego lub zostały zakwalifikowane do przyjęcia w późniejszym terminie,
 - 4) przyjmowanie każdego pacjenta zgłaszającego się do Izby Przyjęć z prośbą o pomoc medyczną.
3. Z Izby Przyjęć nie może być odesłany żaden pacjent bez zebrania wywiadu medycznego i przeprowadzonego badania lekarskiego.
4. Za organizację pracy w Izbie Przyjęć odpowiada położna koordynująca oraz:
 - w godzinach od 7:00 do 14:35 - lekarz Izby Przyjęć oraz położna koordynująca,
 - w godzinach popołudniowych i nocnych - lekarz dyżurny III kolejki oraz położna dyżurna.
5. Nadzór kierowniczy nad pracą Izby Przyjęć sprawuje Ordynator Oddziału Ginekologiczno-Położniczego /lekarz kierujący Oddziałem Ginekologiczno-Położniczym, a w godzinach popołudniowych i nocnych lekarz dyżurny I kolejki.
6. W Izbie Przyjęć pacjentki przyjmowane są w części ginekologicznej oraz położniczej.
7. Kobiety ciężarne powyżej 22. tygodnia ciąży oraz rodzące, przyjmowane są w części położniczej przez położne, pod nadzorem lekarza.
8. Kobiety ciężarne poniżej 22. tygodnia ciąży, ze schorzeniami ginekologicznymi, do planowanych zabiegów, przyjmowane są w części ginekologicznej przez lekarza.

9. Pacjentki przyjęte, przeprowadzane są lub przewożone na wózkach przez personel Izby Przyjęć, do właściwych oddziałów szpitalnych.

§ 31

1. Zakres działalności Oddziału Ginekologicznego - Położniczego z Pododdziałami Ginekologii Onkologicznej, Patologii Ciąży i Sali Porodowej obejmuje:
 - 1) świadczenia zdrowotne w zakresie ginekologii i położnictwa,
 - 2) leczenie operacyjne chorób narządu rodowego, w tym zabiegi z zakresu onkologii ginekologicznej,
 - 3) diagnostykę i leczenie pacjentek w ciąży do 22. tygodnia,
 - 4) wykonywanie endoskopii (laparoscopia, histeroscopia diagnostyczna i zabiegowa),
 - 5) świadczenie usług medycznych najwyższego, III stopnia referencyjności dla przyjętych ciężarnych powyżej 22. tygodnia ciąży oraz przyjętych do porodu,
 - 6) udzielanie świadczeń zdrowotnych pacjentkom po porodzie i cięciu cesarskim.
2. Za organizację pracy w oddziale odpowiada Ordynator/lekarz kierujący oddziałem, położna/pielęgniarka oddziałowa oraz położna/pielęgniarka koordynująca w zakresie pełnionych funkcji obowiązków. Podczas ich nieobecności zastępstwo pełnią wyznaczone osoby.
3. Ordynator /lekarz kierujący oddziałem odpowiada za prawidłowe prowadzenie dokumentacji medycznej oddziału. Z upoważnienia Ordynatora/lekarza kierującego oddziałem, dokumentacja medyczna w oddziale nadzorowana jest przez Zastępców ordynatora/zastępców lekarza kierującego oddziałem.
4. Odwiedziny w oddziale odbywają się codziennie w określonych w regulaminie odwiedzin godzinach. U pacjentek po zabiegach operacyjnych zgodnie z procedurą akredytacyjną dotyczącą odwiedzin na odcinku pooperacyjnym.
5. Wizyty lekarskie odbywają się w godzinach ustalonych przez Ordynatora/lekarza kierującego oddziałem. Wizyta wieczorna w dni wolne od pracy prowadzona jest przez lekarza I kolejki – Pododdział Patologii Ciąży, II kolejki – Sala Porodowa i odcinek położniczy, III kolejki – odcinek ginekologiczny.
6. Oddział ściśle współpracuje z Oddziałem Anestezjologii poprzez:
 - 1) zgłaszanie planu zabiegów operacyjnych na następny dzień,
 - 2) zgłaszanie znieczuleń do zabiegów ginekologicznych.Wszystkie pacjentki do planowanych zabiegów operacyjnych w dniu poprzedzającym zabieg są konsultowane przez anestezjologa, ustalany jest rodzaj znieczulenia i ewentualnie, stosowanie profilaktyki przeciwzakrzepowej.
7. Pacjentki po przebytych zabiegach operacyjnych pozostają w sali poanestetycznej przez 2 godziny, w celu monitorowania ciśnienia tętniczego krwi, tętna, oddechu oraz obserwacji wydzieliny z drenów i dróg rodnych, po czym przekazywane są do sal pooperacyjnych. Ostateczną decyzję o czasie monitorowania pacjentki podejmuje lekarz anestezjolog.
8. W salach pooperacyjnych obowiązuje wzmożony nadzór nad stanem pacjentek, standardowo w drugiej dobie pooperacyjnej pacjentki przekazywane są z sal pooperacyjnych do sal oddziału. O czasie pobytu pacjentek w salach pooperacyjnych decyduje Ordynator oddziału/ lekarz kierujący oddziałem.
9. W Sali Porodowej odbywają się porody, w tym:
 - 1) porody fizjologiczne,
 - 2) porody z osobą towarzyszącą,
 - 3) porody w znieczuleniu zewnątrzoponowym, z zastosowaniem przezskórnej stymulacji nerwów TENS oraz wziewnie za pomocą entonoksu,
 - 3) porody zabiegowe drogą pochwową,
 - 4) cięcia cesarskie.

10. Szczegółowe zapisy dotyczące pobytu i procesu porodu, pielęgnowania, prowadzenia dokumentacji zawarte są w procedurach operacyjnych i akredytacyjnych.
11. Obowiązuje uzyskanie pisemnej zgody pacjentki na zabiegi, operacje i wszelkie procedury związane z ciążą i porodem.
12. Każda pacjentka obsługiwana jest zgodnie z planem porodu, jeżeli sytuacja położnicza rodzącej na to zezwala oraz warunki logistyczne na Sali Porodowej.
13. Porody fizjologiczne prowadzone są przez położne, w obecności lekarza ginekologa – położnika i neonatologa. Porody zabiegowe prowadzi lekarz ginekolog – położnik, w obecności dwóch lekarzy neonatologów. W cięciach cesarskich uczestniczy co najmniej jeden lekarz specjalista ginekolog – położnik.
14. Do dyspozycji oddziału pozostaje lekarz internista nadzorujący prowadzenie internistyczne ciężarnych kobiet w oddziale.
15. Wypisy pacjentek dokonywane są codziennie od godziny 13:00 (w dni robocze), a w razie potrzeby w dni wolne od pracy.

§ 32

1. Zakres działalności Oddziału Neonatologicznego z Pododdziałem Patologii Noworodków obejmuje świadczenia zdrowotne udzielane noworodkom urodzonym w Szpitalu Ginekologiczno – Położniczym i Noworodków oraz noworodki kierowane z innych szpitali i poradni. Oddział świadczy usługi medyczne najwyższego, III stopnia referencyjnego. W oddziale prowadzone jest leczenie noworodków donoszonych i wcześniaków ze schorzeniami okresu noworodkowego, w tym również noworodków i wcześniaków z niewydolnością oddechową, wymagającą sztucznego oddechu z zastosowaniem specjalistycznej aparatury i intensywnej opieki.
2. Za organizację pracy w oddziale odpowiada Ordynator/lekarz kierujący oddziałem, położna/pielęgniarka oddziałowa oraz położna/pielęgniarka koordynująca w zakresie pełnionych funkcyjnie obowiązków. Podczas ich nieobecności zastępstwo pełnią wyznaczone osoby.
3. Oddziałem kieruje Ordynator/ lekarz kierujący oddziałem, który odpowiada za prawidłowe prowadzenie dokumentacji medycznej Oddziału. Z upoważnienia Ordynatora/lekarza kierującego oddziałem bieżący nadzór nad dokumentacją medyczną sprawuje Zastępca ordynatora/ zastępca lekarza kierującego oddziałem.
4. Noworodkom, po przyjęciu z Bloku Porodowego zakładana jest dokumentacja medyczna noworodka, w tym: historia rozwoju noworodka, karta gorączkowa, karta zleceń lekarskich, karta obserwacji noworodka, karta badania słuchu, oraz zestaw dokumentów do badań przesiewowych.
5. Personel medyczny oddziału prowadzi stałą obserwację noworodków przebywających w boksach obserwacyjnych oraz w boksie „R”.
6. W oddziale prowadzona jest promocja karmienia piersią oraz edukacja zdrowotna matek.
7. Odwiedziny w oddziale odbywają się codziennie.
8. Wizyty lekarskie odbywają się w godzinach ustalonych przez Ordynatora/ lekarza kierującego oddziałem. Wizyta wieczorna w dni wolne od pracy prowadzona jest przez lekarza dyżurnego.
9. Wypisy noworodków odbywają się codziennie od godziny 13:00 (w dni robocze), a w razie potrzeby w dni wolne od pracy.

§ 33

1. Blok Operacyjny stanowi wydzieloną komórkę organizacyjną składającą się z dwóch sal operacyjnych i sali endoskopowej.
2. Centralna Sterylizatornia świadczy usługi dla wszystkich oddziałów szpitalnych oraz odbiorców zewnętrznych.
3. Pielęgniarka oddziałowa Bloku Operacyjnego odpowiada za jego sprawne funkcjonowanie, stan higieny oraz gotowość wszystkich pomieszczeń traktu operacyjnego. Odpowiada również za prowadzenie dokumentacji, statystyki i sprawozdawczości. Pielęgniarki oddziałowej podlegają pielęgniarki i położne oraz salowe obsługujące sale operacyjne i Centralną Sterylizatornię.
4. Kierownik Centralnej Sterylizatorni odpowiada za sprawne funkcjonowanie, stan higieniczny oraz gotowość pomieszczeń Centralnej Sterylizatorni do użytkowania jak również za prowadzenie dokumentacji, statystyki i sprawozdawczości.
5. Sala cięć cesarskich, sala operacyjna aseptyczna oraz sala endoskopowa podporządkowane są Ordynatorowi/lekarzowi kierującemu Oddziałem Ginekologiczno-Położniczym.
6. Rozkład pracy lekarzy przeprowadzających zabiegi w danej sali ustala Ordynator Oddziału Ginekologiczno-Położniczego/ lekarz kierujący Oddziałem Ginekologiczno-Położniczym.
7. W godzinach przedpołudniowych zabiegi operacyjne odbywają się wg ustalonego planu, który powinien być umieszczony w dniu poprzedzającym na tablicy ogłoszeń do godziny 13:30 znajdującej się w Bloku Operacyjnym, z podaniem: nazwiska pacjentki, numeru sali, w której przebywa, rozpoznania, rodzaju znieczulenia, składu zespołu operującego.
W pozostałych godzinach zabiegi operacyjne wykonywane są na zlecenie lekarza dyżurnego „I kolejki”.
8. Wykonane zabiegi operacyjne dokumentowane są przez zespół lekarski wg obowiązującego wzoru w „Księdze Bloku Operacyjnego”, przyporządkowanej danej sali operacyjnej.
9. Pielęgniarki i położne instrumentariuszki dokumentują wykonane zabiegi w „Sprawozdaniu instrumentariuszki z przebiegu zabiegu operacyjnego”.
10. W trakcie zabiegu operacyjnego cały personel, znajdujący się w sali operacyjnej, podporządkowany jest lekarzowi operującemu.
11. Dokumentacja Centralnej Sterylizatorni prowadzona jest przez osoby obsługujące Centralną Sterylizatornię, posiadające odpowiednie kwalifikacje do jej obsługi.

§ 34

1. Oddział Anestezjologii wykonuje zadania związane:
 - 1) ze znieczuleniem do wszelkich zabiegów operacyjnych, diagnostycznych, porodów,
 - 2) z przeciwdziałaniem i leczeniem powikłań znieczulenia,
 - 3) z prowadzeniem terapii przeciwbólowej,
 - 4) z profilaktyką przeciwzakrzepową, zgodnie z oceną wg skali punktowej,
 - 5) z udzielaniem pomocy w przypadkach zagrożenia życia.
2. Oddział Anestezjologii współpracuje z innymi oddziałami szpitala i pracownikami, uczestnicząc:
 - 1) w przygotowaniu chorego do operacji,
 - 2) w wyrównaniu zaburzeń ogólnoustrojowych, towarzyszących chorobie zasadniczej lub będących jej wynikiem,
 - 3) w konsultacjach pacjentek będących w okresie przed i pooperacyjnym.
3. Do zadań Oddziału Anestezjologii należy również postępowanie specjalne z chorymi, u których zachodzi konieczność:

- 1) udrożnienia dróg oddechowych,
 - 2) zastosowania oddechu wspomagającego lub kontrolowanego,
 - 3) wdrożenia różnego rodzaju czynności reanimacyjnych.
4. Za Oddział Anestezjologii odpowiada Ordynator Oddziału Anestezjologii/lekarz kierujący Oddziałem Anestezjologii – specjalista z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii, który podlega bezpośrednio Dyrektorowi. Ordynator Oddziału Anestezjologii/lekarz kierujący Oddziałem Anestezjologii odpowiada za sprawne funkcjonowanie oddziału pod względem medycznym, administracyjnym i gospodarczym oraz jest bezpośrednim przełożonym całego personelu działu.
5. Za organizację prac pielęgniarских i położniczych w Oddziale Anestezjologii odpowiada położna/pielęgniarka koordynująca w zakresie pełnionych funkcji obowiązków.
6. Podczas nieobecności Ordynatora Oddziału Anestezjologii/lekarz kierującego Oddziałem Anestezjologii i położnej/pielęgniarki koordynującej zastępstwo pełnią wyznaczone osoby.
7. Ordynator/lekarz kierujący Oddziałem Anestezjologii odpowiada za prawidłową gospodarkę środkami odurzającymi i psychotropowymi, tj.: przechowywanie, rozchód i prowadzenie dokumentacji z tym związanej.
8. Ordynator/lekarz kierujący Oddziałem Anestezjologii odpowiada również za dokumentację, sprawozdawczość i statystykę dotyczącą działu.
9. Oddział Anestezjologii wykonując swoje czynności użytkuje:
- 1) sale operacyjne,
 - 2) sale zabiegowe poszczególnych oddziałów,
 - 3) salę porodową,
 - 4) salę wybudzeń (poanestetyczną).
10. Sala wybudzeń znajduje się w obrębie „traktu operacyjnego” i służy do obserwacji pacjentek w bezpośrednim okresie pooperacyjnym.
11. Oddział Anestezjologii organizuje szkolenia zarówno dla lekarzy jak i pielęgniarek i położnych zatrudnionych w dziale, jak również dla personelu z innych oddziałów szpitala.
12. Rozkład zajęć Oddziału Anestezjologii ustala Ordynator/lekarz kierujący Oddziałem Anestezjologii w porozumieniu z ordynatorami odpowiednich oddziałów/lekarzami kierującymi oddziałami. Harmonogram zabiegów operacyjnych na dzień następny sporządza Ordynator/lekarz kierujący oddziałem Ginekologiczno-Położniczym. Ordynator/lekarz kierujący Oddziałem Anestezjologii lub wyznaczony przez niego lekarz drukuje ten harmonogram, dopisując uprzednio do poszczególnych operacji konkretnego anestezjologa do znieczulenia. Harmonogram, po zatwierdzeniu przez Ordynatora – lekarza kierującego Oddziałem Ginekologiczno-Położniczym jest wywieszany na tablicy w Bloku Operacyjnym.

§ 35

1. Dział Farmacji zajmuje się:
- 1) wydawaniem produktów leczniczych i wyrobów medycznych,
 - 2) udzielaniem informacji o produktach i wyrobach medycznych,
 - 3) organizowaniem zaopatrzenia Klinicznego Centrum w produkty i wyroby medyczne,
 - 4) udziałem w racjonalizacji farmakoterapii,
 - 5) prowadzeniem gospodarki produktami leczniczymi i wyrobami medycznymi w Klinicznym Centrum,
 - 6) ewidencją badanych produktów leczniczych oraz wyrobów medycznych otrzymanych w formie darowizny,

- 7) ustalaniem procedur wydawania produktów leczniczych i wyrobów medycznych na oddziały oraz dla pacjenta.
2. Kierownikiem Działu Farmacji jest magister farmacji, który odpowiada za sprawne funkcjonowanie apteki i prowadzenie wymaganej dokumentacji.
3. Dział Farmacji pracuje w godzinach od 7:00 do 14:35, w dni robocze. W przypadkach pilnych Kierownik działu może wydać niezbędny lek w innych godzinach, po uprzednim powiadomieniu telefonicznym.
4. Dział Farmacji wydaje produkty lecznicze i wyroby medyczne po ich przygotowaniu i sprawdzeniu, osobom uprawnionym do odbioru - wg procedury.
5. Dział Farmacji przechowuje oryginały recept w swoich aktach oraz prowadzi dokumentację rozliczeniową i sprawozdawczą. Prowadzona jest również dokumentacja dotycząca sprowadzania leków nie zarejestrowanych w Polsce, na zasadzie importu docelowego. W Dziale Farmacji prowadzi się „Książkę obrotu środkami odurzającymi i psychotropowymi”.
6. Kierownik Działu Farmacji przygotowuje dokumenty do procedur przetargowych.
7. Kierownik Działu przeprowadza kontrole apteczek oddziałowych w zakresie prawidłowego przechowywania produktów leczniczych i wyrobów medycznych, stanu zapasów oraz terminów ich ważności.

§ 36

1. Medyczne Laboratorium Diagnostyczne wykonuje badania na zlecenie właściwych komórek Klinicznego Centrum.
2. Badania laboratoryjne na rzecz Klinicznego Centrum wykonywane są przez firmę zewnętrzną na zasadach outsourcingu. Firma prowadzi również dokumentację statystyczną badań i sprawozdawczość dla potrzeb Klinicznego Centrum.
3. Przyjmowanie materiału odbywa się według ustalonych zasad ustalonych w umowie zawartej z firmą wykonującą badania.
4. Godziny przyjmowania materiału do badań są podane do wiadomości komórek organizacyjnych Klinicznego Centrum zlecających badania.
5. Wyniki badań przekazywane są bezpośrednio komórkom organizacyjnym Klinicznego Centrum zlecającym badania.

§ 37

1. Pracownia RTG jest wyposażona w odpowiednią aparaturę, przyrządy pomocnicze, środki ochronne przed promieniowaniem oraz materiały zużywalne.
2. Pracownią kieruje kierownik podlegający bezpośrednio Dyrektorowi. Kierownik jest odpowiedzialny za sprawne funkcjonowanie Pracowni RTG pod względem merytorycznym, administracyjnym i gospodarczym oraz za prawidłowe prowadzenie dokumentacji i statystyki.
3. Pracownia RTG wykonuje badania RTG oraz EKG pacjentom hospitalizowanym w szpitalu oraz korzystającym ze świadczeń ambulatoryjnych, na zlecenie innych podmiotów wykonujących działalność leczniczą – na podstawie zawartych umów, oraz osób indywidualnych jako badania płatne.
4. Przyjmowanie pacjentów odbywa się odpowiednio do warunków uprzednio uzgodnionych z oddziałami szpitalnymi i poradniami specjalistycznymi. Pozostali pacjenci przyjmowani są w ustalonych godzinach pracy pracowni. W przypadku koniecznej czasowej zmiany godzin pracy Pracowni RTG ze względów organizacyjnych, decyzję w tym zakresie podejmuje Dyrektor Klinicznego Centrum. O każdej zmianie

należy poinformować pacjentów w sposób zwyczajowo przyjęty w Klinicznym Centrum, tj. poprzez wywieszenie informacji na tablicach ogłoszeń oraz przy wejściu głównym do szpitala.

5. Przyjmowanie pacjenta odbywa się na podstawie „skierowania do badania radiologicznego”, wpisu do „Księgi badania radiologicznego” oraz do systemu MEDICOM.
6. Wynik zawiera zdjęcie oraz „Kartę badania radiologicznego” z opisem i interpretacją. Kopia „Karty badania radiologicznego” pozostaje w Pracowni.
7. W przypadkach nagłych badania są wykonywane niezależnie od godzin pracy pracowni a opis sporządzany jest przez radiologa z jednostki, z którą Kliniczne Centrum ma podpisaną stosowną umowę dotyczącą opisu zdjęć.
8. Nadzór nad przestrzeganiem wymagań ochrony radiologicznej w pracowni RTG sprawuje inspektor ochrony radiologicznej.

§ 38

1. Szkoła Rodzenia prowadzi:
 - 1) edukację kobiet ciężarnych,
 - 2) psychoprofilaktykę porodu,
 - 3) wykłady dotyczące opieki nad noworodkiem,
 - 4) ćwiczenia fizyczne przygotowujące do odbycia porodu,
 - 5) promocję zdrowia w grupie kobiet ciężarnych i przyszłych ojców.
2. Zajęcia w Szkole Rodzenia prowadzone są przez położne i lekarzy specjalistów, a także inne osoby prowadzące specjalistyczne wykłady.
3. Nadzór nad Szkołą Rodzenia sprawuje Naczelną Pielęgniarka Klinicznego Centrum.
4. Zajęcia Szkoły Rodzenia odbywają się zgodnie z harmonogramem ustalany corocznie.

§ 39

Podstawowa Opieka Zdrowotna – nocna i świąteczna opieka zdrowotna udziela świadczeń zdrowotnych w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej od poniedziałku do piątku w godzinach od 18.00 do 8.00 dnia następnego oraz w soboty, niedziele i inne dni ustawowo wolne od pracy w godzinach od 8.00 do 8.00 dnia następnego.

Realizowana jest na podstawie porozumienia zawartego z podmiotem przyjmującym obowiązek udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej wynikającej z umowy zawartej w tym zakresie pomiędzy Klinicznym Centrum a OOW NFZ.

§ 40

1. Bank Mleka Kobięcego jest komórką organizacyjną działającą przy Szpitalu Ginekologiczno-Położniczym i Noworodków im. dr Sergiusza Mossora .
2. Nadzór merytoryczny nad działalnością Banku Mleka Kobięcego sprawuje kierownik, który podlega bezpośrednio Dyrektorowi Klinicznego Centrum.
3. Pracę laboratoryjną, administrowanie pozyskiwanego i wydawanego mleka oraz kwalifikację dawczyń wraz z instruktażem bezpiecznego odciągania i przekazywania mleka do Banku oraz dalszą współpracę z dawczyniami i poradnictwo laktacyjne w Szpitalu prowadzą położne – edukatorki ds. laktacji.

4. Głównym zadaniem Banku Mleka Kobiecego jest gromadzenie, badanie i pasteryzacja nadmiaru mleka pozyskanego od kobiet w okresie laktacji, w szczególności od matek dzieci hospitalizowanych w Szpitalu i po ich wypisie, z przeznaczeniem dla tych noworodków i niemowląt, które z przyczyn medycznych lub losowych nie mogą być karmione mlekiem własnej matki.
5. Bank Mleka Kobiecego zabezpiecza w pasteryzowane mleko kobiece w pierwszej kolejności hospitalizowane na terenie województwa opolskiego noworodki i niemowlęta urodzone przedwcześnie i/lub chore, w miarę posiadanych zasobów mleka – również zdrowe hospitalizowane noworodki i niemowlęta, a w następnej kolejności także noworodki i niemowlęta po wypisie do domu, które z przyczyn wskazanych w ust. 4, nie mogą być karmione mlekiem biologicznej matki.
6. Okres korzystania z Banku Mleka Kobiecego przez jedno dziecko wynosi nie dłużej niż przez 4 tygodnie lub do ukończenia przez dziecko skorygowanego 34 tygodnia życia postkonceptyjnego.
7. Mleko z Banku Mleka Kobiecego wydawane jest na podstawie pisemnego zlecenia lekarskiego wystawionego przez lekarza sprawującego opiekę medyczną nad dzieckiem – beneficjentem Banku.
8. Współpraca szpitali, w których są leczone wcześniaki i/lub chore noworodki i niemowlęta z Bankiem Mleka Kobiecego następuje na mocy umów z Klinicznym Centrum obejmujących zasady m.in. pozyskiwania i przekazywania mleka od chętnych, kwalifikujących się do oddawania pokarmu kobiet hospitalizowanych w tych szpitalach lub zamieszkałych w ich okolicy do Banku Mleka Kobiecego za pośrednictwem tych szpitali oraz warunki korzystania z zasobów Banku Mleka Kobiecego przez noworodki i niemowlęta hospitalizowane w tych szpitalach.
9. Bank Mleka Kobiecego jest prowadzony we współpracy i zgodnie ze standardami wypracowanymi przez Fundację Bank Mleka Kobiecego akredytowaną przez Europejskie Towarzystwo Banków Mleka Kobiecego (EMBA).

§ 41

1. Specjalista ds. epidemiologii podlega służbowo Dyrektorowi Klinicznego Centrum, a funkcjonalnie – Naczelnej Pielęgniarce. Głównym zadaniem specjalisty ds. epidemiologii jest oddziaływanie na stan epidemiologiczny Klinicznego Centrum poprzez prowadzenie programu czynnej rejestracji zakażeń szpitalnych i koordynowanie pracy pielęgniarek łącznikowych w oddziałach.
Specjalista ds. epidemiologii współpracuje z Dyrektorem, Naczelną Pielęgniarką oraz Komitetem i Zespołem Kontroli Zakażeń Szpitalnych i wszystkimi komórkami organizacyjnymi Klinicznego Centrum.
2. Do zadań szczegółowych specjalisty ds. epidemiologii należy m.in.:
 - 1) nadzór nad pacjentkami z zakażeniami szpitalnymi w zakresie pielęgnacji i izolacji,
 - 2) monitorowanie i analizowanie przyczyn występowania zakażeń szpitalnych,
 - 3) prowadzenie dokumentacji dotyczącej zakażeń szpitalnych i patogenów alarmowych,
 - 4) prowadzenie rejestru oraz analizowanie wyników badań mikrobiologicznych ze wszystkich oddziałów szpitalnych,
 - 5) opracowywanie procedur profilaktyki zakażeń i higieny szpitalnej oraz nadzór nad wdrażaniem i przestrzeganiem powyższych procedur,
 - 6) analizowanie kosztów leczenia poszczególnych przypadków, związanych z zakażeniami szpitalnymi,
 - 7) kontrola działów i oddziałów szpitala pod kątem przestrzegania reżimu szpitalnego przez personel, w tym m.in.: kontrola prawidłowości dezynfekcji powierzchni, przedmiotów, urządzeń sanitarnych, sprzętu szpitalnego, gospodarki odpadami, postępowania z bielizną szpitalną i stosowania odzieży ochronnej,
 - 8) nadzór nad prawidłowym pobieraniem i przesyłaniem materiału do badań mikrobiologicznych,

- 9) dobór odpowiednich środków dezynfekcyjnych stosowanych w szpitalu oraz nadzór nad ich racjonalnym używaniem i sposobem sporządzania roztworów roboczych,
- 10) organizowanie prawidłowego przepływu informacji związanych z sytuacją epidemiologiczną szpitala,
- 11) organizowanie regularnych szkoleń dla personelu z zakresu profilaktyki zakażeń szpitalnych i higieny,
- 12) analiza skuteczności stosowania okołoperacyjnej profilaktyki antybiotykowej.
- 13) prowadzenie dokumentacji wymaganej odrębnymi przepisami, dotyczącej zagadnień związanych z wykonywanymi czynnościami, a także, sporządzanie rejestrów i sprawozdawczości z tym związanej,
- 14) udział w profilaktyce i promocji zdrowia wśród pracowników,
- 15) uczestnictwo w kontrolach przeprowadzanych przez Państwową Inspekcję Sanitarną oraz innych, związanych z powierzonym zakresem obowiązków.

§ 42

1. Poradnie Konsultacyjne są integralną częścią Klinicznego Centrum. W skład Poradni wchodzi:
 - 1) Poradnia Neonatologiczna,
 - 2) Poradnia Ginekologiczno-Położnicza,
 - 3) Poradnia Patologii Ciąży,
 - 4) Poradnia Laktacyjna,
 - 5) Poradnia Ginekologii Onkologicznej.
 - 6) Poradnia Endokrynologiczno-Ginekologiczna.
2. Do zadań Poradni Neonatologicznej należy:
 - 1) kontynuacja opieki specjalistycznej nad wcześniakami i noworodkami donoszonymi, wymagającymi dalszej diagnostyki i leczenia,
 - 2) diagnostyka i terapia metoda Wojty dzieci z ryzyka okołoporodowego,
 - 3) badania USG p/cięmiączkowego,
 - 4) badania USG stawów biodrowych.
3. Do zadań Poradni Ginekologiczno-Położniczej należy:
 - 1) udzielanie świadczeń zdrowotnych pacjentkom przed przyjęciem do leczenia szpitalnego,
 - 2) udzielanie konsultacji,
 - 3) kwalifikowanie pacjentek do leczenia stacjonarnego,
 - 4) wykonywanie badań kontrolnych po zakończeniu leczenia szpitalnego,
 - 5) przeprowadzanie badań profilaktycznych mających na celu wczesne wykrywanie chorób, zwłaszcza nowotworowych,
 - 6) sprawowanie opieki nad kobietą ciężarną.
4. Do zadań Poradni Patologii Ciąży należy:
 - 1) udzielanie pomocy kobietom, których ciąża jest zagrożona lub które poroniły wcześniej,
 - 2) przeprowadzanie specjalistycznej diagnostyki w celu zidentyfikowania przyczyn niepowodzenia oraz podjęcie leczenia i zastosowanie środków zaradczych.
5. Do zadań Poradni Laktacyjnej należy upowszechnienie karmienia piersią i pomoc kobietom z problemami laktacyjnymi.
6. Do zadań Poradni Ginekologii Onkologicznej należy objęcie kobiet profilaktyką, a także wczesne wykrywanie schorzeń onkologicznych i kierowanie do leczenia.

7. Do zadań Poradni Endokrynologiczno-Ginekologicznej należy objęcie opieką kobiet po ukończeniu 16. roku życia u których występują problemy hormonalne dotyczące układu rozrodczego.
8. Nadzór merytoryczny oraz nad dokumentacją medyczną sprawują:
 - 1) w Poradni Neonatologicznej oraz w Poradni Laktacyjnej – kierownik poradni neonatologicznych
 - 2) w Poradni Ginekologiczno-Położniczej, Poradni Patologii Ciąży, Poradni Ginekologii Onkologicznej oraz Poradni Endokrynologiczno-Ginekologicznej – kierownik poradni ginekologiczno-położniczych.
9. W Poradniach przyjmują:
 - 1) w Poradni Neonatologicznej - lekarz specjalista – pediatra/neonatolog; lekarz pediatra/neonatolog z certyfikatem kursu diagnostyki i terapii metodą Wojty oraz fizjoterapeutka – z certyfikatem kursu terapii metodą Wojty; badania USG (p/ciemniączkowe, stawów biodrowych i inne) wykonują w tej poradni również lekarze posiadający certyfikat diagnostyki i leczenia stawów biodrowych m. Graafa i certyfikat diagnostyki ultrasonograficznej OUN,
 - 2) w Poradni Laktacyjnej – lekarz neonatolog lub lekarz w trakcie specjalizacji oraz położna posiadająca kwalifikacje w zakresie laktacji,
 - 3) w Poradni Ginekologiczno-Położniczej oraz Poradni Patologii Ciąży – lekarz ginekolog-położnik,
 - 4) w Poradni Ginekologii Onkologicznej – lekarz ginekolog-onkolog lub lekarz w trakcie specjalizacji,
 - 5) w Poradni Endokrynologiczno-Ginekologicznej – lekarz ginekolog-endokrynolog lub lekarz w trakcie specjalizacji.
9. Do Poradni Neonatologicznej obowiązuje skierowanie od lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, specjalisty lub z oddziału szpitalnego. Pacjenci są umawiani na określony dzień i godzinę.
Do Poradni Ginekologiczno-Położniczej nie obowiązuje skierowanie lekarskie. Pacjentki umawiane są do Poradni na określony dzień i godzinę.
Do Poradni Patologii Ciąży obowiązuje skierowanie od lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, specjalisty lub z oddziału szpitalnego. Pacjenci są umawiani na określony dzień i godzinę.
Do Poradni Laktacyjnej nie obowiązuje skierowanie lekarskie
Do Poradni Ginekologii Onkologicznej obowiązuje skierowanie od lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, specjalisty lub z oddziału szpitalnego. Pacjenci są umawiani na określony dzień i godzinę.
Do Poradni Endokrynologiczno-Ginekologicznej obowiązuje skierowanie od lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, specjalisty lub z oddziału szpitalnego. Pacjenci są umawiani na określony dzień i godzinę.

§ 42A

1. Referencyjny Ośrodek Diagnostyki i Leczenia Niepłodności jest jednostką organizacyjną Klinicznego Centrum utworzoną w celu realizacji Programu Polityki Zdrowotnej – Program Kompleksowej Ochrony Zdrowia Prokreacyjnego w Polsce w latach 2016-2020.
2. Poradnia Diagnostyki i Leczenia Niepłodności zapewnia uczestnikom skierowanym do programu kompleksową i specjalistyczną opiekę medyczną, która pozwoli na określenie przyczyn niepłodności i ewentualne skierowanie do dalszego leczenia oraz monitorowanie jego przebiegu i rezultatów. Poradnia współpracuje z oddziałami szpitala, pracownikami i innymi poradniami specjalistycznymi.
3. Laboratorium Diagnostyki Niepłodności wykonuje badania pacjentom skierowanym do programu. Przyjmowanie materiału do badań odbywa się zgodnie z ustalonymi przez kierownika harmonogramem i zasadami. Kierownik Laboratorium prowadzi dokumentację statystyczną badań i sprawozdawczość dla potrzeb Klinicznego Centrum.

§ 43

1. Ośrodek Dzienny Rehabilitacji Wieków Rozwojowych i funkcjonująca w ramach Ośrodka komórka organizacyjna sprawują opiekę koordynowaną nad dziećmi do 3. roku życia u których zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą ich życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju albo w czasie porodu. Świadczenia te są także dedykowane noworodkom urodzonym przedwcześnie (przed 33 tygodniem ciąży).
2. Do rehabilitacji dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego przyjmowane są na podstawie skierowania dzieci na określony dzień oraz godzinę:
 - 1) z grupy wysokiego ryzyka ciąży-porodowego,
 - 2) z wrodzonymi wadami rozwojowymi układu nerwowego (np. przepukliny oponowo-rdzeniowej, małogłowie, wrodzone wodogłowie),
 - 3) z chorobami metabolicznymi układu nerwowego,
 - 4) z zaburzeniami koordynacji ruchowej pochodzenia centralnego,
 - 5) z zespołem mikrozaburzeń czynności mózgu,
 - 6) z zespołem aberracji chromosomów w tym z zespołem Downa,
 - 7) z trwałymi dysfunkcjami aparatu ruchu (w tym dziecięcego porażenia mózgowego, miopatie, zaniki nerwowo-mięśniowe, następstwa chorób urazowych i zapalnych OUN),
 - 8) z zaburzeniami integracji sensorycznej,
 - 9) z nieprawidłowym rozwojem psychomotorycznym o ustalonej lub bez ustalonej etiologii,
 - 10) z wrodzonymi wadami rozwojowymi wielu układów.
3. W ramach rehabilitacji dziennej zapewniane są dzieciom konsultacje, terapie i zabiegi stosowane przy w/w schorzeniach.
4. Nadzór merytoryczny oraz nad dokumentacją medyczną sprawuje kierownik poradni neonatologicznych.

§ 44

1. Na czele Działu Finansowo – Księgowego stoi Główny Księgowy, który odpowiada za politykę finansową Klinicznego Centrum oraz organizuje sprawną i terminową realizację zadań działu. W czasie nieobecności Głównego Księgowego, jego obowiązki przejmuje Zastępca Głównego Księgowego.
2. Główny Księgowy podlega bezpośrednio Dyrektorowi Klinicznego Centrum.
3. Do zadań Działu Finansowo – Księgowego należy w szczególności:
 - 1) prowadzenie rachunkowości Klinicznego Centrum zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami i zasadami, polegającymi m.in. na:
 - a) organizowaniu sporządzania, przyjmowania, obiegu, archiwizowania i kontroli dokumentów w sposób zapewniający właściwy przebieg operacji gospodarczych, ochronę mienia będącego w posiadaniu Klinicznego Centrum, sporządzanie kalkulacji i analiz kosztów wykonywanych zadań, sporządzanie sprawozdawczości finansowej,
 - b) bieżącym i prawidłowym ewidencjonowaniem zdarzeń gospodarczych i finansowych przy zastosowaniu elektronicznego systemu komputerowego, w sposób umożliwiający terminowe przekazywanie rzetelnych informacji ekonomicznych, terminowe i prawidłowe rozliczanie osób odpowiedzialnych materialnie za mienie Klinicznego Centrum oraz prawidłowe i terminowe dokonywanie rozliczeń zdarzeń gospodarczych oraz finansowych,

- c) nadzorowaniu całokształtu prac z zakresu rachunkowości i finansów, wykonywanych przez poszczególne komórki organizacyjne Klinicznego Centrum,
- 2) prowadzenie gospodarki finansowej Klinicznego Centrum zgodnie z obowiązującymi zasadami i przepisami prawa, w tym m.in.:
 - a) prowadzenie obsługi kasowej Klinicznego Centrum,
 - b) wykonywanie dyspozycji środkami pieniężnymi zgodnie z zasadami wynikającymi z ustawy o finansach publicznych,
 - c) zapewnienie prawidłowości pod względem finansowym umów zawieranych przez Kliniczne Centrum,
 - d) przestrzeganie zasad dot. prawidłowości rozliczeń pieniężnych i ochrony wartości pieniężnych,
 - e) zapewnienie terminowej spłaty zobowiązań, windykacji należności oraz dochodzenia roszczeń spornych,
- 3) wspomaganie Dyrektora Klinicznego Centrum w podejmowaniu decyzji strategicznych i operacyjnych poprzez zastosowanie systemu zarządzania kosztami, analizie i kontroli,
- 4) monitorowanie i kontrola wykonania budżetów poprzez:
 - a) kontrolę rzeczywistych kosztów w poszczególnych miejscach ich powstawania,
 - b) ustalenie odchyłeń od kosztów planowanych,
 - c) badanie przyczyn odchyłeń,
 - d) proponowanie rozwiązań zmierzających do optymalizacji kosztów,
- 5) wykonywanie czynności w zakresie płac i zasiłków z ubezpieczenia społecznego, w tym, m.in.:
 - a) sporządzanie list wypłat wynagrodzeń, zasiłków, ekwiwalentów, nagród i innych świadczeń pracowniczych,
 - b) naliczanie zaliczek na podatek dochodowy od osób fizycznych od wypłacanych pracownikom świadczeń z tytułu zatrudnienia w Klinicznym Centrum i przesyłanie w tym zakresie informacji urzędom skarbowym,
 - c) prowadzenie wymaganej dokumentacji oraz naliczanie świadczeń z ubezpieczenia społecznego (zasiłki chorobowe, opiekuńcze, macierzyńskie, rehabilitacyjne, wyrównawcze i inne),
 - d) kompletowanie, przechowywanie i archiwizowanie dokumentów płacowych,
 - e) analiza funkcjonowania Regulaminu Wynagradzania Pracowników.
- 6) analiza wykorzystania środków finansowych, będących w dyspozycji Klinicznego Centrum,
- 7) pozyskiwanie środków z funduszy pomocowych oraz unijnych, rozliczanie oraz analiza wykorzystania środków finansowych pochodzących z funduszy pomocowych oraz funduszy unijnych,
- 8) przygotowywanie projektu podziału środków funduszu socjalnego na dany rok,
- 9) prowadzenie kontroli wewnętrznej, w tym m.in. dokonywanie:
 - a) wstępnej, bieżącej i następczej kontroli funkcjonalnej w zakresie powierzonych obowiązków,
 - b) wstępnej kontroli operacji gospodarczych Klinicznego Centrum, stanowiących przedmiot księgowania,
- 10) opracowywanie projektów przepisów wewnętrznych dotyczących prowadzenia rachunkowości, a w szczególności: zakładowego planu kont, instrukcji obiegu i kontroli dokumentów, zasad przeprowadzania i rozliczania inwentaryzacji składników majątkowych Klinicznego Centrum,
- 11) opracowywanie projektów planu rzeczowo-finansowego Klinicznego Centrum oraz wniosków dot. zmiany tych planów i sposobu ich realizacji,
- 12) opiniowanie wszelkich decyzji i wewnętrznych aktów normatywnych wywołujących skutki finansowe.

§ 45

1. Na czele Działu Służb Pracowniczych stoi kierownik, który podlega bezpośrednio Dyrektorowi Klinicznego Centrum. W czasie nieobecności kierownika, zastępstwo pełni wyznaczony przez niego każdorazowo pracownik działu.
2. Do podstawowych zadań Działu Służb Pracowniczych należy prowadzenie spraw osobowych i zatrudnienia pracowników, w tym, w szczególności:
 - 1) w zakresie spraw pracowniczych:
 - a) prognozowanie, planowanie i bilansowanie potrzeb kadrowych oraz prowadzenie rekrutacji na wolne stanowiska na podstawie zgłaszanych zapotrzebowani przez kierowników komórek organizacyjnych Klinicznego Centrum,
 - b) doskonalenie form i metod przyjmowania i wprowadzania do pracy nowych pracowników,
 - c) właściwe prowadzenie akt osobowych, ewidencji osobowej i statystyki zawodowej,
 - d) opracowywanie sprawozdań z zakresu zatrudnienia oraz spraw socjalnych,
 - e) nadzorowanie terminowego wykorzystania urlopów wypoczynkowych,
 - f) kontrolowanie przestrzegania dyscypliny pracy oraz ewidencji czasu pracy,
 - g) analiza absencji chorobowej,
 - h) przygotowywanie planu konkursów na stanowiska kierownicze oraz obsługa administracyjna posiedzeń tych komisji konkursowych,
 - i) przygotowanie materiałów i obsługa administracyjna posiedzeń komisji konkursowych, które przeprowadzają konkurs na udzielanie zamówień na świadczenia zdrowotne (dyżury lekarskie i dyżury pod telefonem techników w Pracowni RTG),
 - j) prowadzenie rejestru umów kontraktowych, umów zlecenia i o dzieło,
 - k) koordynowanie przebiegu wewnętrznych postępowań rekrutacyjnych na wolne stanowiska pracy,
 - l) nadzorowanie prawidłowego i terminowego realizowania programu adaptacji zawodowej nowo zatrudnionych pracowników oraz podmiotów na umowach kontraktowych,
 - ł) koordynowanie procesu badania satysfakcji pracowników i opracowywanie informacji o poziomie zadowolenia pracowników,
 - m) nadzór nad sprawnym przeprowadzeniem procedury oceny i kwalifikacji zawodowych pracowników,
 - n) współdziałanie z lekarzem medycyny pracy oraz specjalista ds. BHP w celu zapewnienia pracownikom właściwej opieki zdrowotnej i warunków pracy oraz nadzór nad terminowym uaktualnieniem pracowniczych badań lekarskich,
 - o) prowadzenie spraw związanych z ubezpieczeniem społecznym pracowników i członków ich rodzin,
 - 2) w zakresie kształcenia i doskonalenia kwalifikacji pracowników:
 - a) prowadzenie rejestru szkoleń oraz umów na doksztalcenie,
 - b) monitorowanie terminowego składania wniosków oraz rocznego zapotrzebowania na szkolenia,
 - c) opracowywanie i koordynowanie rocznych i wieloletnich planów kształcenia, doksztalcenia i doskonalenia kadr,
 - d) dokonywanie corocznej analizy doksztalcenia pracowników,
 - 3) w zakresie spraw socjalno - bytowych:

- a) określenie potrzeb socjalnych i bytowych załogi oraz współdziałanie w ustalaniu przez Główną Księgową planu podziału funduszu socjalnego na dany rok,
 - b) przyjmowanie wniosków o dofinansowanie z funduszu socjalnego i ich weryfikacja w zakresie zgodności ze złożonymi oświadczeniami o dochodach,
 - c) sporządzanie sprawozdań z rozliczenia funduszu socjalnego,
 - d) administrowanie zakładowym funduszem socjalnym.
3. Dział Służb Pracowniczych współpracuje z działającymi na terenie Klinicznego Centrum organizacjami związkowymi w zakresie:
- a) realizacji polityki kadrowo – płacowej i socjalnej,
 - b) przygotowania materiałów informacyjnych do negocjacji płacowych kierownictwa Klinicznego Centrum ze związkami zawodowymi.

§ 46

1. Na czele Działu Organizacji i Nadzoru stoi kierownik, który odpowiada za terminowe i sprawne wykonywanie powierzonych zadań. W czasie nieobecności kierownika zastępstwo wyznaczony przez niego pracownik działu.
2. Kierownik działu podlega bezpośrednio Dyrektorowi Klinicznego Centrum.
3. Do podstawowych zadań Działu Organizacji i Nadzoru należy m. in.:
 - 1) w zakresie zadań organizacyjnych:
 - a) przygotowywanie projektów wewnętrznych aktów normatywnych – we współpracy z radcą prawnym,
 - b) prowadzenie dokumentacji organizacyjno – prawnej związanej z funkcjonowaniem Klinicznego Centrum (statutu, regulaminu organizacyjnego i in.) oraz zmian w dokumentach statutowych,
 - c) przygotowywanie informacji o działalności Klinicznego Centrum,
 - d) podawanie do wiadomości Urzędu Marszałkowskiego, Narodowego Funduszu Zdrowia oraz pacjentów wszelkich zmian w funkcjonowaniu komórek medycznych Klinicznego Centrum,
 - e) opracowywanie strategicznych planów działalności Klinicznego Centrum w zakresie usług medycznych;
 - f) rozpatrywanie skarg i wniosków pacjentów, prowadzenie ich rejestru oraz przygotowywanie odpowiedzi na interwencje i skargi,
 - g) zapewnienie prawidłowego obiegu informacji w komórkach Klinicznego Centrum,
 - h) obsługa posiedzeń Rady Społecznej,
 - i) prowadzenie spraw związanych z zawieraniem umów na świadczenia medyczne i ich rozliczanie,
 - j) przygotowywanie ofert konkursowych na świadczenie usług zdrowotnych do Narodowego Funduszu Zdrowia,
 - k) przygotowywanie i wykonywanie rozliczeń świadczeń medycznych realizowanych w ramach umów z Narodowym Funduszem Zdrowia,
 - l) przygotowywanie materiałów do postępowań konkursowych na udzielanie świadczeń zdrowotnych dla podmiotów zewnętrznych oraz na świadczenia zdrowotne wykonywane na rzecz pacjentów Klinicznego Centrum,
 - ł) prowadzenie polityki informacyjnej Klinicznego Centrum
 - 2) w zakresie analiz i marketingu:
 - a) sporządzanie analiz i zestawień statystycznych z działalności Klinicznego Centrum – do użytku wewnętrznego i zewnętrznego,

- b) analizowanie działalności poszczególnych komórek organizacyjnych Klinicznego Centrum i przedstawianie stosownych wniosków Dyrektorowi,
- c) przygotowywanie i aktualizacja wykazu procedur medycznych wraz z ich wagami, w celu prawidłowego rozliczenia kosztów,
- d) przygotowywanie sprawozdań z wykonania kontraktów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia,
- e) pozyskiwanie środków z funduszy pomocowych,
- f) prowadzenie działań marketingowych oraz bieżąca promocja Klinicznego Centrum.

4. Do Działu Organizacji i Nadzoru należą ponadto zadania związane z obsługą informatyczną Centrum, a w szczególności:

- 1) ~~administrowanie systemami informatycznymi funkcjonującymi w Centrum oraz nadzór nad przetwarzaniem danych,~~
- 2) ~~opracowywanie projektów planów strategicznych w zakresie rozwoju technologii informatycznej,~~
- 3) ~~przedstawianie propozycji rozwoju infrastruktury oraz technologii informatycznej (komputery, sieci łączności, przesyłanie danych) oraz przygotowywanie odpowiednich procesów inwestycyjnych,~~
- 4) ~~doradztwo pracownikom Centrum dotyczące użytkowania systemów informatycznych,~~
- 5) ~~szkolenie pracowników Centrum w zakresie eksploatowanych systemów oraz sprzętu komputerowego,~~
- 6) ~~instalacja i wdrażanie zakupionego oprogramowania,~~
- 7) ~~testowanie i wstępna diagnostyka sprzętu komputerowego eksploatowanego w Centrum,~~
- 8) ~~zapewnienie niezbędnej konserwacji, przeglądów okresowych i napraw sprzętu komputerowego,~~
- 9) ~~prowadzenie strony internetowej oraz BIP Centrum,~~
- 10) ~~współdziałanie z organami samorządu terytorialnego oraz innymi instytucjami w zakresie wprowadzenia nowych programów informatycznych,~~
- 11) ~~wykonywanie zadań związanych z zabezpieczeniem systemu informatycznego i ochrony danych osobowych.~~

5. Kierownikowi Działu Organizacji i Nadzoru służbowo podlegają sekretarki medyczne wykonujące prace dokumentacyjne, statystyczne i administracyjne związane z pobytem pacjentów w szpitalu w sekretariatach oddziałów Ginekologiczno-Położniczego i Neonatologicznego, natomiast funkcjonalnie podlegają właściwemu ordynatorowi/lekarzowi kierującemu oddziałem Ginekologiczno-Położniczym lub Neonatologicznym.

§ 46A

- 1. Na czele Działu Informatyki stoi kierownik, który odpowiada za terminowe i sprawne wykonywanie powierzonych zadań. W czasie nieobecności kierownika, zastępstwo pełni wyznaczony przez niego pracownik działu.
- 2. Kierownik działu podlega bezpośrednio Dyrektorowi Klinicznego Centrum.
- 3. Celem działania Działu Informatyki jest zapewnienie właściwej obsługi informatycznej Klinicznego Centrum
- 4. Podstawowe zadania Działu Informatyki:
 - 1) zapewnienie prawidłowego funkcjonowania systemów informatycznych Klinicznego Centrum,
 - 2) analizowanie potrzeb, przygotowywanie projektów wydatków oraz przygotowywanie dokumentacji rozwoju infrastruktury oraz technologii informatycznej (komputery, sieci łączności, przesyłanie danych),

- 3) wspomaganie użytkowników, w tym usuwanie awarii lub innych problemów związanych ze sprzętem komputerowym i oprogramowaniem użytkowanym w Klinicznym Centrum,
 - 4) szkolenie pracowników Klinicznego Centrum w zakresie eksploatowanych systemów oraz sprzętu komputerowego,
 - 5) wspomaganie pracowników Klinicznego Centrum z innych Działów w realizacji ich priorytetowych działań, w postaci dostosowania systemów pod ich potrzeby, tworzenia skryptów pozwalających na szybsze tworzenie statystyk i analiz,
 - 6) prowadzenie serwisów: internetowych, intranetowych oraz BIP, poczty elektronicznej,
 - 7) administrowanie systemami informatycznymi funkcjonującymi w Klinicznym Centrum – serwerami oraz urządzeniami sieciowymi,
 - 8) zapewnienie niezbędnej konserwacji, przeglądów okresowych i napraw sprzętu komputerowego,
 - 9) instalowanie, konfigurowanie i aktualizowanie oprogramowania zainstalowanego w komputerach użytkowników,
 - 10) nadzorowanie usług gwarancyjnych oraz serwisu pogwarancyjnego sprzętu komputerowego oraz oprogramowania,
 - 11) wykonywanie kopii zapasowych systemów, baz danych oraz zasobów plikowych użytkowników, a także testowanie poprawności ich działania
 - 12) zapewnienie ochrony i bezpieczeństwa danych zawartych w zbiorach systemu informatycznego Klinicznego Centrum,
5. Dział Informatyki współpracuje z następującymi podmiotami i instytucjami:
- 1) dostawcami i serwisantami dedykowanego oprogramowania typu HIS oraz Kadrowo-Księgowego.
 - 2) dostawcami i serwisantami sprzętu i oprogramowania komputerowego,
 - 3) dostawcami usług sieciowych,
 - 4) organami samorządu terytorialnego oraz innymi instytucjami w zakresie wprowadzenia nowych programów informatycznych.

§ 47

1. Na czele Działu Administracyjno - Gospodarczego stoi kierownik, który organizuje, koordynuje i nadzoruje działalność administracyjno – gospodarczą, stosownie do potrzeb Klinicznego Centrum, oraz realizuje czynności dotyczące bezpieczeństwa publicznego w Klinicznym Centrum w zakresie zadań obronnych.
2. Kierownik podlega bezpośrednio Dyrektorowi Klinicznego Centrum. W czasie nieobecności kierownika zastępstwo pełni wyznaczony każdorazowo przez niego pracownik działu.
3. Do zadań Działu Administracyjno – Gospodarczego należy w szczególności:
 - a) prowadzenie zaopatrzenia materiałowego,
 - b) organizowanie gospodarki magazynowej,
 - c) prowadzenie gospodarki materiałowej zgodnie z obowiązującymi przepisami (w zakresie: ewidencji, inwentaryzacji, kasacji i przechowywania),
 - d) utrzymanie w sprawności technicznej obiektów, instalacji (elektrycznych, wodociągowych, kanalizacyjnych, ogrzewania, klimatyzacji / wentylacji), urządzeń łączności oraz sprzętu i aparatury medycznej,
 - e) organizacja remontów i inwestycji,
 - f) nadzór nad prawidłową gospodarką paliwowo-energetyczną oraz bieżące analizowanie ilości zużytych poszczególnych rodzajów mediów,

- g) nadzór i organizowanie oraz prowadzenie dokumentacji wywozu odpadów sanitarnych i komunalnych,
 - h) współudział w opracowaniu planu rzeczowo - finansowego Klinicznego Centrum,
 - i) racjonalne gospodarowanie środkami finansowymi przeznaczonymi na wykonanie zadań,
 - j) nadzór nad realizacją zleceń zewnętrznych,
 - k) nadzór nad wykorzystaniem pokoi hotelowych,
 - l) organizowanie pracy sekretariatu Klinicznego Centrum ,
 - m) organizowanie i nadzorowanie pracy punktu wymiany bielizny.
4. Do zadań Działu Administracyjno – Gospodarczego należą również zadania oraz sprawowanie nadzoru nad działalnością pionu żywienia, w tym m.in.:
- a) zaopatrzenie magazynu w artykuły żywnościowe,
 - b) nadzór nad prowadzeniem dokumentacji żywieniowej,
 - c) nadzór nad utrzymaniem w należytym stanie sanitarnym pomieszczeń kuchennych i magazynowych oraz stołówki pracowniczej.
5. W celu należytego wykonania swoich zadań, Dział Administracyjno – Gospodarczy współpracuje z wszystkimi komórkami organizacyjnymi Klinicznego Centrum.

§ 47A

1. Na czele Działu Zamówień Publicznych stoi kierownik, który odpowiada za terminowe i sprawne wykonywanie powierzonych zadań. W czasie nieobecności kierownika, zastępstwo pełni wyznaczony przez niego pracownik działu.
2. Kierownik działu podlega bezpośrednio Dyrektorowi Klinicznego Centrum.
3. Do zadań Działu Zamówień Publicznych należy w szczególności:
 - 1) opracowywanie rocznych planów zamówień publicznych Klinicznego Centrum oraz propozycji ich zmiany oraz przedkładanie ich do akceptacji w obowiązującym trybie,
 - 2) przygotowywanie oraz prowadzenie kompletnej dokumentacji i sprawozdawczości związanej z przeprowadzanymi postępowaniami o udzielenie zamówienia publicznego, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie wymogami,
 - 3) czynny udział w pracach komisji przetargowych.
4. W celu należytego wykonania swoich zadań Dział Zamówień Publicznych współpracuje z wszystkimi komórkami organizacyjnymi Klinicznego Centrum.

§ 48

1. Radca Prawny wykonuje obsługę prawną Klinicznego Centrum, w zakresie wynikającym z przepisów odrębnych.
2. Radca Prawny podlega bezpośrednio Dyrektorowi Klinicznego Centrum.
3. Do zadań Radcy Prawnego należy w szczególności:
 - a) sporządzanie opinii, udzielanie porad prawnych i wyjaśnień w zakresie stosowania przepisów prawnych w Klinicznym Centrum,
 - b) informowanie dyrekcji i kierowników komórek organizacyjnych o zmianach w obowiązującym stanie prawnym, w zakresie działalności Klinicznego Centrum,
 - c) na podstawie udzielonego pełnomocnictwa, występowanie w sprawach sądowych, administracyjnych i przed innymi organami orzekającymi,

- d) opracowywanie pism procesowych,
- e) udzielanie opinii i porad w sprawach pracowniczych, gospodarczych oraz dotyczących postępowania przy stwierdzonym naruszeniu obowiązujących przepisów,
- f) sprawowanie nadzoru prawnego nad egzekucją należności Klinicznego Centrum,
- g) opiniowanie pod względem formalno – prawnym projektów umów i aktów wewnątrzzakładowych,
- h) opiniowanie spraw dotyczących odpowiedzialności materialnej pracowników, umarzania należności, przekazywania nieodpłatnego lub sprzedaży składników majątku Klinicznego Centrum.

§ 49

1. Samodzielne stanowisko ds. BHP i p.poż. podlega bezpośrednio Dyrektorowi Klinicznego Centrum.
2. Specjalista ds. BHP i p.poż. podejmuje działania dotyczące kontroli warunków pracy oraz przestrzegania przez pracowników Klinicznego Centrum zasad i przepisów BHP i p.poż. w zakresie wynikającym z ustawy Kodeks Pracy oraz przepisów odrębnych w sprawie służby bezpieczeństwa i higieny pracy i innych, poprzez m.in.:
 - a) dokonywanie okresowych kontroli stanu BHP, ze szczególnym uwzględnieniem stanowisk pracy, na których występują zagrożenia wypadkowe oraz możliwość powstania choroby zawodowej,
 - b) przedkładanie informacji o stanie BHP wraz z wnioskami zmierzającymi do usunięcia występujących zagrożeń,
 - c) organizowanie dla pracowników szkoleń okresowych w zakresie BHP oraz szkoleń wstępnych dla pracowników nowoprzyjętych do pracy,
 - d) kontrolę zaopatrzenia pracowników w sprzęt ochrony osobistej,
 - e) przygotowywanie projektów wewnętrznych aktów prawnych (zarządzeń, regulaminów i instrukcji), dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy,
 - f) analizowanie przyczyn wypadków przy pracy oraz chorób zawodowych; w razie wypadku przy pracy, bądź wypadku traktowanego na równi z wypadkiem przy pracy, Specjalista ds. BHP i p.poż. prowadzi sprawy związane z ustaleniem przyczyn i okoliczności zdarzenia.
 - g) realizacja zadań w zakresie zabezpieczenia przeciwpożarowego zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz wytycznymi Głównego Inspektora Ochrony Przeciwożarowej,
 - h) prowadzenie stanu zabezpieczenia przeciwpożarowego obiektów Klinicznego Centrum,
 - i) sprawowanie nadzoru nad rozmieszczeniem, sprawnością i konserwacją sprzętu oraz innych urządzeń przeciwpożarowych, oznakowaniem i utrzymaniem we właściwym stanie dróg ewakuacyjnych i pożarowych środków łączności,
 - j) współdziałanie z właściwymi komórkami organizacyjnymi w zakresie ustalania wymogów bezpieczeństwa pożarowego przy prowadzeniu prac pożarowo-niebezpiecznych, remontowych, modernizacyjnych, adaptacyjnych i innych,
 - k) udział w pracach przy ocenie projektów inwestycyjnych oraz pracach komisji przyjmujących do eksploatacji nowo zabudowane lub przebudowane obiekty,
 - l) współdziałanie w szkoleniu przeciwpożarowym i przygotowaniu pracowników do czynnego udziału w zapobieganiu i zwalczaniu pożarów,
 - ł) nadzór nad gospodarką odpadami.
3. Specjalista ds. BHP współpracuje z lekarzem zakładowym, Społecznym Inspektorem Pracy oraz z innymi instytucjami, zgodnie z wymaganiami wynikającymi w tym zakresie z obowiązujących przepisów prawa.

§ 50

1. Samodzielne stanowisko ds. kontaktu z mediami podlega bezpośrednio Dyrektorowi Klinicznego Centrum.
2. Do zadań Specjalisty ds. kontaktu z mediami należy m.in.:
 - a) publiczne prezentowanie działań Klinicznego Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii w Opolu,
 - b) współudział przy tworzeniu strategii medialnej Klinicznego Centrum,
 - c) współudział w realizacji obowiązków nałożonych w przepisach o dostępie do informacji publicznej,
 - d) przygotowywanie materiałów prasowych i informacyjnych, w tym na stronę internetową,
 - e) udzielanie odpowiedzi na publikacje prasowe oraz audycje radiowe i telewizyjne, a także rozpowszechnianie materiałów w innych środkach masowego przekazu, dotyczących Klinicznego Centrum, a zwłaszcza udzielanie odpowiedzi na krytykę i interwencje prasową,
 - f) inicjowanie i organizacja spotkań i szkoleń z udziałem personelu i osób zainteresowanych działalnością Klinicznego Centrum,
 - g) organizowanie i prowadzenie konferencji, w tym konferencji prasowych,
 - h) nawiązywanie współpracy z innymi podmiotami oraz szukanie nowych rozwiązań celem popularyzacji działań Klinicznego Centrum,
 - i) uczestniczenie i reprezentowanie Klinicznego Centrum podczas spotkań i szkoleń poza jego siedzibą.

§ 51

1. Samodzielne stanowisko ds. jakości podlega bezpośrednio Dyrektorowi Klinicznego Centrum.
2. Do zadań stanowiska ds. jakości należy:
 - a) wdrażanie, utrzymywanie i doskonalenie systemu zarządzania jakością,
 - b) prowadzenie weryfikacji i akceptowanie dokumentów systemu zarządzania jakością pod kątem zgodności ze stanem faktycznym oraz ich integralności z istniejącym systemem,
 - c) organizowanie i prowadzenie okresowych przeglądów systemu zarządzania jakością,
 - d) nadzorowanie opracowywania projektów dokumentów systemu zarządzania jakością i ich wdrażania,
 - e) przedkładanie raportów o stanie funkcjonowania systemu jakości na naradach z kadłą kierowniczą i przeglądach systemu zarządzania jakością,
 - f) współudział w pracach nad nowymi projektami związanymi ze zmianami organizacyjnymi, modernizacją i poprawą jakości w komórkach organizacyjnych Szpitala,
 - g) udział lub reprezentacja szpitala w spotkaniach z instytucjami kontrolującymi i audytującymi jeśli dotyczą one spraw związanych z systemem zarządzania jakością,
 - h) nadzorowanie systemu zarządzania jakością,
 - i) współtworzenie koncepcji rozwoju i integracji systemów zarządzania jakością wewnątrz Klinicznego Centrum,
 - k) nadzorowanie przeprowadzania wyznaczonych w ramach systemu zarządzania jakością działań korygujących i naprawczych przez osoby odpowiedzialne,
 - k) prowadzenie analizy wyników kontroli związanych z systemem zarządzania jakością,
 - l) kontrola przestrzegania procedur systemu zarządzania jakością przez wszystkich pracowników Klinicznego Centrum.

§ 52

1. Inspektor ochrony radiologicznej podlega bezpośrednio Dyrektorowi Klinicznego Centrum.
2. Zadaniem inspektora ochrony radiologicznej jest nadzór nad przestrzeganiem wymagań ochrony radiologicznej w pracowni RTG.

§ 52A

1. Inspektor ochrony danych podlega bezpośrednio Dyrektorowi Klinicznego Centrum.
2. Do zadań Inspektora ochrony danych należy:
 - 1) informowanie administratora, podmiotu przetwarzającego oraz pracowników, którzy przetwarzają dane osobowe, o obowiązkach spoczywających na nich na mocy RODO oraz innych przepisów dotyczących ochrony danych osobowych, a także doradzanie wyżej wymienionym podmiotom w sprawie ochrony danych osobowych,
 - 2) monitorowanie przestrzegania RODO oraz innych przepisów dotyczących ochrony danych osobowych oraz polityk administratora lub podmiotu przetwarzającego w dziedzinie ochrony danych osobowych, w tym podział obowiązków, działania zwiększające świadomość, szkolenia personelu uczestniczącego w operacjach przetwarzania oraz powiązane z tym audyty,
 - 3) na żądanie - udzielanie zleceń co do oceny skutków dla ochrony danych osobowych oraz monitorowanie jej wykonania zgodnie z RODO,
 - 4) pełnienie funkcji punktu kontaktowego dla organu nadzorczego w kwestiach związanych z przetwarzaniem danych osobowych, w tym z uprzednimi konsultacjami, o których mowa w RODO oraz w stosownych przypadkach prowadzenie konsultacji we wszelkich innych sprawach,
 - 5) współpraca z organem nadzorczym,
 - 6) pełnienie funkcji punktu kontaktowego dla osób, których dane dotyczą, we wszystkich sprawach związanych z przetwarzaniem ich danych osobowych oraz wykonywaniem praw przysługujących im na mocy RODO oraz innych przepisów.

Rozdział III. Uprawnienia, obowiązki i odpowiedzialność osób pełniących funkcje kierownicze

§ 53

1. Zakres uprawnień i obowiązków Dyrektora obejmuje:
 - 1) wytyczanie głównych kierunków rozwoju Klinicznego Centrum,
 - 2) planowanie i nadzorowanie działalności Klinicznego Centrum,
 - 3) ustalenie wewnętrznych aktów prawnych regulujących funkcjonowanie Klinicznego Centrum,
 - 4) tworzenie warunków należytej realizacji zadań statutowych Klinicznego Centrum związanych z dostępnością i poziomem udzielanych świadczeń zdrowotnych,
 - 5) zapewnienie zgodności zakresu i rodzaju udzielanych świadczeń zdrowotnych z zakresem i rodzajem świadczenia usług przewidzianych w Statucie, z przyjętymi standardami i procedurami medycznymi,
 - 6) tworzenie zespołów działalności statutowej z uwzględnieniem minimalnej liczby pracowników udzielających poszczególnych świadczeń zdrowotnych oraz ich kwalifikacji,

- 7) nadzór nad zachowaniem co najmniej minimalnych norm wyposażenia w sprzęt, aparaturę i środki medyczne oraz zachowanie tych standardów stosownie do obowiązujących przepisów,
 - 8) nadzór nad prawidłowością gospodarowania sprzętem i aparaturą medyczną,
 - 9) koordynacja i nadzór nad pracą komórek organizacyjnych związanych z działalnością medyczną,
 - 10) organizowanie i inicjowanie współpracy z innymi podmiotami udzielającymi świadczenia zdrowotne i usługi medyczne,
 - 11) tworzenie warunków organizacyjnych i technicznych przechowywania dokumentacji medycznej zapewniających jej poufność, zabezpieczających przed dostępem osób nieupoważnionych, zniszczeniem lub zagubieniem oraz umożliwiających jej wykorzystanie bez zbędnej zwłoki zgodnie z przepisami prawnymi,
 - 12) kontrolę i ocenę pracy komórek niemedycznych oraz ich kierowników,
 - 13) wykonywanie czynności związanych z zatrudnianiem, zwalnianiem, nagradzaniem pracowników Klinicznego Centrum,
 - 14) nadzór nad pozyskaniem funduszy,
 - 15) nadzór nad opracowywaniem planów i programów w zakresie remontów, inwestycji, zakupów inwestycyjnych oraz nadzorowanie ich realizacji,
 - 16) ustanawianie pełnomocników Dyrektora,
 - 17) współdziałanie z organizacjami związków zawodowych działających w Klinicznym Centrum i innymi organizacjami zawodowymi pracowników,
 - 18) koordynacja funkcjonowania i współpracy wszystkich struktur organizacyjnych Klinicznego Centrum,
 - 19) wykonywanie innych czynności związanych z zarządzaniem i kierowaniem Klinicznym Centrum wynikających z obowiązujących przepisów.
2. Dyrektor jest odpowiedzialny za całokształt funkcjonowania Klinicznego Centrum, a w szczególności za:
- 1) całokształt działalności medycznej Klinicznego Centrum, za poziom udzielanych świadczeń zdrowotnych, ich organizację, należyte wykonanie, sprawne i skuteczne działanie,
 - 2) tworzenie warunków organizacyjnych zapewniających uzyskiwanie optymalnych efektów wykonywania działalności,
 - 3) dobór i właściwe wykorzystywanie kadr,
 - 4) zapewnianie pracownikom właściwych warunków pracy i warunków socjalnych,
 - 5) właściwą gospodarkę mieniem i środkami finansowymi,
 - 6) zabezpieczanie spraw objętych tajemnicą państwową i służbową,
 - 7) nadzór i kontrolę nad majątkiem Klinicznego Centrum pod względem budowlanym i energetycznym,
 - 8) tworzenie planów inwestycyjnych na każdy rok kalendarzowy,
 - 9) nadzorowanie i koordynowanie pracy podległych komórek organizacyjnych,
 - 10) kontrola i nadzór nad całokształtem prac związanych z prowadzeniem systemów informatycznych i jakościowych,
 - 11) wdrażanie informatyzacji,
 - 12) podejmowanie działań zmierzających do minimalizacji kosztów materiałowych i zużycia energii,
 - 13) planowanie i dokonywanie analiz w zakresie administrowania i prowadzenia prawidłowej gospodarki majątkiem Klinicznego Centrum,
 - 14) nadzorowanie i kontrolę w zakresie spraw technicznych, gospodarczych i administracyjnych związanych z prawidłowym funkcjonowaniem Klinicznego Centrum,
 - 15) sprawowanie kontroli nad właściwym użytkowaniem i zabezpieczeniem majątku Klinicznego Centrum.

§ 54

1. Główny Księgowy Klinicznego Centrum kieruje i nadzoruje bezpośrednio działalnością Klinicznego Centrum w zakresie spraw księgowych, ekonomicznych i finansowych i podejmuje decyzje w sprawach wchodzących w zakres działania podległego mu działu. Zakres uprawnień i obowiązków Głównego Księgowego obejmuje w szczególności:
 - 1) prowadzenie gospodarki finansowej Klinicznego Centrum zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa,
 - 2) kontrolę i nadzór nad całokształtem prac związanych z prowadzeniem gospodarki finansowej zgodnie z obowiązującymi zasadami,
 - 3) planowanie, wykorzystanie i ewidencja środków finansowych związanych z funkcjonowaniem Klinicznego Centrum,
 - 4) planowanie środków finansowych związanych z długoletnim funkcjonowaniem Klinicznego Centrum i współtworzenie planu strategicznego Klinicznego Centrum,
 - 5) analizę finansów w ujęciu długoterminowej strategii zarządzania,
 - 6) planowanie i dokonywanie analiz w zakresie gospodarki finansowej Klinicznego Centrum,
 - 7) podejmowanie działań mających na celu optymalizację działalności Klinicznego Centrum, wykorzystując m.in. narzędzia controlingu i budżetowania,
 - 8) bieżąca analiza kosztów, ich struktury, miejsc powstawania, zasadności,
 - 9) kontrolowanie komórek organizacyjnych w zakresie prawidłowości i gospodarności generowanych kosztów,
 - 10) obieg i kontrolę dokumentów księgowych,
 - 11) nadzór nad zagadnieniami płacowymi,
 - 12) kontrolę i nadzór nad inwentaryzacją środków trwałych i wyposażenia oraz zapasów magazynowych,
 - 13) nadzór nad rachunkiem kosztów,
 - 14) dokonywanie kontroli zgodności operacji gospodarczych i finansowych z planem finansowym,
 - 15) dokonywanie kontroli kompletności i rzetelności dokumentów dotyczących operacji gospodarczych i finansowych,
 - 16) opracowywanie planów finansowych,
 - 17) określanie zasad według których komórki organizacyjne Klinicznego Centrum winne zapewniać prawidłową realizację gospodarki finansowej, kalkulacji kosztów i sprawozdawczości finansowej,
 - 18) opiniowanie różnego rodzaju decyzji mających lub mogących mieć wpływ na sytuację finansową Klinicznego Centrum.
2. Główny Księgowy ponosi odpowiedzialność za prawidłowe funkcjonowanie rachunkowości Klinicznego Centrum.
3. Główny Księgowy podlega bezpośrednio Dyrektorowi Klinicznego Centrum i przed nim odpowiada za wykonywanie swoich zadań.

§ 55

1. Naczelna Pielęgniarka kieruje i nadzoruje bezpośrednio działalność Klinicznego Centrum w zakresie wszelkich spraw związanych z organizowaniem i koordynowaniem pracy pielęgniarek i położnych, specjalisty ds. epidemiologii, salowych oraz podejmuje decyzje w sprawach wchodzących w zakres działania podległego jej pionu.
2. Zakres uprawnień i obowiązków Naczelnej Pielęgniarki obejmuje w szczególności:

- 1) wnioskowanie i opiniowanie do Dyrektora Klinicznego Centrum w sprawach dotyczących zatrudnienia i zwalniania, awansowania, nagradzania i karania, a także innych kwestiach dotyczących podległego personelu,
 - 2) udział w planowaniu i nadzór nad podnoszeniem kwalifikacji personelu pielęgniarskiego/położniczego oraz organizacja systemu szkoleń wewnątrzszkolowych,
 - 3) nadzór nad szkoleniem pielęgniarek/położnych, które w ramach stażu uaktualniają prawo wykonywania zawodu i ocena poziomu uzyskanych umiejętności,
 - 4) współpraca z pielęgniarkami/położnymi oddziałowymi i koordynującymi w zakresie spraw dotyczących kształtowania odpowiedzialnej postawy etyczno-moralnej podległego jej personelu, właściwego rozwiązywania problemów, które stanowią ryzyko dla sprawnej opieki pielęgniarskiej/położniczej,
 - 5) współpraca z kierownikami komórek organizacyjnych Klinicznego Centrum oraz przedstawicielami samorządu pielęgniarek i położnych w zakresie sprawnego funkcjonowania Klinicznego Centrum oraz prawidłowego przebiegu hospitalizacji pacjentów,
 - 6) planowanie etatów pielęgniarskich i położniczych zgodnie z obowiązującymi normami,
 - 7) wdrażanie w systemie elektronicznym dokumentacji pielęgniarskiej i położniczej oraz nadzór nad jej prawidłowym prowadzeniem,
 - 8) podnoszenie jakości świadczonych usług pielęgniarskich i położniczych,
 - 9) kontrola pracy pielęgniarek/położnych oddziałowych i koordynujących,
 - 10) tworzenie rezerwy kadrowej w postaci osób, które w sytuacji niedoborów personalnych bądź zwiększonego zapotrzebowania na opiekę będą delegowane na inne odcinki pracy pielęgniarskiej/położniczej,
 - 11) współpraca ze szkołami medycznymi w zakresie realizacji szkolenia praktycznego słuchaczy i studentów w Klinicznym Centrum,
 - 12) udział w nadzorowaniu i monitorowaniu stanu higienicznego szpitala,
 - 13) nadzór nad żywieniem pacjentek w szpitalu,
 - 14) nadzorowanie stosowania procedur i wymogów akredytacyjnych,
 - 15) nadzór nad planowaniem zakupów drobnego sprzętu medycznego oraz jego wykorzystaniem pod względem ilościowym i zgodnie z przeznaczeniem.
3. W celu zapewnienia prawidłowej realizacji zadań Naczelna Pielęgniarka współpracuje z kierownikami działów finansowo-księgowego, służb pracowniczych, organizacyjnego i nadzoru oraz administracyjno-gospodarczego.
 4. Naczelna Pielęgniarka ponosi odpowiedzialność za prawidłowe funkcjonowanie całości spraw organizacyjnych związanych z podległym personelem.
 5. Naczelna Pielęgniarka bezpośrednio podlega Dyrektorowi Klinicznego Centrum i przed nim odpowiada za wykonywanie swoich zadań.

§ 56

1. Oddziałami szpitalnymi, a także podległymi im poradniami konsultacyjnymi i innymi komórkami organizacyjnymi wchodzącymi w strukturę organizacyjną Klinicznego Centrum kieruje ordynator/ lekarz kierujący oddziałem.
2. Ordynator/ lekarz kierujący oddziałem podlega bezpośrednio Dyrektorowi Klinicznego Centrum.
3. Ordynator/ lekarz kierujący oddziałem odpowiada za sprawne funkcjonowanie oddziału pod względem medycznym, administracyjnym i gospodarczym.

4. Ordynatorowi/ lekarzowi kierującemu oddziałem podlega cały personel medyczny i pomocniczy zatrudniony w oddziale.
5. Pielęgniarka / położna oddziałowa oraz pielęgniarka koordynująca podlega funkcyjnie bezpośrednio ordynatorowi/ lekarzowi kierującemu oddziałem, merytorycznie Naczelnaj Pielęgniarce. Do ich zadań należy kierowanie i organizowanie pracy personelu medycznego w podległych komórkach.
6. Pozostałymi komórkami organizacyjnymi medycznymi oraz działami finansowo-księgowym, służb pracowniczych, organizacji i nadzoru oraz administracyjno-gospodarczym kierują kierownicy tych komórek.

§ 57

Za sprawne, należyte i zgodne z powierzonymi zadaniami działania komórek organizacyjnych Klinicznego Centrum odpowiedzialne są osoby wymienione w paragrafie poprzedzającym.

§ 58

Kierownik komórki organizacyjnej na czas swojej nieobecności wyznacza osobę do pełnienia funkcji zastępcy kierownika, której deleguje swoje obowiązki i kompetencje.

§ 59

1. Kierownicy komórek organizacyjnych Klinicznego Centrum odpowiedzialni są za właściwe organizowanie pracy w podległych komórkach oraz za zapewnienie prawidłowego i terminowego wykonywania powierzonych zadań i obowiązków.
2. Do obowiązków kierowników komórek organizacyjnych w szczególności należy:
 - 1) ustalenie zakresów obowiązków, uprawnień oraz odpowiedzialności podległych pracowników,
 - 2) organizowanie i planowanie pracy komórki,
 - 3) nadzorowanie i kontrolowanie prawidłowego oraz terminowego wykonania przez podległą komórkę obowiązków i zadań,
 - 4) przydzielanie pracy podległym pracownikom i udzielanie wytycznych co do sposobu ich wykonania,
 - 5) udzielanie wiążących wyjaśnień w zakresie spraw objętych działalnością komórki,
 - 6) nadzorowanie i kontrolowanie przestrzegania przez podległych pracowników dyscypliny pracy, etyki zawodowej oraz przepisów o zachowaniu tajemnicy państwowej i służbowej,
 - 7) wnioskowanie o udzieleniu nagród i kar zgodnie z zasadami określonymi w Regulaminie Wynagradzania Klinicznego Centrum, współdziałanie we właściwym doborze kadr oraz tworzenie właściwej atmosfery pracy w komórce,
 - 8) wnioskowanie o przeseregowanie pracowników podległej komórki,
 - 9) sporządzanie planów urlopów i planów szkoleń,
 - 10) delegowanie pracowników w sprawach służbowych poza teren Klinicznego Centrum,
 - 11) współdziałanie z innymi komórkami organizacyjnymi w celu należytej realizacji zadań wymagających uzgodnień,
 - 12) udzielanie wyjaśnień w sprawach skarg i wniosków,
 - 13) usprawnianie organizacji, metod i form pracy komórki organizacyjnej,
 - 14) optymalizacja działania i dbałość o racjonalny rachunek kosztów,
 - 15) stosowanie wdrożonych i nowych procedur akredytacyjnych,
 - 16) dbanie o dobry wizerunek Klinicznego Centrum.

3. Przed podjęciem decyzji o istotnym znaczeniu kierownicy komórek organizacyjnych Klinicznego Centrum mają obowiązek zasięgnąć opinii prawnej.
4. W szczególności wymagają opinii prawnej decyzje dotyczące:
 - 1) wydawania aktów prawnych o charakterze ogólnym,
 - 2) spraw indywidualnych, skomplikowanych pod względem prawnym,
 - 3) wzorów opracowywanych umów,
 - 4) rozwiązań z pracownikiem stosunku pracy bez wypowiedzenia,
 - 5) uznania i odmowy uznania zgłoszonych roszczeń,
 - 6) spraw związanych z postępowaniem przed organami orzekającymi.

§ 60

1. W Klinicznym Centrum funkcjonują samodzielne stanowiska pracy: ds. epidemiologii, Rady Prawnego, ds. kontaktu z mediami, ds. BHP i p.poż., ds. jakości, inspektor ochrony radiologicznej, inspektor danych osobowych.
2. Dyrektor Klinicznego Centrum powołuje pełnomocników do realizacji określonych tematycznie zadań. Powołanie następuje w drodze zarządzenia.
3. Pracownicy zatrudnieni na samodzielnych stanowiskach pracy odpowiedzialni są za właściwe organizowanie pracy oraz zapewnienie prawidłowego i terminowego wykonywania powierzonych zadań i obowiązków.
4. Do obowiązków pracowników zajmujących samodzielne stanowiska pracy należy w szczególności realizowanie jednorodnych lub tematycznie wyspecjalizowanych czynności w oparciu o obowiązujące przepisy prawne oraz wewnętrzne akty normatywne, oraz współdziałanie z kierownikami poszczególnych komórek organizacyjnych Klinicznego Centrum w zakresie prawidłowego jego funkcjonowania.

Rozdział IV. Obowiązki, uprawnienia i odpowiedzialność pracowników Klinicznego Centrum

§ 61

1. Do obowiązków pracowników należy w szczególności:
 - 1) rzetelne i terminowe wywiązywanie się z przyjętych obowiązków, w sposób zgodny z obowiązującymi przepisami i interesem Klinicznego Centrum,
 - 2) znajomość i przestrzeganie obowiązujących przepisów prawa, zarządzeń, procedur, instrukcji i regulaminów dotyczących w szczególności powierzonego zakresu pracy, zasad organizacji pracy w Klinicznym Centrum oraz standardów akredytacyjnych,
 - 3) informowanie przełożonych o przeszkodach w realizacji zadań,
 - 4) utrzymywanie kwalifikacji zawodowych na poziomie niezbędnym dla wykonywania zadań na danym stanowisku, przestrzeganie przepisów dyscypliny pracy, BHP i p.poż.,
 - 5) zgodne z przepisami i przeznaczeniem wykorzystywanie powierzonego majątku Klinicznego Centrum, zabezpieczenie dostępnymi środkami przed zniszczeniem, kradzieżą lub nieuzasadnionym obniżeniem wartości,
 - 6) przestrzeganie tajemnicy służbowej i zawodowej.
2. Uprawnienia pracowników obejmują w szczególności:

- 1) otrzymanie i aktualizację formalnie określonych zakresów obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności,
 - 2) dostęp do środków niezbędnych do realizacji wykonywanych zadań,
 - 3) właściwych i bezpiecznych dla danego stanowiska warunków pracy,
 - 4) wyboru sposobu, miejsca i czasu realizacji zadań o ile nie są one ograniczone lub określone decyzją przełożonego, organizacją pracy, procedurami lub przepisami,
 - 5) zwracanie się o pomoc do bezpośredniego przełożonego w przypadku trudności w samodzielnym wywiązaniu się z powierzonych zadań,
 - 6) zwracanie się do przełożonego wyższego szczebla w sprawach spornych lub nie rozstrzygniętych przez bezpośredniego przełożonego.
3. Pracownik ponosi w szczególności odpowiedzialność za:
- 1) jakość, terminowość i ilość wykonanych zadań stosownie do posiadanych uprawnień, środków i warunków ich realizacji,
 - 2) stan i sposób wykorzystania powierzonego do jego dyspozycji majątku i środków materialnych, finansowych i organizacyjnych,
 - 3) przestrzeganie obowiązujących przepisów prawa, norm etycznych oraz zasad i procedur obowiązujących w Klinicznym Centrum.

§ 62

Zakresy obowiązków i uprawnień poszczególnych pracowników znajdują się w ich aktach osobowych i są przechowywane w Dziale Służb Pracowniczych.

Rozdział V. Warunki współdziałania wewnętrznego komórek organizacyjnych

§ 63

1. Komórki organizacyjne Klinicznego Centrum współpracują ze sobą w zakresie diagnostycznym, leczniczym, administracyjnym oraz techniczno – gospodarczym.
2. Zakres współpracy obejmuje w szczególności:
 - 1) właściwy przepływ informacji, realizowany poprzez obieg pism oraz akt , niezbędny do sprawnego funkcjonowania komórki organizacyjnej lub samodzielnego stanowiska oraz zaopatrzenia komórek organizacyjnych w niezbędny sprzęt, aparaturę medyczną i inne środki,
 - 2) współdziałanie komórek medycznych w celu zapewnienia przepływu informacji związanego z: diagnostyką pacjenta, konsultacjami specjalistycznymi w oddziałach, przekazywaniem pacjentów między oddziałami, zgodnie ze wskazaniami medycznymi co do dalszego leczenia, zgłaszaniem przypadków chorób zakaźnych i zakażeń szpitalnych w obowiązującym trybie, przygotowywaniem sprawozdań dotyczących wykonywanych procedur medycznych i badań diagnostycznych,
 - 3) podejmowanie działań mających na celu utrzymanie obiektów Klinicznego Centrum w należytej sprawności technicznej.
3. W ramach współpracy między komórkami organizacyjnymi Klinicznego Centrum, realizowane jest we własnym zakresie szkolenie personelu medycznego, obejmujące poszczególne dziedziny medycyny. Szkolenie jest prowadzone przez:
 - 1) ordynatorów oddziałów / lekarzy kierujących oddziałami,
 - 2) Naczelną Pielęgniarkę,

- 3) wyznaczonych lekarzy, bądź pielęgniarki oddziałowe,
- 4) inne upoważnione osoby.

Personel Klinicznego Centrum może również korzystać ze szkoleń specjalistycznych związanych z wykonywanymi zadaniami, a także, uczestniczyć w sympozjach i konferencjach naukowych, za zgodą bezpośredniego przełożonego i Dyrektora Klinicznego Centrum.

DZIAŁ IV. WARUNKI WSPÓŁDZIAŁANIA Z INNYMI PODMIOTAMI WYKONUJĄCYMI DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ.

§ 64

1. W celu zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji pacjentów oraz ciągłości przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, Kliniczne Centrum współdziała z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą.
2. Kliniczne Centrum może udzielić zamówienia na udzielanie w określonym zakresie świadczeń zdrowotnych w celu wykonywania zadań Klinicznego Centrum:
 - 1) podmiotowi leczniczemu,
 - 2) praktykom zawodowym lekarzy i pielęgniarek / położnych,
 - 3) grupowym praktykom lekarskim i grupowym praktykom pielęgniarek / położnych,
 - 4) osobie legitymującej się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub określonej dziedzinie medycyny.
3. Udzielenie zamówienia następuje w trybie konkursu ofert.
4. Szczegółowe zasady udzielania zamówień na świadczenia zdrowotne określają przepisy odrębne oraz umowa zawarta pomiędzy Klinicznym Centrum, a przyjmującym zamówienie.
5. Współdziałanie Klinicznego Centrum z innymi świadczeniodawcami, o których mowa w ust. 1 i 2, odbywa się na podstawie stosownych umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych zawartych z przyjmującym zamówienie wyłonionym w trybie konkursu ofert, na warunkach i zgodnie z zasadami określonymi w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Statucie Klinicznego Centrum i innych przepisach powszechnie obowiązującego prawa.

§ 65

1. Świadczenia zdrowotne w zakresie rezonansu magnetycznego, tomografii komputerowej i innych badań, które nie są wykonywane na terenie Klinicznego Centrum świadczone są dla pacjentów na podstawie umów cywilno-prawnych podpisanych z innymi podmiotami leczniczymi.
2. Skierowanie na badania odbywa się na zlecenie wystawione przez lekarza leczącego za wiedzą ordynatora / lekarza kierującego oddziałem.
3. Pacjenci kierowani na badania do innych podmiotów leczniczych są na nie przewożeni na koszt Klinicznego Centrum.

§ 66

1. Korzystanie z bazy diagnostycznej innej placówki opieki zdrowotnej możliwe jest na zasadach zawartych w umowach z tymi zakładami.
2. Materiał biologiczny wysyłany do zakładów diagnostycznych jest odpowiednio zabezpieczony zaś wyniki badań archiwizowane wg przyjętych w Klinicznym Centrum zasad.
3. Transport sanitarny niezbędny do realizacji świadczeń zdrowotnych w zakresie współdziałania z innym podmiotem leczniczym dostępny jest całodobowo na podstawie umowy zawartej z podmiotem zewnętrznym.
4. Transport lotniczy odbywa się na zasadach określonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
5. Kliniczne Centrum prowadzi szkolenia w zakresie specjalizacji i staży podyplomowych dla pracowników innych podmiotów leczniczych na zasadach określonych przez Ministra Zdrowia.

DZIAŁ V. PRAWA I OBOWIĄZKI PACJENTA

Rozdział I. Postanowienia ogólne

§ 67

1. Postanowienia niniejszego Regulaminu nie naruszają praw pacjenta, określonych i wynikających z przepisów odrębnych, w szczególności odnoszących się do pacjentów podmiotów leczniczych.
2. Realizując konstytucyjne prawo do ochrony zdrowia, każdy pacjent ma prawo do równego dostępu do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, na warunkach i zasadach określonych w ustawie o działalności leczniczej.
3. Pacjent zgłaszający się do Klinicznego Centrum ma prawo do uzyskania pomocy medycznej w każdym przypadku zagrożenia zdrowia lub życia, niezależnie od okoliczności.
4. Prawa i obowiązki pacjenta stanowią załącznik nr 4 do niniejszego Regulaminu.

Rozdział II. Prawa pacjenta

§ 68

1. Pacjent ma prawo do:
 - 1) świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej, opartej na dostępnych metodach i środkach zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, wykonywanych przez personel medyczny z należytą starannością i zgodnie z zasadami etyki zawodowej, a w sytuacji ograniczonych możliwości udzielenia odpowiednich świadczeń – do korzystania z rzetelnej, opartej na kryteriach medycznych procedury ustalającej kolejność dostępu do tych świadczeń,
 - 2) uzyskania od lekarza przystępnej informacji o swoim stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu; lekarz może być zwolniony z tego obowiązku wyłącznie na żądanie pacjenta,

- 3) uzyskania od pielęgniarki / położnej informacji o swoim stanie zdrowia, w zakresie koniecznym do sprawowania opieki pielęgnacyjnej,
 - 4) wskazania osób, którym lekarz może udzielać informacji, o których mowa w ust.1 pkt. 2;
 - 5) wyrażenia zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenia innych świadczeń zdrowotnych, albo ich odmowy, po uzyskaniu od lekarza odpowiedniej informacji, z wyjątkiem świadczeń zdrowotnych, których udzielenie bez zgody pacjenta regulują odrębne przepisy,
 - 6) intymności i poszanowania godności osobistej w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych,
 - 7) dostępu do dokumentacji medycznej oraz ochrony danych zawartych w tej dokumentacji oraz innych dokumentach związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych,
 - 8) zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, uzyskanych przez personel medyczny w związku z wykonywaniem zawodu, z uwzględnieniem wyjątków przewidzianych w przepisach prawa,
 - 9) umierania w spokoju i godności.
2. Lekarz oraz pielęgniarka / położna nie może podać do publicznej wiadomości danych umożliwiających identyfikację pacjenta, bez jego zgody.

§ 69

1. Pacjent, któremu udzielane są całodobowe świadczenia zdrowotne w szpitalu, ma prawo do:
 - 1) zabezpieczenia produktów leczniczych i materiałów medycznych oraz pomieszczenia i wyżywienia, odpowiednich do stanu zdrowia pacjenta,
 - 2) zgłaszania działań niepożądanych produktów leczniczych,
 - 3) dodatkowej opieki pielęgnacyjnej sprawowanej przez osobę bliską lub inną osobę wskazaną przez pacjenta,
 - 4) kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z osobami z zewnątrz,
 - 5) dostępu do informacji o prawach pacjenta w medycznych komórkach organizacyjnych Klinicznego Centrum,
 - 6) opieki duszpasterskiej,
 - 7) przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie (w kasie Klinicznego Centrum),
 - 8) wskazania osoby lub instytucji, którą szpital obowiązany jest niezwłocznie powiadomić w razie pogorszenia się stanu zdrowia pacjenta, powodującego zagrożenie życia lub w razie jego śmierci,
 - 9) wypisania ze szpitala na własne żądanie; w takiej sytuacji pacjent ma prawo do informacji o możliwych następstwach zaprzestania leczenia w szpitalu,
 - 10) otrzymania przy wypisie dwóch egzemplarzy Karty Informacyjnej z leczenia szpitalnego, z podaniem rozpoznania w języku polskim.
2. Koszty realizacji uprawnień, wskazanych w ust. 1 pkt 2 i 3 nie mogą obciążać Klinicznego Centrum.
3. Ograniczenie prawa pacjenta do kontaktu osobistego z osobami z zewnątrz, w tym do sprawowania opieki przez osoby określone w ust. 1 pkt 2, może nastąpić w przypadku zagrożenia epidemicznego lub ze względu na warunki przebywania innych osób chorych w Klinicznym Centrum.
4. Pacjent ma prawo do dostatecznie wczesnego uprzedzenia go przez lekarza o zamiarze odstąpienia od jego leczenia i wskazania mu realnych możliwości uzyskania tego świadczenia u innego lekarza lub w innym podmiocie leczniczym.

§ 70

Pacjent ma prawo do wyrażania zgody albo odmowy na uczestniczenie przy udzielaniu mu świadczeń zdrowotnych osób innych, niż personel medyczny Klinicznego Centrum, niezbędny ze względu na rodzaj udzielanych świadczeń.

§ 71

Pacjent ma prawo wnioskowania o zasięgnięcie przez lekarza prowadzącego opinii właściwego lekarza specjalisty lub zorganizowania konsylium lekarskiego.

§ 72

Pacjentowi małoletniemu przysługują te same prawa, co pacjentowi pełnoletniemu z tą różnicą, że pełna informacja o stanie zdrowia przekazywana jest rodzicom lub opiekunom. Pacjentowi, który nie ukończył 16 lat lekarz prowadzący udziela tej informacji w zakresie i formie potrzebnej do prawidłowego procesu diagnostycznego i terapeutycznego. W przypadku pacjentów małoletnich w wyrażeniu lub nie wyrażeniu zgody na proponowane przez lekarza prowadzącego badania i zabiegi decydują przedstawiciele ustawowi.

Rozdział III. Obowiązki pacjenta

§ 73

1. Obowiązkiem pacjenta w czasie pobytu w szpitalu jest:
 - 1) przestrzeganie Karty praw i obowiązków pacjenta,
 - 2) przestrzeganie rozkładu dnia podczas pobytu pacjenta na oddziale szpitalnym,
 - 3) przestrzeganie Regulaminu organizacyjnego Klinicznego Centrum oraz innych regulaminów i zarządzeń wewnętrznych dotyczących organizacji pracy i porządku w oddziałach szpitalnych,
 - 4) przestrzeganie zaleceń personelu medycznego związanych z procesem leczenia,
 - 5) nie zakłócanie swoim zachowaniem spokoju innych pacjentów,
 - 6) przestrzeganie zasad higieniczno – sanitarnych,
 - 7) szanowanie mienia szpitalnego,
 - 8) przestrzeganie zasad korzystania z urządzeń i powierzonego pacjentowi sprzętu,
 - 9) przestrzeganie zasad bezpieczeństwa przeciwpożarowego,
 - 10) przestrzeganie bezwzględnego zakazu wnoszenia na teren szpitala i spożywania napojów alkoholowych,
 - 11) przestrzeganie bezwzględnego zakazu stosowania środków odurzających na terenie Klinicznego Centrum,
 - 12) przestrzeganie zakazu palenia tytoniu,
 - 13) nie wychodzenie poza teren szpitala, chyba, że jest to konieczne ze względów leczniczych.
2. Pacjent odpowiada za wszelkie szkody materialne powstałe z jego winy oraz rzeczy wartościowe, garderobę, pieniądze i dokumenty, które nie zostały przekazane do depozytu.
3. Pacjent jest współodpowiedzialny za zachowanie odwiedzających go osób.
4. Za przedmioty wartościowe pozostawione w szatni (magazynie ubrań) Klinicznego Centrum nie ponosi odpowiedzialności.

§ 74

1. O wypisaniu pacjenta ze szpitala z powodu rażącego naruszenia regulaminu organizacyjnego decyduje Dyrektor na wniosek Ordynatora oddziału / lekarza kierującego oddziałem.
2. Pacjent może wychodzić poza teren szpitala tylko po uzyskaniu zgody Ordynatora oddziału / lekarza kierującego oddziałem.
3. Korzystanie przez pacjentów z telefonów komórkowych powinno się odbywać w sposób nie stwarzający uciążliwości dla innych pacjentów i poza godzinami ciszy nocnej. Ze względu na obecność aparatury medycznej i możliwość powstania zakłóceń w jej funkcjonowaniu Dyrektor Klinicznego Centrum może określić strefy i pomieszczenia, w których obowiązuje całkowity zakaz korzystania z telefonów komórkowych.
4. Pacjent ma obowiązek poinformować lekarza prowadzącego o stale przyjmowanych lekach nie związanych z jednostką chorobową, która jest przyczyną hospitalizacji. Używanie tych leków w czasie pobytu w szpitalu wymaga zgody tego lekarza.
5. Pacjent jest obowiązany udzielać w trakcie wywiadu lekarskiego lub pielęgniarskiego pełnej i prawdziwej informacji o swoim stanie zdrowia. Kliniczne Centrum nie ponosi odpowiedzialności za szkody wynikłe z zatajenia bądź udzielenia nieprawdziwej informacji, co do istotnych spraw dotyczących zdrowia pacjenta.

§ 75

1. Pacjentów nie mogą odwiedzać i pielęgnować osoby chore, niezrównoważone psychicznie, nietrzeźwe lub nieprzestrzegające zasad higieny.
2. W przypadku stwierdzenia okoliczności, o których mowa w ust. 1, lekarz prowadzący, lekarz dyżurny lub pielęgniarka / położna może żądać od takiej osoby opuszczenia szpitala.

§ 76

1. Pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy, jeżeli uzna, że jego prawa zostały naruszone, może zwrócić się z interwencją do bezpośredniego przełożonego osoby udzielającej świadczenie zdrowotne (Ordynatora oddziału/ lekarza kierującego oddziałem, pielęgniarki / położnej oddziałowej), a następnie do Naczelnej Pielęgniarki oraz Dyrektora Klinicznego Centrum.
2. Karta praw i obowiązków pacjenta znajduje się w widocznym miejscu każdego oddziału szpitalnego.
3. W przypadku naruszenia praw pacjenta, określonych w Karcie praw i obowiązków pacjenta, pacjentowi przysługuje prawo wniesienia skargi do:
 - 1) Pełnomocnika ds. Praw Pacjentów Klinicznego Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii w Opolu,
 - 2) Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia – Sekcja Skarg i Wniosków oraz List Oczekujących,
 - 3) Rzecznika Praw Pacjenta w Warszawie.Adresy oraz numery telefonów kontaktowych powyższych instytucji zamieszczone są na ostatniej stronie Karty.
5. Dyrektor Klinicznego Centrum lub upoważniony przez niego lekarz może ograniczyć korzystanie z praw pacjenta w przypadku:

- 1) wystąpienia zagrożenia epidemicznego,
- 2) ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów,
- 3) ze względu na możliwości organizacyjne Klinicznego Centrum (w przypadku praw, o których mowa w art. 33 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta).

DZIAŁ VI. OBOWIĄZKI KLINICZNEGO CENTRUM W RAZIE ŚMIERCI PACJENTA

Rozdział I. Postępowanie w razie śmierci pacjenta

§ 77

1. W razie śmierci pacjenta w oddziale szpitala, pielęgniarka / położna bezzwłocznie powiadamia o tym fakcie Ordynatora/ lekarza kierującego oddziałem lub lekarza dyżurnego.
2. Lekarz, o którym mowa w ust. 1, po przeprowadzeniu oględzin, stwierdza zgon i jego przyczynę oraz odnotowuje w dokumentacji medycznej (historii choroby) datę i godzinę śmierci.
3. Pielęgniarka / położna odnotowuje datę i godzinę zgonu w Raporcie Pielęgniarskim oraz na karcie gorączkowej.
4. Lekarz, który stwierdził zgon pacjenta, wypełnia kartę zgonu w dwóch egzemplarzach.
5. Lekarz prowadzący lub lekarz dyżurny, niezwłocznie po stwierdzeniu zgonu, powiadamia o tym fakcie wskazaną przez pacjentkę osobę lub instytucję lub przedstawiciela ustawowego, a w razie ich nie zgłoszenia się, organ gminy właściwej ze względu na ostatnie znane miejsce zamieszkania osoby zmarłej.

§ 78

1. Zwłoki pozostają przez okres 2 godzin od czasu stwierdzenia zgonu w wydzielonym pomieszczeniu oddziału, z zachowaniem godności należytej zmarłemu.
2. Przed przekazaniem zwłok do chłodni należy:
 - a) wykonać toaletę pośmiertną,
 - b) założyć na przegub dłoni albo stopy osoby zmarłej identyfikator wykonany z tasiemki, płótna lub tworzywa sztucznego, który zawiera:
 - imię i nazwisko osoby zmarłej,
 - PESEL osoby zmarłej, a w przypadku jego braku – serię i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość, bądź oznaczenie „NN”, o którym mowa w ust. 7,
 - datę i godzinę zgonu,
 - c) zabezpieczyć zwłoki poprzez odpowiednie zaopatrzenie (procedura toalety pośmiertnej).
3. Czynności, o których mowa w ust. 2 pkt a nie stanowią przygotowania zwłok osoby zmarłej do pochowania. Nie pobiera się opłat za wykonanie tych czynności.
4. Zwłoki osoby zmarłej przekazuje się do chłodni w Zakładzie Patomorfologii:
 - a) po wykonaniu czynności, o których mowa w ust. 2,
 - b) po załączeniu wypełnionej przez pielęgniarkę / położną karty skierowania zwłok do chłodni, zawierającej:
 - imię i nazwisko osoby zmarłej,
 - PESEL, a w przypadku jego braku – serię i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość,
 - datę i godzinę zgonu,
 - godzinę przyjęcia zwłok osoby zmarłej do chłodni,

- imię, nazwisko i podpis pielęgniarki wypełniającej kartę,
 - c) po założeniu identyfikatora, o którym mowa w ust. 2 pkt. b.
5. Po dwóch godzinach, zwłoki odbierane są przez przedstawiciela firmy zewnętrznej, na podstawie zawartej umowy dot. świadczenia usług w zakresie przewozu zwłok i przewożone do zakładu, który świadczy usługi na rzecz Klinicznego Centrum w zakresie patomorfologii (sekcja zwłok, przechowywanie zwłok oraz badania histopatologiczne), na podstawie odrębnej umowy.
 6. Odbiór zwłok potwierdza czytelnym podpisem i pieczętą pracownik firmy przewozowej, na skierowaniu dotyczącym przewozu zwłok i na skierowaniu dotyczącym sekcji zwłok.
 7. W przypadku braku możliwości ustalenia tożsamości osoby zmarłej, w karcie przekazania zwłok do chłodni, którą wypełnia pielęgniarka / położna, dokonuje się oznaczenia „NN”, z podaniem przyczyny i okoliczności uniemożliwiających ustalenie tożsamości.
 8. W razie zgonu pacjenta, którego tożsamość nie została ustalona, lub zgonu, co do którego istnieje pewność, bądź uzasadnione podejrzenie, że nastąpił wskutek przestępstwa albo nieszczęśliwego wypadku, Ordynator/lekarz kierujący oddziałem lub lekarz dyżurny I kolejki powiadamia dyżurnego Komendy Miejskiej Policji w Opolu lub Prokuratury.
 9. Transport zwłok z oddziału powinien być przeprowadzony w taki sposób, aby nie zwracał uwagi innych pacjentów.

§ 79

1. Po stwierdzeniu zgonu pacjenta pielęgniarka / położna sporządza protokolarnie, w obecności co najmniej jednego świadka, spis rzeczy osobistych oraz rzeczy wartościowych zmarłej osoby, następnie przekazuje rzeczy wartościowe do depozytu szpitala, a rzeczy osobiste do magazynu przedmiotów należących do pacjentów.
2. Przedmioty pozostałe po zmarłym pacjencie, z wyjątkiem potrzebnych do ubrania zwłok, wydaje się za pokwitowaniem osobom uprawnionym.
3. Jeżeli w ciągu trzech miesięcy od daty zgonu nie zgłosi się prawny spadkobierca, Kliniczne Centrum przekazuje rzeczy pacjenta do depozytu właściwego sądu rejonowego.
4. Rzeczy pozostałe po zmarłym, którego zwłoki oddano do dyspozycji prokuratora, nie mogą być wydane przed dokonaniem sekcji, bądź przed otrzymaniem zawiadomienia o zwolnieniu od sekcji.

Rozdział II. Sekcja zwłok osoby zmarłej

§ 80

1. Zwłoki osoby, która zmarła w szpitalu mogą być poddane sekcji, w szczególności, gdy zgon tej osoby nastąpi przed upływem 12 godzin od przyjęcia do szpitala, z zastrzeżeniem ust. 3.
2. Dokonania lub zaniechania sekcji zarządza Ordynator oddziału/lekarz kierujący oddziałem.
3. Zwłoki osoby, która zmarła w szpitalu, nie są poddawane sekcji, jeżeli przedstawiciel ustawowy tej osoby wyraził sprzeciw lub uczyniła to osoba zmarła za życia.
4. O zaniechaniu sekcji zwłok z przyczyny określonej w ust.3 sporządza się adnotację w dokumentacji medycznej i załącza sprzeciw, o którym mowa w ust.3.
5. Sekcji zwłok dokonuje się każdorazowo w sytuacjach:
 - a) określonych w Kodeksie postępowania karnego;
 - b) gdy przyczyny zgonu nie można ustalić w sposób jednoznaczny;

- c) określonych w przepisach o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych ludzi.
6. W dokumentacji medycznej pacjenta, który zmarł w szpitalu, sporządza się adnotację o dokonaniu lub zaniechaniu sekcji zwłok, z odpowiednim uzasadnieniem.
7. Dokonanie sekcji zwłok nie może nastąpić wcześniej niż po upływie 12 godzin od stwierdzenia zgonu. Jeżeli zachodzi potrzeba pobrania ze zwłok komórek, tkanek lub narządów, Dyrektor Klinicznego Centrum może zdecydować o dokonaniu sekcji zwłok przed upływem 12 godzin, przy zachowaniu zasad i trybu przewidzianych w przepisach o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów.

§ 81

Dokumentacja pacjenta zmarłego wydawana jest za pokwitowaniem, przedstawicielowi ustawowemu lub osobie wskazanej uprzednio przez pacjentkę.

§ 82

Każdy przypadek zgonu pacjenta w szpitalu winien być odnotowany w Księdze głównej Szpitala.

Rozdział II. Przechowywanie zwłok pacjenta

§ 83

- Zwłoki zmarłego w szpitalu pacjenta przechowywane są w chłodni w Zakładzie z którym Kliniczne Centrum ma podpisaną umowę dotyczącą przechowywania zwłok, nie dłużej niż przez 72 godziny, licząc od godziny, w której nastąpiło przekazanie zwłok.
- Zwłoki pacjenta mogą być przechowywane w chłodni dłużej niż 72 godziny, jeżeli:
 - nie mogą zostać wcześniej odebrane przez osoby lub instytucje uprawnione do pochowania zwłok pacjenta,
 - w związku ze zgonem zostało wszczęte dochodzenie albo śledztwo, a prokurator nie zezwolił na pochowanie zwłok,
 - przemawiają za tym inne niż wymienione w pkt a i b ważne przyczyny, za zgodą albo na wniosek osoby lub instytucji uprawnionej do pochowania zwłok pacjenta.
- Wysokość opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny od osób lub instytucji uprawnionych do pochowania zwłok na podstawie ustawy z dnia 31 stycznia 1959 roku o cmentarzach i chowaniu zmarłych oraz od podmiotów, na zlecenie których przechowuje się zwłoki w związku z toczącym się postępowaniem karnym określa załącznik nr 2 do niniejszego Regulaminu.

DZIAŁ VII. OPŁATY POBIERANE PRZEZ KLINICZNE CENTRUM

§ 84

- Kliniczne Centrum udziela świadczeń zdrowotnych bezpłatnie, za częściową odpłatnością lub odpłatnie zgodnie z obowiązującymi przepisami i zawartymi umowami.
- Cennik opłat pobieranych przez Kliniczne Centrum od osób nieubezpieczonych lub za wykonanie świadczeń bądź usług nie finansowanych ze środków publicznych stanowi załącznik nr 2 do niniejszego Regulaminu.

3. W przypadku wykonywania zadań określonych w Cenniku na rzecz pacjentów do obowiązku osoby wykonującej usługę należy powiadomienie osoby zainteresowanej o wysokości opłaty za zleconą usługę, terminie i miejscu jej uiszczenia.
4. Faktury za wykonane usługi wystawia Dział Finansowo-Księgowy.

DZIAŁ VIII. ZASADY UDOSTĘPNIANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

§ 85

1. Dokumentacja medyczna jest udostępniana:
 - 1) pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej pisemnie przez pacjenta, a w razie śmierci pacjenta – osobie upoważnionej przez pacjenta za życia do wglądu w dokumentację medyczną,
 - 2) podmiotom udzielającym świadczeń zdrowotnych, jeżeli dokumentacja ta jest niezbędna do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych,
 - 3) organom władzy publicznej, Narodowemu Funduszowi Zdrowia, organom samorządu zawodów medycznych oraz konsultantom krajowym i wojewódzkim, w zakresie niezbędnym do wykonywania przez te podmioty ich zadań, w szczególności kontroli i nadzoru,
 - 4) ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, sądom, w tym sądom dyscyplinarnym, prokuratorom, lekarzom sądowym i rzecznikom odpowiedzialności zawodowej, w związku z prowadzonym postępowaniem,
 - 5) uprawnionym na mocy odrębnych ustaw organom i instytucjom, jeżeli badanie zostało przeprowadzone na ich wniosek,
 - 6) organom rentowym oraz zespołom do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności, w związku z prowadzonym przez nie postępowaniem,
 - 7) podmiotom prowadzącym rejestry usług medycznych, w zakresie niezbędnym do prowadzenia rejestrów,
 - 8) zakładom ubezpieczeń - za zgodą pacjenta,
 - 9) lekarzowi, pielęgniarce lub położnej, w związku z prowadzeniem procedury oceniającej podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o akredytacji w ochronie zdrowia, w zakresie niezbędnym do jej przeprowadzenia,
 - 10) wojewódzkiej komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, w zakresie prowadzonego postępowania,
 - 11) spadkobiercom w zakresie prowadzonego postępowania przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych,
 - 12) szkole wyższej lub jednostce badawczo – rozwojowej, do wykorzystania dla celów naukowych – bez ujawniania nazwiska i innych danych umożliwiających identyfikację osoby, której dokumentacja dotyczy.
2. Udostępnienie dokumentacji następuje w trybie zapewniającym zachowanie poufności i ochrony danych osobowych oraz bez zbędnej zwłoki.
3. Udostępnienie na zewnątrz Klinicznego Centrum, dokumentacji indywidualnej wewnętrznej, a dokumentacji zbiorczej jedynie w zakresie wpisów dotyczących pacjenta, następuje na podstawie decyzji Dyrektora Klinicznego Centrum.

4. Odmowa wydania dokumentacji wymaga zachowania formy pisemnej wraz z podaniem przyczyny.
5. W przypadku wydania oryginałów dokumentacji w Klinicznym Centrum należy pozostawić kopię lub pełny odpis wydanej dokumentacji.

§ 86

1. Dokumentacja medyczna jest udostępniana:
 - 1) do wglądu w siedzibie Klinicznego Centrum,
 - 2) poprzez sporządzenie jej wyciągów, odpisów lub kopii,
 - 3) poprzez wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, jeżeli uprawniony organ lub podmiot żąda udostępnienia oryginałów tej dokumentacji.
2. Dokumentację prowadzoną w postaci elektronicznej udostępnia się z zachowaniem jej integralności oraz ochrony danych osobowych poprzez:
 - 1) przekazanie informatycznego nośnika danych z zapisaną kopią dokumentacji,
 - 2) dokonanie elektronicznej transmisji dokumentacji,
 - 3) przekazanie papierowych wydruków – opatrzonych podpisem za zgodność z oryginałem przez upoważnioną osobę oraz za potwierdzeniem odbioru.
3. Za udostępnienie dokumentacji medycznej w sposób określony w ust. 1 pkt 2 oraz ust. 2 pobierana jest opłata.
4. Opłata za udostępnienie dokumentacji medycznej wynosi za:
 - 1) jedną stronę wyciągu lub dokumentacji medycznej 0,002 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale, od pierwszego dnia następnego miesiąca po ogłoszeniu przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski” na podstawie art. 20 pkt 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych,
 - 2) jedną stronę kopii dokumentacji medycznej – 0,00007 przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa w pkt 1),
 - 3) sporządzenie wyciągu, odpisu lub kopii dokumentacji medycznej na elektronicznym nośniku danych – w wysokości 0,0004 przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa w pkt 1).
6. Wysokość opłaty, o której mowa w ust. 4 wynosi w dniu zatwierdzenia niniejszego Regulaminu kwotę określoną w załączniku nr 2 do Regulaminu. O każdorazowej zmianie przeciętnego wynagrodzenia oraz wysokości opłat, o których mowa wyżej, Główny Księgowy Klinicznego Centrum powiadomi zainteresowane komórki organizacyjne.
7. Opłaty nie pobiera się w przypadku udostępniania dokumentacji medycznej w związku z postępowaniem przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, o której mowa w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
8. Udostępniana dokumentacja medyczna w formie wyciągów, odpisów i kserokopii powinna być potwierdzona za zgodność z oryginałem.

§ 87

1. Dokumentacja medyczna przechowywana jest przez okres 20 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu, z wyjątkiem:
 - 1) dokumentacji medycznej w przypadku zgonu pacjenta na skutek uszkodzenia ciała lub zatrucia, która jest przechowywana przez okres 30 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym nastąpił zgon;

- 2) zdjęć rentgenowskich przechowywanych poza dokumentacją medyczną pacjenta, które są przechowywane przez okres 10 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym wykonano zdjęcie;
 - 3) skierowań na badania lub zleceń lekarza, które są przechowywane przez okres 5 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym udzielono świadczenia będącego przedmiotem skierowania lub zlecenia;
 - 4) dokumentacji medycznej dotyczącej dzieci do ukończenia 2 roku życia, która jest przechowywana przez okres 22 lat.
2. Po upływie okresów wymienionych w ust. 1 dokumentacja medyczna zostaje zniszczona w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta, którego dotyczyła.
3. Dokumentacja indywidualna wewnętrzna przewidziana do zniszczenia może zostać wydana za pokwitowaniem na wniosek pacjenta, jego przedstawiciela ustawowego albo osoby bliskiej (ze wskazaniem imienia i nazwiska), która na podstawie złożonego przez pacjenta oświadczenia została upoważniona do uzyskiwania dokumentacji.

DZIAŁ IX. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 88

1. Pacjent ma prawo przechowywać wartościowe rzeczy w depozycie Klinicznego Centrum.
2. Rzeczami wartościowymi w rozumieniu Regulaminu są przedmioty wartościowe oraz dokumenty.
3. Do przedmiotów wartościowych zalicza się:
 - 1) pieniądze zagraniczne i złote monety,
 - 2) kruszce szlachetne i wyroby z tych kruszców oraz drogie kamienie (biżuteria),
 - 3) zagraniczne papiery wartościowe,
 - 4) krajowe papiery wartościowe,
 - 5) pieniądze polskie,
 - 6) inne przedmioty uznane za wartościowe przez Kliniczne Centrum.
4. Rzeczy wartościowe powinny być przechowywane w Klinicznym Centrum zgodnie z zatwierdzonym „Regulaminem przechowywania rzeczy powierzonych przez pacjentki” obowiązującym w Klinicznym Centrum.

§ 89

1. Skargi i wnioski dotyczące wykonywanych świadczeń zdrowotnych w medycznych komórkach organizacyjnych Klinicznego Centrum są przyjmowane i rozpatrywane przez:
 - a) Dyrektora Klinicznego Centrum
 - b) Ordynatorów/ lekarzy kierujących oddziałami
 - c) kierowników komórek organizacyjnych Klinicznego Centrum, zgodnie z posiadany zakres obowiązków,
 - d) Pełnomocnika ds. Praw Pacjentów.
2. Tryb przyjmowania i rozpatrywania skarg i wniosków w Klinicznym Centrum, ustalony został w Regulaminie rozpatrywania skarg i wniosków, wprowadzonym w życie zarządzeniem Dyrektora.
3. Godziny przyjęć w sprawach skarg i wniosków podane są do wiadomości poprzez wywieszenie na tablicach ogłoszeń.

4. Okresowej analizy skarg i wniosków, wnoszonych przez osoby korzystające ze świadczeń zdrowotnych realizowanych przez medyczne komórki organizacyjne Klinicznego Centrum, dokonuje Rada Społeczna.

§ 90

W sprawach nieuregulowanych w niniejszym Regulaminie organizacyjnym mają zastosowanie przepisy odrębne oraz procedury i inne regulaminy obowiązujące w Klinicznym Centrum.

§ 91

1. Regulamin organizacyjny wchodzi w życie po uzyskaniu pozytywnej opinii Rady Społecznej Klinicznego Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii w Opolu.
2. Wszelkie zmiany treści Regulaminu przed wprowadzeniem w życie wymagają uzyskania pozytywnej opinii Rady Społecznej, o której mowa w pkt. 1.

Dyrektor

Edward Puchała

Wykaz załączników:

Załącznik nr 1 – Schemat organizacyjny

Załącznik nr 2 – Cennik opłat

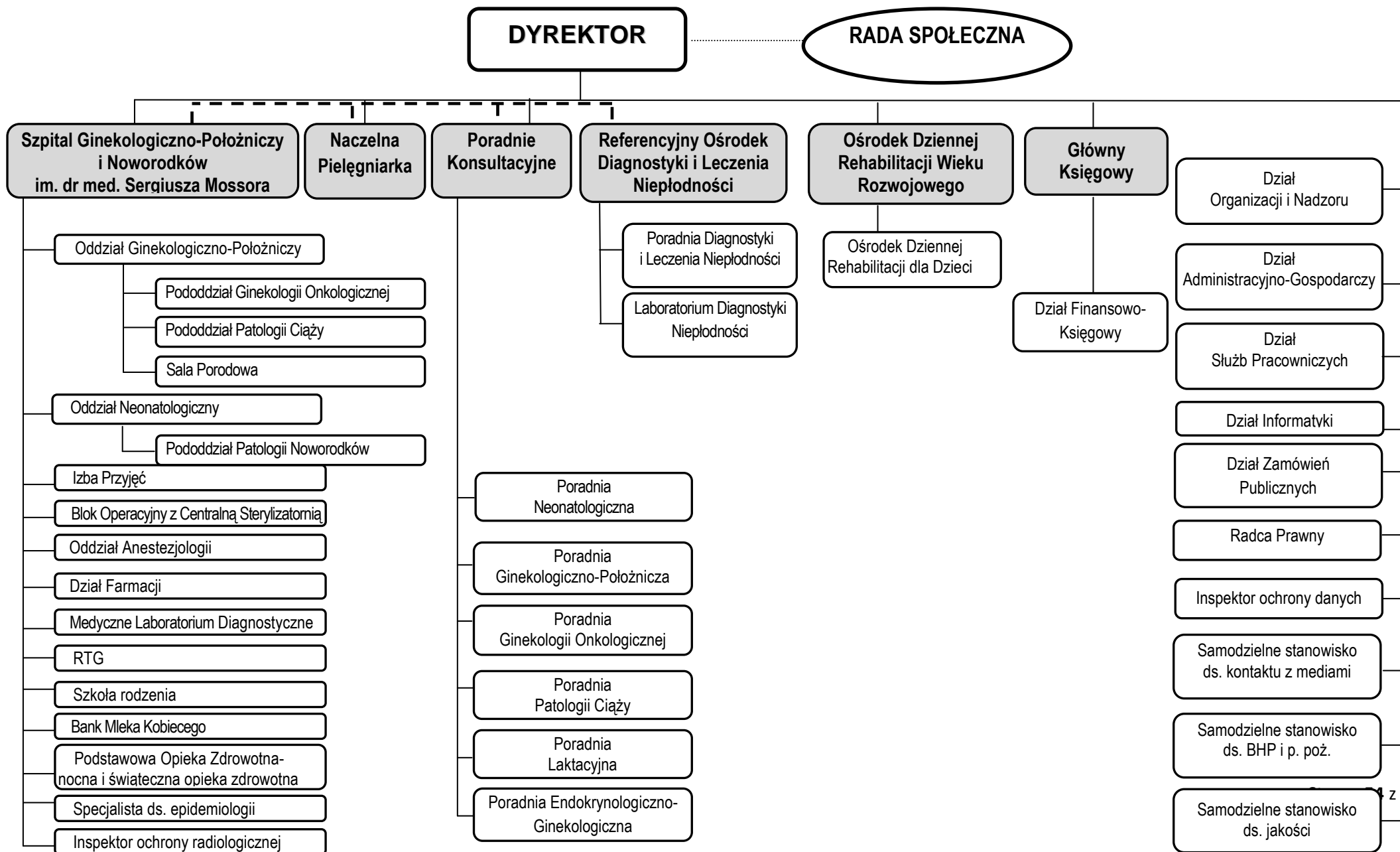
Załącznik nr 3 – Ramowy rozkład dnia w zakresie opieki medycznej

Załącznik nr 4 – Prawa i Obowiązki Pacjenta

Załącznik nr 5 – Czas oraz organizacja pracy poszczególnych medycznych komórek organizacyjnych

SCHEMAT ORGANIZACYJNY

Załącznik nr 1 – Schemat organizacyjny



Cennik usług wykonywanych w Klinicznym Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii w Opolu dla osób nieposiadających prawa do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, udzielanych na zasadach umów cywilnoprawnych oraz wynikających z odrębnych przepisów

| Lp. | Wyszczególnienie | Cena brutto | |
|-------------------------------|--|---|-----------|
| IZBA PRZYJĘĆ | | | |
| 1. | Porady lekarskie (ginekologiczne, położnicze, neonatologiczne) | 120,00 zł | |
| 2. | Badanie USG (ginekologiczne, położnicze) | 120,00 zł | |
| 3. | Wydanie zaświadczenia lekarskiego (po badaniu lekarskim) | 80,00 zł | |
| HOSPITALIZACJE, PORADY | | | |
| 1. | Hospitalizacja w Oddziałach Szpitalnych | zgodnie z wyceną NFZ | |
| 2. | Porada w Poradniach Konsultacyjnych | zgodnie z wyceną NFZ | |
| POBYT | | | |
| 1. | Pobyt w Sali o podwyższonym standardzie za dobę | 50,00 zł | |
| 2. | Pobyt w pokoju hotelowym - bez wyżywienia za dobę | 40,00 zł | |
| DIAGNOSTYKA | | | |
| 1. | Urografia | 285,00 zł | |
| 2. | Histerosalphingografia (kontrast cieniujący) | 800,00 zł | |
| 3. | RTG - zdjęcia duże - 1 projekcja | Radiografia babygram | 130,00 zł |
| 4. | | Radiografia jamy brzusznej przegładowe | 50,00 zł |
| 5. | | Radiografia klatki piersiowej w 1 projekcji | 50,00 zł |
| 6. | | Radiografia kości krzyżowej i guzicznej | 70,00 zł |
| 7. | | Radiografia kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego w 1 projekcji | 60,00 zł |
| 8. | | Radiografia miednicy | 50,00 zł |
| 9. | | Radiografia obojczyków porównawcze | 50,00 zł |
| 10. | | Radiografia stawów biodrowych porównawcze | 50,00 zł |

| | | | |
|-----|---|--|----------|
| 11. | RTG - zdjęcia duże - 2 projekcje | Radiografia czaszki w 2 projekcjach | 70,00 zł |
| 12. | | Radiografia klatki piersiowej w 2 projekcjach | 80,00 zł |
| 13. | | Radiografia klatki piersiowej w 2 projekcjach z kontrastem | 90,00 zł |
| 14. | | Radiografia kręgosłupa całego na stojąco w 2 projekcjach | 70,00 zł |
| 15. | | Radiografia kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego czynnościowe | 80,00 zł |
| 16. | | Radiografia kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego w 2 projekcjach | 80,00 zł |
| 17. | | Radiografia kręgosłupa piersiowego w 2 projekcjach | 80,00 zł |
| 18. | | Radiografia kręgosłupa szyjnego w 2 projekcjach | 65,00 zł |
| 19. | | Radiografia stawu biodrowego w 2 projekcjach | 60,00 zł |
| 20. | | Radiografia żeber w 2 projekcjach | 75,00 zł |
| 21. | RTG - zdjęcia duże - 3 projekcje | Radiografia czaszki w 3 projekcjach | 90,00 zł |
| 22. | RTG - zdjęcia małe - 1 projekcja | Radiografia czaszki w 1 projekcji | 50,00 zł |
| 23. | | Radiografia dłoni porównawcze w 1 projekcji | 50,00 zł |
| 24. | | Radiografia dłoni w 1 projekcji | 50,00 zł |
| 25. | | Radiografia dłoni z nadgarstkiem w 1 projekcji (wiek kostny) | 50,00 zł |
| 26. | | Radiografia kl. piersiowej dzieci w 1 proj. - przy łożku | 55,00 zł |
| 27. | | Radiografia kości kończyny górnej | 50,00 zł |
| 28. | | Radiografia kości nosowej | 40,00 zł |
| 29. | | Radiografia kości piętowej w 1 projekcji | 40,00 zł |
| 30. | | Radiografia kości piętowych porównawcze | 60,00 zł |
| 31. | | Radiografia kości podudzia w 1 projekcji | 50,00 zł |
| 32. | Radiografia kości przedramienia w 1 projekcji | 50,00 zł | |

| | | |
|-----|---|----------|
| 33. | Radiografia kości ramiennej w 1 projekcji | 50,00 zł |
| 34. | Radiografia kręgosłupa całego na stojąco w 1 projekcji | 50,00 zł |
| 35. | Radiografia kręgosłupa piersiowego w 1 projekcji | 50,00 zł |
| 36. | Radiografia kręgosłupa szyjnego w 1 projekcji | 50,00 zł |
| 37. | Radiografia mostka w 1 projekcji | 50,00 zł |
| 38. | Radiografia nadgarstka w 1 projekcji | 50,00 zł |
| 39. | Radiografia obojczyka | 50,00 zł |
| 40. | Radiografia rzepki w 1 projekcji | 40,00 zł |
| 41. | Radiografia siodełka tureckiego | 40,00 zł |
| 42. | Radiografia stawów barkowych porównawcze | 60,00 zł |
| 43. | Radiografia stawów biodrowych dzieci porównawcze | 60,00 zł |
| 44. | Radiografia stawów kolanowych porównawcze w 1 projekcji | 40,00 zł |
| 45. | Radiografia stawów krzyżowo-biodrowych porównawcze | 60,00 zł |
| 46. | Radiografia stawów skokowych w 1 projekcji | 40,00 zł |
| 47. | Radiografia stawu barkowego w 1 projekcji | 50,00 zł |
| 48. | Radiografia stawu biodrowego w 1 projekcji | 50,00 zł |
| 49. | Radiografia stawu kolanowego w 1 projekcji | 40,00 zł |
| 50. | Radiografia stawu łokciowego w 1 projekcji | 40,00 zł |
| 51. | Radiografia stawu skokowego w 1 projekcji | 40,00 zł |
| 52. | Radiografia stopy w 1 projekcji | 40,00 zł |
| 53. | Radiografia stóp porównawcze w 1 projekcji | 60,00 zł |
| 54. | Radiografia u dzieci jamy brzusznej | 50,00 zł |
| 55. | Radiografia u dzieci jamy brzusznej poziomą wiązką promieni | 50,00 zł |

| | | | |
|-----|-------------------------------------|---|-----------|
| 56. | | Radiografia zatok obocznych nosa | 50,00 zł |
| 57. | | Radiografia żeber w 1 projekcji | 50,00 zł |
| 58. | RTG - zdjęcia małe - 2 projekcje | Radiografia dłoni porównawcze w 2 projekcjach | 60,00 zł |
| 59. | | Radiografia dłoni w 2 projekcjach | 60,00 zł |
| 60. | | Radiografia kości piętowej w 2 projekcjach | 60,00 zł |
| 61. | | Radiografia kości podudzia w 2 projekcjach | 60,00 zł |
| 62. | | Radiografia kości przedramienia w 2 projekcjach | 60,00 zł |
| 63. | | Radiografia kości ramiennej w 2 projekcjach | 60,00 zł |
| 64. | | Radiografia kości udowej w 2 projekcjach | 60,00 zł |
| 65. | | Radiografia kręgosłupa szyjnego czynnościowe | 75,00 zł |
| 66. | | Radiografia nadgarstka w 2 projekcjach | 60,00 zł |
| 67. | | Radiografia nadgarstków porównawcze w 2 projekcjach | 60,00 zł |
| 68. | | Radiografia palca dłoni w 2 projekcjach | 60,00 zł |
| 69. | | Radiografia palca stopy w 2 projekcjach | 60,00 zł |
| 70. | | Radiografia stawów skokowych w 2 projekcjach | 60,00 zł |
| 71. | | Radiografia stawu barkowego w 2 projekcjach | 60,00 zł |
| 72. | | Radiografia stawu kolanowego w 2 projekcjach | 60,00 zł |
| 73. | | Radiografia stawu łokciowego w 2 projekcjach | 60,00 zł |
| 74. | | Radiografia stawu skokowego w 2 projekcjach | 60,00 zł |
| 75. | | Radiografia stopy w 2 projekcjach | 60,00 zł |
| 76. | RTG- zdjęcia małe - 3 projekcje | Radiografia kolan w 3 projekcjach | 90,00 zł |
| 77. | | Radiografia łokci w 3 projekcjach | 85,00 zł |
| 78. | | Radiografia stawów skokowych w 3 projekcjach | 85,00 zł |
| 79. | | Radiografia stóp w 3 projekcjach | 85,00 zł |
| 80. | RTG - zdjęcia małe - 4 projekcje | Radiografia kolan w 4 projekcjach | 100,00 zł |

| | | |
|---|---|--------------------------------|
| 81. | Opis zdjęcia wykonanego poza tutejszą pracownią | 45,00 zł |
| 82. | Wydruk zdjęcia RTG z płyty CD | 25,00 zł |
| 83. | Nagranie zdjęcia RTG na CD | 25,00 zł |
| 84. | Badanie EKG | 35,00 zł |
| PRZECHOWYWANIE ZWŁOK | | |
| 1. | Przechowywanie zwłok przez okres dłuższy niż 72 godziny - za dobę | zgodnie z umową z podwykonawcą |
| OPŁATA ZA UDOSTĘPNIANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ | | |
| 1. | Opłata za udostępnienie jednej strony wyciągu lub dokumentacji medycznej wynosi 0,002 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale, od pierwszego dnia następnego miesiąca po ogłoszeniu przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej "Monitor Polski" na podstawie art. 20 pkt 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych | |
| 2. | Opłata za jedną stronę kopii dokumentacji medycznej wynosi 0,00007 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale, od pierwszego dnia następnego miesiąca po ogłoszeniu przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej "Monitor Polski" na podstawie art. 20 pkt 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych | |
| 3. | Opłata za sporządzenie wyciągu, odpisu lub kopii dokumentacji medycznej na elektronicznym nośniku danych wynosi 0,0004 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale, od pierwszego dnia następnego miesiąca po ogłoszeniu przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej "Monitor Polski" na podstawie art. 20 pkt 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych | |
| 4. | Wydanie duplikatu książeczki zdrowia dziecka | 50,00 zł |

Załącznik nr 3 – Ramowy rozkład dnia w zakresie opieki medycznej

| Lp. | Godzina | Czynności na oddziale |
|-----|---------------|--|
| 1. | 6.00 – 7.00 | Toaleta pacjentów. Mierzenie ciepłoty ciała, tętna. |
| 2. | 7.00 – 8.00 | Pobieranie materiałów do badań laboratoryjnych od pacjentów i wykonywanie badań diagnostycznych. Śniadanie. Sprzątanie sal pacjentów, prześcielenie łóżek zmiana bielizny osobistej i pościelowej. |
| 3. | 8.00 – 10.00 | Wizyty lekarskie w oddziałach |
| 4. | 10.00 – 12.00 | Wykonywanie zleceń lekarskich i zabiegów |
| 5. | 12.00 – 13.00 | Obiad |
| 6. | 13.00 – 14.00 | Wykonywanie zleceń lekarskich i innych czynności związanych z funkcjonowaniem Oddziału. |
| 7. | 14.00 – 19.00 | Wypoczynek pacjentów. Odwiedziny chorych. |
| 8. | 16.30 – 17.00 | Mierzenie ciepłoty ciała, tętna. Zabiegi pielęgnacyjne i porządkowe. |
| 9. | 17.00 – 18.00 | Kolacja. |
| 10. | 18.00 – 20.00 | Wizyty lekarsko – pielęgniarские w oddziałach |
| 11. | 20.00 – 22.00 | Czas do dyspozycji pacjentów. Toaleta wieczorna. |
| 12. | 22.00 - 6.00 | Cisza nocna, w tym pielęgniarский obchód sal i realizacja potrzeb zgłaszanych przez pacjentki |

Załącznik nr 4 – Prawa i Obowiązki Pacjenta

Prawa pacjenta oraz zasady funkcjonowania Rzecznika Praw Pacjenta wynikają z ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2017r. poz.1318 z późn. zm.)

Pacjent ma prawo do:

1. Świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej.
2. Informacji o swoim stanie zdrowia.
3. Zgłaszania działań niepożądanych produktów leczniczych.
4. Tajemnicy informacji z nim związanych.
5. Wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych.
6. Poszanowania intymności i godności.
7. Dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej stanu zdrowia oraz udzielonych świadczeń zdrowotnych.
8. Zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza.
9. Poszanowania życia prywatnego i rodzinnego.
10. Opieki duszpasterskiej.
11. Przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie.

Obowiązki pacjenta przebywającego w Klinicznym Centrum

Pacjent zobowiązany jest do:

1. Przestrzegania regulaminów i zarządzeń wewnętrznych, dotyczących organizacji pracy i porządku w oddziałach szpitalnych.
2. Przestrzegania rozkładu dnia podczas pobytu na oddziale szpitalnym.
3. Przestrzegania zaleceń personelu medycznego związanych z procesem leczenia.
4. Nie zakłócania swoim zachowaniem spokoju innych pacjentów.
5. Przestrzegania zasad higieniczno – sanitarnych.
6. Szanowania mienia szpitalnego oraz przestrzegania zasad bezpieczeństwa przeciwpożarowego.
7. Przestrzegania bezwzględnego zakazu wnoszenia na teren Klinicznego Centrum i spożywania napojów alkoholowych oraz innych środków odurzających.
8. Przestrzegania zakazu palenia tytoniu na terenie Klinicznego Centrum.
9. Nie wychodzenia poza teren Szpitala, chyba, że jest to konieczne ze względów leczniczych.

Każde oddalenie się poza oddział pobytu wymaga poinformowania pielęgniarki/położnej lub lekarza, z podaniem czasu nieobecności.

Pacjent jest współodpowiedzialny za zachowanie odwiedzających go osób.

Pacjent odpowiada za wszelkie szkody materialne powstałe z jego umyślnej winy oraz za rzeczy wartościowe, garderobę, pieniądze i dokumenty, które nie zostały przekazane do depozytu.

Pacjenci mogą składać skargi i wnioski do:

1. Pełnomocnika ds. Praw Pacjentów w Klinicznym Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii w Opolu
codziennie (w dni robocze) w godz. 12.30 – 14.00; tel.: 77 454 54 01 wew. 404;
e-mail: echowaniec@ginekologia.opole.pl

2. Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia
Sekcja ds. Skarg i Wniosków oraz Monitorowania List Oczekujących
tel.: 77 40 20 182 (pon. – pt. od 8:00 do 16:00); infolinia: 77 194 88;
tel./faks 77 40 20 101 (sekretariat);
e-mail: swl@nfz-opole.pl

3. Biura Rzecznika Praw Pacjenta
ul. Młynarska 46
01-171 Warszawa
bezpłatna infolinia : 800 190 590 czynna od poniedziałku do piątku w godzinach: 8.00 – 18.00
e-mail: kancelaria@rpp.gov.pl
faks 22 532-82-31

4. Komisji ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych
Opolski Urząd Wojewódzki
ul. Piastowska 14
45-082 Opole
tel.: 77 45 24 348

Załącznik nr 5 – Czas oraz organizacja pracy poszczególnych medycznych komórek organizacyjnych

| Lp. | Komórka organizacyjna | Zabezpieczenie – czas pracy | Uwagi |
|-----|--|---|------------------|
| 1. | Izba Przyjęć | Całodobowe | dyżury lekarskie |
| 2. | Oddziały szpitalne | Całodobowe | dyżury lekarskie |
| 3. | Blok Operacyjny z Centralną Sterylizatornią | Całodobowe | |
| 4. | Oddział Anestezjologii | Całodobowe | dyżury lekarskie |
| 5. | Dział Farmacji | 7:00 – 14:35 | |
| 6. | Medyczne Laboratorium Diagnostyczne | Całodobowe | |
| 7. | Pracownia RTG | 7:00 – 21:00 | i na wezwanie |
| 8. | Szkoła Rodzenia | wg ustalonego harmonogramu | |
| 9. | Bank Mleka Kobięcego | 7:25 – 15:00 | |
| 10. | POZ – nocna i świąteczna opieka zdrowotna | w dni powszednie od 18:00-8:00; w piątek od 18:00 do poniedziałku do godz. 8:00 | |
| 11. | Poradnia Neonatologiczna | wg ustalonego harmonogramu | |
| 12. | Poradnia Ginekologiczno-Położnicza | wg ustalonego harmonogramu | |
| 13. | Poradnia Patologii Ciąży | wg ustalonego harmonogramu | |
| 14. | Poradnia Laktacyjna | wg ustalonego harmonogramu | |
| 15. | Poradnia Ginekologii Onkologicznej | wg ustalonego harmonogramu | |
| 16. | Poradnia Endokrynologiczno-Ginekologiczna | wg ustalonego harmonogramu | |
| 17. | Ośrodek Diennej Rehabilitacji dla Dzieci | wg ustalonego harmonogramu | |
| 18. | Poradnia Diagnostyki i Leczenia Niepłodności | wg ustalonego harmonogramu | |
| 19. | Laboratorium Diagnostyki Niepłodności | wg ustalonego harmonogramu | |