Załącznik nr 2 do Zarządzenia nr 67/2025
Dyrektora Klinicznego Centrum Ginekologii,
Położnictwa i Neonatologii w Opolu
z dnia 6 listopada 2025 r.

Regulamin organizacyjny

Klinicznego Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii w Opolu

TEKST JEDNOLITY

Opole, 6 listopada 2025 r.

Spis treści

DZIAŁ I. POSTANOWIENIA OGÓLNE 7

Rozdział I. Podstawy prawne obowiązywania regulaminu i funkcjonowania Klinicznego Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii w Opolu 7

Rozdział II. Cele i podstawowe zadania Klinicznego Centrum 8

Rozdział III. Polityka jakości oraz wewnętrzny system zarządzania jakością i bezpieczeństwem pacjenta 9

Rozdział IV. Zarządzanie Klinicznym Centrum 10

Rozdział V. Struktura organizacyjna Klinicznego Centrum 11

DZIAŁ II. PRZEBIEG PROCESU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH 12

Rozdział I. Lecznictwo szpitalne 12

Rozdział II. Przyjęcie i odmowa przyjęcia pacjenta do szpitala 14

Rozdział III. Identyfikacja pacjenta 16

Rozdział IV. Hospitalizacja 16

Rozdział V. Zgoda pacjenta 18

Rozdział VI. Wypisanie ze szpitala 18

Rozdział VII. Odwiedziny 19

Rozdział VIII. Lecznictwo ambulatoryjne 19

Rozdział IX. Diagnostyka 20

DZIAŁ III. ORGANIZACJA I ZADANIA KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH KLINICZNEGO CENTRUM 21

Rozdział I. Postanowienia ogólne 21

Rozdział II. Zakresy działania komórek organizacyjnych i samodzielnych stanowisk pracy w Klinicznym Centrum 22

Izba Przyjęć 22

I Oddział Kliniczny Ginekologii i Położnictwa z Pododdziałem Ginekologii Onkologicznej i Pododdziałem Patologii Ciąży wraz Salą Porodową 23

Oddział Kliniczny Neonatologii z Pododdziałem Patologii Noworodków 25

Oddział Anestezjologii 26

Blok Operacyjny 27

Centralna Sterylizatornia 28

Apteka Szpitalna 28

Medyczne Laboratorium Diagnostyczne 29

Pracownia RTG 29

Szkoła Rodzenia 30

Podstawowa Opieka Zdrowotna – nocna i świąteczna opieka zdrowotna 30

Bank Mleka Kobiecego 31

Specjalista ds. epidemiologii 32

Poradnie Konsultacyjne 33

Referencyjny Ośrodek Diagnostyki i Leczenia Niepłodności 35

Ośrodek Dzienny Rehabilitacji Wieku Rozwojowego 35

Dział Finansowo – Księgowy 36

Dział Służb Pracowniczych 38

Dział Organizacji i Nadzoru 40

Dział Informatyki 41

Dział Administracyjno-Gospodarczy 43

Samodzielne stanowiska ds. zamówień publicznych 45

Radca Prawny 46

Samodzielne stanowisko ds. BHP 46

Samodzielne stanowisko ds. p.poż 47

Samodzielne stanowisko ds. komunikacji - rzecznik prasowy 48

Samodzielne stanowisko ds. jakości 49

Samodzielne stanowisko ds. controllingu i kontroli zarządczej 50

Samodzielne stanowisko ds. pozyskiwania środków zewnętrznych oraz optymalizacji procesów 51

Inspektor ochrony radiologicznej 52

Inspektor ochrony danych 52

Stanowisko do zadań obronnych 52

Pełnomocnik ds. cyberbezpieczeństwa 53

Rozdział III. Uprawnienia, obowiązki i odpowiedzialność osób pełniących funkcje kierownicze 53

Dyrektor 53

Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa 55

Główny Księgowy 56

Naczelna Pielęgniarka 57

Rozdział IV. Obowiązki, uprawnienia i odpowiedzialność pracowników Klinicznego Centrum 61

Rozdział V. Warunki współdziałania wewnętrznego komórek organizacyjnych 62

DZIAŁ IV. WARUNKI WSPÓŁDZIAŁANIA Z INNYMI PODMIOTAMI WYKONUJĄCYMI DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ 63

DZIAŁ V. PRAWA I OBOWIĄZKI PACJENTA 64

Rozdział I. Postanowienia ogólne 64

Rozdział II. Prawa pacjenta 65

Rozdział III. Obowiązki pacjenta 67

DZIAŁ VI. OBOWIĄZKI KLINICZNEGO CENTRUM W RAZIE ŚMIERCI PACJENTA 69

Rozdział I. Postępowanie w razie śmierci pacjenta 69

Rozdział II. Sekcja zwłok osoby zmarłej 71

Rozdział III. Przechowywanie zwłok pacjenta 72

DZIAŁ VII. OPŁATY POBIERANE PRZEZ KLINICZNE CENTRUM 72

DZIAŁ VIII. ZASADY UDOSTĘPNIANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ 73

DZIAŁ IX. MONITORING 76

DZIAŁ X. POSTANOWIENIA KOŃCOWE 77

Wykaz załączników: 79

Załącznik nr 1 – – Schemat organizacyjny wraz z oznaczeniem komórek organizacyjnych do obiegu dokumentów 80

Załącznik nr 2 – Cennik opłat (obowiązujący od dnia 01.12.2025 r.) 81

Załącznik nr 3 – Ramowy rozkład dnia w zakresie opieki medycznej 87

Załącznik nr 4 – Prawa i Obowiązki Pacjenta 88

Załącznik nr 5 – Czas oraz organizacja pracy poszczególnych medycznych komórek organizacyjnych 90

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 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
   3) ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. 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.bip.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. Władysława 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, połogiem 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 oraz wewnętrzny system zarządzania jakością i bezpieczeństwem pacjenta

§ 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.
4. W Klinicznym Centrum został wdrożony i jest utrzymywany wewnętrzny system zarządzania jakością i bezpieczeństwem pacjenta zgodny z ustawą o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta z dnia 16.06.2023 r.
5. Na wewnętrzny system zarządzania jakością i bezpieczeństwem pacjenta składają się procedury, standardowe opisy postępowania, instrukcje, w tym dotyczące zarządzania zdarzeniami niepożądanymi, nadzoru nad systemem i oceny jego skuteczności wydane zarządzeniem Dyrektora.
6. W podmiocie identyfikowane są obszary priorytetowe dla poprawy jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń zdrowotnych w formie rocznego planu poprawy jakości, w którym określone są kryteria i metody potrzebne do zapewnienia skutecznego nadzoru nad jakością i bezpieczeństwem udzielanych świadczeń zdrowotnych.
7. W podmiocie monitorowana i oceniana jest jakość i bezpieczeństwo udzielanych świadczeń. Wyniki z monitorowania są przedstawione Dyrektorowi przynajmniej raz w roku.
8. Celem podnoszenia jakości udzielanych świadczeń prowadzone są cykliczne szkolenia służące uzyskaniu (szkolenie wstępne) i podnoszeniu (szkolenie przypominające) kompetencji personelu z zakresu jakości. Szkolenia odbywają się nie rzadziej niż raz do roku.

9. W Klinicznym Centrum prowadzone są badania opinii i doświadczeń pacjentów. Zanonimizowane badanie przeprowadza się w sposób zapewniający swobodę wyrażenia opinii.
10. Za prowadzenie wewnętrznego systemu zarządzania jakością odpowiedzialny jest Dyrektor.

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) zastępcy dyrektora ds. lecznictwa
   2) głównego księgowego,
   3) naczelnej pielęgniarki,
   4) ordynatorów oddziałów/ lekarzy kierujących oddziałami,
   5) kierowników komórek organizacyjnych.
3. Dyrektora w czasie jego nieobecności zastępuje Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa lub ustanowiony pełnomocnik w zakresie udzielonego pełnomocnictwa.

§ 12

1. Przy Klinicznym Centrum działa Rada Społeczna, która jest organem inicjującym i opiniodawczym Sejmiku i Zarządu Województwa Opolskiego oraz doradczym dyrektora Klinicznego Centrum.
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) I Oddział Kliniczny Ginekologii i Położnictwa:
         – Pododdział Ginekologii Onkologicznej
         – Pododdział Patologii Ciąży
         – Sala Porodowa
      b) Oddział Kliniczny Neonatologii:
         – Pododdział Patologii Noworodków
      c) Izba Przyjęć
      d) Blok Operacyjny
      e) Centralna Sterylizatornia
      f) Oddział Anestezjologii
      g) Apteka Szpitalna
      h) Medyczne Laboratorium Diagnostyczne
      i) Pracownia RTG
      j) Szkoła Rodzenia
      k) 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 Wieku Rozwojowego
   a) Ośrodek Dziennej 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.

   Ponadto w skład Klinicznego Centrum wchodzą komórki organizacyjne działalności niemedycznej i pomocniczej oraz samodzielne stanowiska pracy, które realizują zadania wyznaczone przez Dyrektora.

5. Schemat organizacyjny Klinicznego Centrum stanowi załącznik nr 1 do niniejszego Regulaminu.

DZIAŁ II. PRZEBIEG PROCESU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

§ 14

Miejscem udzielenia świadczeń zdrowotnych, w tym również za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, np. teleporady, telekonsultacji jest teren Klinicznego Centrum przy ul. Władysława Reymonta 8 w Opolu.

Rozdział I. Lecznictwo szpitalne

§ 15

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-portal 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. Prawo korzystania poza kolejnością ze świadczeń zdrowotnych mają:
    1) kobiety w ciąży;
    2) świadczeniobiorcy, o których mowa w art. 47 ust. 1a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Świadczeniobiorcom do 18 roku życia, u których stwierdzono ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu, na podstawie zaświadczenia) i 1b (świadczeniobiorcom posiadającym orzeczenie: o znacznym stopniu niepełnosprawności; o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji);
    3) osoby, o których mowa wart.43 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Świadczeniobiorca, który posiada tytuł „Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi” lub „Zasłużonego Dawcy Przeszczepu” i przedstawi legitymację „Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi” lub „Zasłużonego Dawcy Przeszczepu);
    4) inwalidzi wojenni i wojskowi;
    5) żołnierze zastępczej służby wojskowej;
    6) cywilne niewidome ofiary działań wojennych;

7) kombatanci;
8) działacze opozycji antykomunistycznej i osoby represjonowane z powodów politycznych;
9) osoby deportowane do pracy przymusowej;
10) uprawnieni żołnierze lub pracownicy, których ustalony procentowy uszczerbek na zdrowiu wynosi co najmniej 30%;
11) weterani poszkodowani, których ustalony procentowy uszczerbek na zdrowiu wynosi co najmniej 30%;
12) dawcy krwi, którzy oddali co najmniej 3 donacje krwi lub jej składników, w tym osocza po chorobie COVID-19–na podstawie zaświadczenia, o którym mowa wart.9a ust.3 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997r. o publicznej służbie krwi.

13. Pacjentom hospitalizowanym w Klinicznym Centrum zapewnia się:
    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 pielęgniarską 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.
14. Wskaźniki opieki okołoporodowej są określone, aktualizowane oraz monitorowanie i dokumentowane nie rzadziej niż raz w roku przez powołany przez Dyrektora Klinicznego Centrum Zespół do spraw określania wskaźników opieki okołoporodowej.

Rozdział II. Przyjęcie i odmowa przyjęcia pacjenta do szpitala

§ 16

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 ustalana jest na podstawie dowodu osobistego lub innego dokumentu ze zdjęciem potwierdzającego tożsamość.

   W przypadku przyjęcia noworodka położna Izby Przyjęć ustala tożsamość dziecka, które nie jest zaopatrzone w znaki tożsamości (tasiemki identyfikacyjne), na podstawie pisemnego oświadczenia osoby

przekazującej dziecko; imię i nazwisko, PESEL oraz stopień pokrewieństwa lub w przypadku przekazania przez służby medyczne, zajmowane stanowisko osoby przekazującej dziecko.

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,
   6) brak możliwości hospitalizacji ze względów epidemiologicznych.
9. Pacjent zgłaszający się w ramach umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia na podstawie skierowania zostaje wpisany na listę oczekujących na udzielenie świadczenia. Lista oczekujących stanowi część harmonogramu przyjęć. Harmonogram przyjęć jest prowadzony w postaci elektronicznej. W przypadku skierowania w formie papierowej do dokumentacji 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, pod 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

§ 17

1. Pacjentów szpitala zaopatruje się w znaki identyfikacyjne zgodnie z art. 36 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. 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, a w przypadku noworodka urodzonego z ciąży mnogiej także cyfry wskazujące na kolejność rodzenia się.
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

§ 18

1. Kierowanie 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 6 września 2023 r. w sprawie procedury "Niebieskie Karty" oraz wzorów formularzy „Niebieska Karta”.

§ 19

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

§ 20

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. Wyjątkiem są sytuacje szczególne (np. stan epidemii, zakaz odwiedzin), gdzie można udzielić informacji na odległość (rozmowa telefoniczna) po uprawdopodobnieniu tożsamości osoby kontaktującej się (pytania kontrolne).
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.

§ 21

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

Rozdział V. Zgoda pacjenta

§ 22

1. W szpitalu obowiązuje zasada uzyskania pisemnej zgody pacjenta na zabiegi, operacje, znieczulenie 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

§ 23

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

§ 24

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.

§ 25

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

Rozdział VIII. Lecznictwo ambulatoryjne

§ 26

1. Świadczenia zdrowotne z zakresu ambulatoryjnego lecznictwa 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 Neonatologicznej jest wymagane skierowanie od lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ), poradni specjalistycznej lub oddziału.
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

§ 27

1. Świadczenia zdrowotne z zakresu badań diagnostycznych udzielane są w ramach funkcjonujących komórek: Medycznego Laboratorium Diagnostycznego, Laboratorium Diagnostyki Niepłodności, Pracowni RTG i Pracowni USG.
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 dokumentacje 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, na elektronicznych nośnikach informacji, lub w oryginalnej formie cyfrowej na e-portal: https://wyniki.ginekologia.opole.pl/.

DZIAŁ III. ORGANIZACJA I ZADANIA KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH KLINICZNEGO CENTRUM

Rozdział I. Postanowienia ogólne

§ 28

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.

Za organizację pracy w komórkach medycznych Klinicznego Centrum, odpowiadają Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa i Naczelna Pielęgniarka, której podlegają pielęgniarki i położne oraz salowe.

§ 29

1. Wewnętrznymi 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 w wersji papierowej przez komórki, których te akta dotyczą. W wersji elektronicznej dostępne są dla wszystkich pracowników.
5. Szczegółowe procedury dotyczące pobytu pacjentów w Klinicznym Centrum oraz procesu leczenia, prowadzenia dokumentacji i standardów postepowania zawarte są w dokumentach akredytacyjnych.

§ 30

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

§ 31

Izba Przyjęć

1. Izba Przyjęć jest integralną częścią Szpitala Ginekologiczno – Położniczego i Noworodków im. dr med. Sergiusza Mossora w Klinicznym 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:
   1) w godzinach od 7:00 do 14:35 - lekarz Izby Przyjęć,
   2) w godzinach popołudniowych i nocnych - lekarz dyżurny III kolejki oraz położna dyżurna.
5. Nadzór kierowniczy nad pracą Izby Przyjęć sprawuje ordynator / lekarz kierujący I Oddziałem Klinicznym Ginekologii i Położnictwa, 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. W Izbie Przyjęć odbywają się konsultacje neonatologiczne i kwalifikacja do przyjęcia do Oddziału Klinicznego Neonatologii przez lekarza neonatologa z Pododdziału Patologii Noworodków.
10. Pacjentki przyjęte, przeprowadzane są lub przewożone na wózkach przez personel Izby Przyjęć, do właściwych oddziałów szpitalnych.

§ 32

I Oddział Kliniczny Ginekologii i Położnictwa z Pododdziałem Ginekologii Onkologicznej i Pododdziałem Patologii Ciąży wraz Salą Porodową

1. I Oddział Kliniczny Ginekologii i Położnictwa z Pododdziałem Ginekologii Onkologicznej i Pododdziałem Patologii Ciąży wraz Salą Porodową zakresem działalności obejmuje:
   1) świadczenia zdrowotne w zakresie ginekologii i położnictwa,
   2) leczenie operacyjne chorób narządu rodnego, w tym zabiegi z zakresu onkologii ginekologicznej,
   3) diagnostykę i leczenie pacjentek w ciąży do 22. tygodnia,
   4) wykonywanie endoskopii (laparoskopia, histeroskopia 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 funkcyjnie 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 procedura akredytacyjną dotycząca odwiedzin na odcinku pooperacyjnym.
5. Wizyty lekarskie odbywają się w godzinach ustalonych przez ordynatora/lekarza kierującego oddziałem. Wizyta wieczorna oraz 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.
   3) 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 podtlenku azotu,
   4) porody zabiegowe drogą pochwową,
   5) cięcia cesarskie.
10. Porody fizjologiczne prowadzone są przez położne. Lekarz ginekolog – położnik i neonatolog pozostają w dyspozycji.
11. Za porody patologiczne odpowiedzialny jest lekarz ginekolog-położnik, który współpracuje z położną Sali Porodowej.
12. Porody zabiegowe prowadzi lekarz ginekolog – położnik, w obecności lekarza specjalisty neonatologa. W cięciach cesarskich uczestniczy co najmniej jeden lekarz specjalista ginekolog – położnik.
13. Szczegółowe zapisy dotyczące pobytu i procesu porodu, pielęgnowania, prowadzenia dokumentacji zawarte są w procedurach operacyjnych i akredytacyjnych.

14. Obowiązuje uzyskanie pisemnej zgody pacjentki na zabiegi, operacje i wszelkie procedury związane z ciążą i porodem.
15. Każda pacjentka obsługiwana jest zgodnie z planem porodu, jeżeli sytuacja położnicza rodzącej na to zezwala oraz warunki logistyczne na Sali Porodowej.
16. Do dyspozycji oddziału pozostaje lekarz internista nadzorujący prowadzenie internistyczne ciężarnych kobiet w oddziale.
17. Wypisy pacjentek dokonywane są codziennie od godziny 13:00 (w dni robocze), a w razie potrzeby w dni wolne od pracy.

§ 33

Oddział Kliniczny Neonatologii z Pododdziałem Patologii Noworodków

1. Zakres działalności Oddziału Klinicznego Neonatologii 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 Sali Porodowej 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 14:00 (w dni robocze), a w razie potrzeby w dni wolne od pracy.

§ 34

Oddział Anestezjologii

1. Oddział Anestezjologii wykonuje zadania związane z:
   1) kwalifikacją pacjentów szpitalnych do znieczulenia z oceną ryzyka okołooperacyjnego,
   2) prowadzeniem znieczuleń do zabiegów ginekologicznych i położniczych zgodnie z obowiązującymi standardami
   3) analgezją regionalną porodu
   4) leczeniem bólu pooperacyjnego
   5) konsultacją terapii bólu u pacjentów z ostrymi i przewlekłymi zespołami bólowymi w oddziałach szpitalnych
   6) stałą gotowością w przypadkach zagrożenia życia do podjęcia czynności resuscytacyjnych/ reanimacyjnych
   7) nadzorem nad pacjentem nieprzytomnym i w stanach niewydolności krążeniowo-oddechowej
   8) utrzymaniem w stałej sprawności sprzętu i stosowanej aparatury medycznej
   9) prowadzeniem dokumentacji obowiązującej w szpitalu
   10) szkoleniem lekarzy rezydentów anestezjologii w zakresie anestezjologii położniczej.
2. Za organizację pracy w Oddziale Anestezjologii odpowiada ordynator /lekarz kierujący – specjalista z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii, który podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa. Ordynator /lekarz kierujący Oddziałem Anestezjologii odpowiada za prawidłowość, płynność pracy i sprawne funkcjonowanie oddziału pod względem medycznym, administracyjnym i gospodarczym oraz jest bezpośrednim przełożonym całego personelu oddziału.
3. Za organizację prac pielęgniarskich i położniczych w Oddziale Anestezjologii odpowiada położna/pielęgniarka koordynująca w zakresie pełnionych funkcyjnie obowiązków.
4. Podczas nieobecności ordynatora /lekarza kierującego i położnej/pielęgniarki koordynującej zastępstwo pełnią wyznaczone osoby.
5. Ordynator/lekarz kierujący odpowiada za prawidłową gospodarkę środkami odurzającymi i psychotropowymi, tj.: przechowywanie, rozchód i prowadzenie dokumentacji z tym związanej.
6. Ordynator/lekarz kierujący odpowiada również za dokumentację, sprawozdawczość i statystykę dotyczącą oddziału.
7. Oddział Anestezjologii wykonując swoje czynności użytkuje:
   1) sale operacyjne,

2) sale zabiegowe poszczególnych oddziałów,
3) salę porodową,
4) salę nadzoru poznieczuleniowego.

8. Sala nadzoru poznieczuleniowego znajduje się w obrębie „traktu operacyjnego" i służy do obserwacji pacjentek w bezpośrednim okresie pooperacyjnym.
9. Oddział Anestezjologii organizuje szkolenia zarówno dla lekarzy jak i pielęgniarek i położnych zatrudnionych w oddziale, jak również dla personelu z innych oddziałów szpitala w zakresie stosowanych procedur i terapii.

§ 35

Blok Operacyjny

1. Blok Operacyjny stanowi wydzieloną komórkę organizacyjną składającą się z dwóch sal cięć cesarskich, dwóch sal operacyjnych oraz sali zabiegów ginekologicznych i sali zabiegów neonatologicznych.
2. 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.
3. Sale cięć cesarskich i sale operacyjne podporządkowane są ordynatorowi/lekarzowi kierującemu I Oddziałem Klinicznym Ginekologii i-Położnictwa.
4. Rozkład pracy lekarzy przeprowadzających zabiegi w danej sali ustala ordynator / lekarz kierujący I Oddziałem Klinicznym Ginekologii i Położnictwa.
5. W godzinach przedpołudniowych zabiegi operacyjne odbywają się wg ustalonego planu. Plan ustalany jest w dniu poprzedzającym do godziny 14:35 przez ordynatora/lekarza kierującego oddziałem lub wyznaczonego zastępcę.
   W pozostałych godzinach zabiegi operacyjne wykonywane są na zlecenie lekarza dyżurnego „I kolejki".
6. Wykonane zabiegi operacyjne dokumentowane są przez zespół lekarski wg obowiązującego wzoru w „Wykazie Bloku Operacyjnego", przyporządkowanemu danej sali operacyjnej.
7. Pielęgniarki i położne instrumentariuszki dokumentują wykonane zabiegi w „Sprawozdaniu instrumentariuszki z przebiegu zabiegu operacyjnego".
8. W trakcie zabiegu operacyjnego cały personel, znajdujący się w sali operacyjnej, podporządkowany jest lekarzowi operującemu.

§ 36

Centralna Sterylizatornia

1. Centralna Sterylizatornia świadczy usługi dla wszystkich oddziałów szpitalnych oraz pozostałych komórek organizacyjnych Klinicznego Centrum i odbiorców zewnętrznych.
2. Kierownik Centralnej Sterylizatorni odpowiada za sprawne funkcjonowanie, stan higieniczny oraz gotowość pomieszczeń Centralnej Sterylizatorni do użytkowania jak również za prowadzenie dokumentacji, statystyki i sprawozdawczości.
3. Dokumentacja Centralnej Sterylizatorni prowadzona jest przez osoby obsługujące Centralną Sterylizatornię, posiadające odpowiednie kwalifikacje do jej obsługi.
4. Nadzór nad Centralną Sterylizatornią sprawuje Naczelna Pielęgniarka.

§ 37

Apteka Szpitalna

1. Apteka Szpitalna 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,
   8) przygotowywaniem leków recepturowych.
2. Kierownikiem Apteki Szpitalnej jest magister farmacji, który odpowiada za sprawne jej funkcjonowanie i prowadzenie wymaganej dokumentacji.
3. Kierownik Apteki podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.
4. Apteka Szpitalna pracuje w godzinach od 7:00 do 14:35, w dni robocze. W przypadkach pilnych Kierownik Apteki Szpitalnej może wydać niezbędny lek w innych godzinach, po uprzednim powiadomieniu telefonicznym.
5. Apteka Szpitalna wydaje produkty lecznicze i wyroby medyczne po ich przygotowaniu i sprawdzeniu, osobom uprawnionym do odbioru - wg procedury.
6. Apteka Szpitalna przechowuje oryginały recept w swoich aktach oraz prowadzi dokumentację rozliczeniową i sprawozdawczą. Prowadzona jest również dokumentacja dotycząca sprowadzania leków niezarejestrowanych w Polsce, na zasadzie importu docelowego. W Aptece Szpitalnej prowadzi się „Książkę obrotu środkami odurzającymi i psychotropowymi”.

7. Kierownik Apteki Szpitalnej przygotowuje dokumenty do procedur przetargowych.
8. Kierownik Apteki Szpitalnej przeprowadza kontrole apteczek oddziałowych w zakresie prawidłowego przechowywania produktów leczniczych i wyrobów medycznych, stanu zapasów oraz terminów ich ważności.

§ 38

Medyczne Laboratorium Diagnostyczne

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 outsorcingu. Firma prowadzi również dokumentację statystyczną badań i sprawozdawczość dla potrzeb Klinicznego Centrum.
3. Przyjmowanie materiału odbywa się według 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.
6. Nadzór nad realizacją umowy outsorcingu sprawuje Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa

§ 39

Pracownia RTG

1. Pracownia RTG jest wyposażona w odpowiednią aparaturę, przyrządy pomocnicze, środki ochronne przed promieniowaniem oraz materiały zużywalne.
2. Pracownią kieruje kierownik lub elektroradiolog koordynujący i nadzorujący pracę innych elektroradiologów, podlegający bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.
3. Kierownik lub elektroradiolog koordynujący i nadzorujący pracę innych elektroradiologów, jest odpowiedzialny za sprawne funkcjonowanie Pracowni RTG pod względem merytorycznym, administracyjnym i gospodarczym oraz za prawidłowe prowadzenie dokumentacji i statystyki.
4. W Pracowni RTG wykonuje się 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.
5. 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.

6. Przyjmowanie pacjenta odbywa się na podstawie „skierowania do badania radiologicznego" oraz wpisu do szpitalnego systemu informatycznego (HIS).
7. Wynik badania radiologicznego zawiera „zdjęcie" wraz z opisem i interpretacją. Kopia wyniku badania radiologicznego pozostaje w Pracowni.
8. 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.
9. Nadzór nad przestrzeganiem wymagań ochrony radiologicznej w pracowni RTG sprawuje inspektor ochrony radiologicznej.

§ 40

Szkoła Rodzenia

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 Naczelna Pielęgniarka.
4. Zajęcia Szkoły Rodzenia odbywają się zgodnie z ustalanym harmonogramem.

§ 41

Podstawowa Opieka Zdrowotna – nocna i świąteczna opieka zdrowotna

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 Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ).

§ 42

Bank Mleka Kobiecego

1. Bank Mleka Kobiecego jest komórką organizacyjną działającą przy Szpitalu Ginekologiczno-Położniczym i Noworodków im. dr Sergiusza Mossora.
2. Nadzór nad działalnością Banku Mleka Kobiecego sprawuje Naczelna Pielęgniarka.
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. (uchylony)
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).

§ 43

Specjalista ds. epidemiologii

1. Specjalista ds. epidemiologii podlega służbowo Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa, 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.
2. Specjalista ds. epidemiologii współpracuje z Zastępcą Dyrektora ds. Lecznictwa, Naczelną Pielęgniarką oraz Komitetem i Zespołem Kontroli Zakażeń Szpitalnych i wszystkimi komórkami organizacyjnymi Klinicznego Centrum.
3. 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 okołooperacyjnej 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.

§ 44

Poradnie Konsultacyjne

1. Poradnie Konsultacyjne są integralną częścią Klinicznego Centrum. W skład Poradni wchodzą:
   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 metodą Vojty dzieci z ryzyka okołoporodowego,
   3) badania USG p/ciemiączkowego,
   4) badania USG jamy brzusznej,
   5) badania USG stawów biodrowych,
   6) realizacja profilaktyki RS w zakresie kwalifikacji i podaży leku,
   7) kwalifikacja i sprawowanie opieki nad pacjentami Dziecięcej Opieki Koordynowanej.
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 i diagnostycznych mających na celu wczesne wykrywanie chorób, zwłaszcza nowotworowych,
   6) wykonywanie badań prenatalnych oraz badania echokardiograficznego płodu,
   7) wykonywanie drobnych zabiegów ginekologicznych i uroginekologicznych,
   8) 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 Neonatologicznej
   2) w Poradni Ginekologiczno-Położniczej, Poradni Patologii Ciąży, Poradni Ginekologii Onkologicznej oraz Poradni Endokrynologiczno-Ginekologicznej – ordynator / lekarz kierujący I Oddziałem Klinicznym Ginekologii i Położnictwa lub wyznaczony lekarz.
9. W Poradniach przyjmują:
   1) w Poradni Neonatologicznej
      a) lekarz specjalista – pediatra/neonatolog;
      b) lekarz ortopeda posiadający certyfikat diagnostyki i leczenia stawów biodrowych m. Graafa i certyfikat diagnostyki ultrasonograficznej OUN,
      c) lekarz radiolog wykonujący badania ultrasonograficzne,
      d) lekarz specjalista w dziedzinie rehabilitacji prowadzący konsultacje rehabilitacyjne w Dziecięcej Opiece Koordynowanej,
      e) fizjoterapeuta,
      f) logopeda,
      g) psycholog
   2) w Poradni Laktacyjnej –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.
10. Zasady przyjęć do poradni:
   1) Do Poradni Neonatologicznej obowiązuje skierowanie od lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, specjalisty lub z oddziału szpitalnego. Pacjenci są umawiani na określony dzień i godzinę.
   2) Do Poradni Ginekologiczno-Położniczej nie obowiązuje skierowanie lekarskie. Pacjentki umawiane są do Poradni na określony dzień i godzinę.
   3) Do Poradni Patologii Ciąży obowiązuje skierowanie od lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, specjalisty lub z oddziału szpitalnego. Pacjenci są umawiani na określony dzień i godzinę.
   4) Do Poradni Laktacyjnej nie obowiązuje skierowanie lekarskie.

5) Do Poradni Ginekologii Onkologicznej obowiązuje skierowanie od lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, specjalisty lub z oddziału szpitalnego. Pacjenci są umawiani na określony dzień i godzinę.
6) Do Poradni Endokrynologiczno-Ginekologicznej obowiązuje skierowanie od lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, specjalisty lub z oddziału szpitalnego. Pacjenci są umawiani na określony dzień i godzinę.

§ 45

Referencyjny Ośrodek Diagnostyki i Leczenia Niepłodności

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 i kontynuacji jego założeń.
2. W ośrodku mogą być realizowane świadczenia na rzecz pacjentów innych programów zdrowotnych a także osób indywidualnych jako badania płatne.
3. Nadzór nad Referencyjnym Ośrodkiem Diagnostyki i Leczenia Niepłodności, w którego skład wchodzą: Poradnia Diagnostyki i Leczenia Niepłodności oraz Laboratorium Diagnostyki Niepłodności prowadzi Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa.
4. Poradnia Diagnostyki i Leczenia Niepłodności zapewnia kompleksową i specjalistyczną opiekę medyczną, która ma na celu określenie przyczyn niepłodności i ewentualne skierowanie do dalszego leczenia oraz monitorowanie jego przebiegu i rezultatów. Poradnia współpracuje z oddziałami szpitala, pracowniami i innymi poradniami specjalistycznymi.
5. Za sprawne funkcjonowanie Poradni pod względem merytorycznym, administracyjnym i gospodarczym oraz za prawidłowe prowadzenie dokumentacji i statystyki odpowiada Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa.
6. Laboratorium Diagnostyki Niepłodności wykonuje badania głównie pacjentom skierowanym z Poradni Diagnostyki i Leczenia Niepłodności oraz badania komercyjne. 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.

§ 46

Ośrodek Dzienny Rehabilitacji Wieku Rozwojowego

1. Ośrodek Dzienny Rehabilitacji Wieku Rozwojowego i funkcjonująca w ramach Ośrodka komórka organizacyjna sprawują opiekę koordynowaną nad dziećmi do 3. roku życia posiadającymi zaświadczenie, o którym mowa w ustawie o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”, 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), które wymagają opieki rehabilitacji wielospecjalistycznej.

2. Do rehabilitacji pacjenci przyjmowani są na podstawie skierowania na określony dzień oraz godzinę.
3. W ramach rehabilitacji dziennej zapewniane są dzieciom konsultacje, terapie i zabiegi.
4. Nadzór merytoryczny oraz nad dokumentacją medyczną sprawuje kierownik Poradni Neonatologicznej.

§ 47

Dział Finansowo – Księgowy

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 ewidencjonowaniu 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 kosztów poszczególnych komórek organizacyjnych poprzez:
   a) kontrolę rzeczywistych kosztów w poszczególnych miejscach ich powstawania,
   b) ustalenie odchyleń od kosztów planowanych,
   c) badanie przyczyn odchyleń,
   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) prowadzenie i bieżąca obsługa Pracowniczych Planów Kapitałowych pod względem finansowym
   e) kompletowanie, przechowywanie i archiwizowanie dokumentów płacowych,
   f) 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) określenie wysokości środków funduszu socjalnego na dany rok i opiniowanie jego podziału,
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 księgowań,
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,
13) współpraca z Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresie sprawozdawczości dotyczącej zasobów sprzętu medycznego.

§ 48

Dział Służb Pracowniczych

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 zapotrzebowania zgłaszanego przez kierowników komórek organizacyjnych Klinicznego Centrum,
      b) doskonalenie form i metod przyjmowania 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,
      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,
      m) koordynowanie procesu badania satysfakcji pracowników i opracowywanie informacji o poziomie zadowolenia pracowników,

n) nadzór nad sprawnym przeprowadzeniem procedury oceny i kwalifikacji zawodowych pracowników,

o) współdziałanie z lekarzem medycyny pracy oraz pracownikiem ds. BHP w celu zapewnienia pracownikom właściwej opieki zdrowotnej i warunków pracy oraz nadzór nad terminowym uaktualnieniem pracowniczych badań lekarskich,

p) prowadzenie spraw związanych z ubezpieczeniem społecznym pracowników i członków ich rodzin,

q) prowadzenie i bieżąca obsługa Pracowniczych Planów Kapitałowych pod względem kadrowym,

2) w zakresie kształcenia i doskonalenia kwalifikacji pracowników:

a) prowadzenie rejestru szkoleń oraz umów na dokształcanie,

b) monitorowanie terminowego składania wniosków oraz rocznego zapotrzebowania na szkolenia,

c) opracowywanie i koordynowanie rocznych i wieloletnich planów kształcenia, dokształcania i doskonalenia kadr,

d) dokonywanie corocznej analizy dokształcania pracowników,

3) w zakresie spraw socjalno - bytowych:

a) określenie potrzeb socjalnych i bytowych załogi oraz współudział 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.

4. Dział Służb Pracowniczych współpracuje z Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresie sprawozdawczości dotyczącej personelu.

5. Dział Służb Pracowniczych współpracuje z jednostkami organizacyjnymi, w tym uczelniami prowadzącymi kształcenie medyczne, na podstawie umów w zakresie realizacji zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia.

§ 49

Dział Organizacji i Nadzoru

1. Na czele Działu Organizacji i Nadzoru 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 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,
      m) 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) pozyskiwanie kontrahentów na realizowane przez Kliniczne Centrum świadczenia medyczne,
g) prowadzenie działań marketingowych oraz bieżąca promocja Klinicznego Centrum.

4. 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 lub Neonatologicznego, natomiast funkcjonalnie podlegają właściwemu ordynatorowi/lekarzowi kierującemu I Oddziałem Klinicznym Ginekologii -Położnictwa lub Oddziałem Klinicznym Neonatologii.
5. Kierownikowi Działu Organizacji i Nadzoru służbowo podlega pracownik realizujący obsługę Sekretariatu Dyrektora Klinicznego Centrum, do którego zadań m.in. należy:
   1) prowadzenie ewidencji przesyłek wpływających i wychodzących z Klinicznego Centrum,
   2) rozdział przyjętej korespondencji do komórek organizacyjnych według dekretacji Dyrektora,
   3) prowadzenie terminarza spraw Dyrektora,
   4) prowadzenie rejestru i przechowywanie oryginałów zarządzeń i poleceń służbowych Dyrektora,
   5) prowadzenie książki kontroli zewnętrznych,
   6) obsługa poczty elektronicznej kierowanej do Dyrektora,
   7) udzielanie informacji interesantom, a w razie potrzeby kierowanie ich do właściwych komórek organizacyjnych lub stanowisk pracy,
   8) wykonywanie innych czynności zleconych przez Dyrektora.
6. Kierownik Działu Organizacji i Nadzoru prowadzi nadzór nad Składnicą Akt.

§ 50

Dział Informatyki

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 Informatyki podlega bezpośrednio Dyrektorowi Klinicznego Centrum.

3. Kierownik działu odpowiada za nadzór i raportowanie stanu zapewniania dostępności Klinicznego Centrum
4. Celem działania Działu Informatyki jest zapewnienie właściwej obsługi informatycznej Klinicznego Centrum.
5. 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 urządzaniami 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, 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.
6. 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.

§ 51

Dział Administracyjno-Gospodarczy

1. Na czele Działu Administracyjno-Gospodarczego stoi kierownik, który organizuje, koordynuje i nadzoruje pracę działu, stosownie do potrzeb Klinicznego Centrum.
2. Kierownik podlega bezpośrednio Dyrektorowi Klinicznego Centrum. W czasie nieobecności kierownika zastępstwo pełni wyznaczony każdorazowo przez niego pracownik działu.
3. W skład Działu Administracyjno-Gospodarczego wchodzą następujące sekcje:
   1) Sekcja Administracyjno–Gospodarcza,
   2) Sekcja Inwestycyjno-Budowlana,
   3) Sekcja Aparatury Medycznej.
4. Do zadań Sekcji Administracyjno–Gospodarczej należy w szczególności:
   1) prowadzenie zaopatrzenia materiałowego,
   2) organizowanie gospodarki magazynowej,
   3) prowadzenie gospodarki materiałowej zgodnie z obowiązującymi przepisami (w zakresie: ewidencji, inwentaryzacji, kasacji i przechowywania),
   4) utrzymanie w sprawności technicznej obiektów, instalacji (elektrycznych, wodociągowych, kanalizacyjnych, ogrzewania, klimatyzacji / wentylacji), urządzeń łączności,
   5) nadzór nad prawidłową gospodarką paliwowo-energetyczną oraz bieżące analizowanie ilości zużytych poszczególnych rodzajów mediów,
   6) prowadzenie gospodarki odpadami wytwarzanymi przez Kliniczne Centrum oraz dokumentacji z nią zawiązanej zgodnie z wymaganiami w tym zakresie,
   7) nadzór nad wykorzystaniem pokoi hotelowych,
   8) nadzór nad działalnością Punktu Informacyjnego,
   9) nadzór nad utrzymaniem terenów zielonych i placu,
   10) współpraca dotycząca realizacji zadań bezpieczeństwa i obronnych w Klinicznym Centrum.
5. Do zadań Sekcji Inwestycyjno-Budowlanej należy w szczególności:
   1) organizacja remontów i inwestycji,
   2) nadzór inwestorski (przy współpracy z inspektorem nadzoru): kontrola jakości i zgodności wykonywanych robót z dokumentacją projektową oraz kontrola terminowości i postępu prac,
   3) zarządzanie realizacją inwestycji zgodnie z harmonogramem, budżetem i obowiązującymi przepisami, koordynacja prac budowlanych,
   4) prowadzenie całości spraw i korespondencji związanej z pracami projektowymi, robotami budowlanymi, remontowymi,
   5) organizacja i prowadzenie rad budów,

6) udział w odbiorach robót remontowych, napraw bieżących i poawaryjnych,
7) ewidencjonowanie robót budowlanych i remontowych,
8) udział w przygotowywaniu robót remontowych, inwestycyjnych i rozbiórkowych w zakresie budynków,
9) współudział w określeniu danych wyjściowych do opracowania dokumentacji technicznej (do projektowania),
10) weryfikowanie obmiarów, kalkulacji i kosztorysów oraz opisywanie faktur za wykonane roboty remontowe i inwestycyjne pod względem merytorycznym,
11) wykonywanie kosztorysów inwestorskich branży budowlanej na roboty remontowe niewymagające projektów budowlanych,
12) współudział w przygotowywaniu umów na wykonanie dokumentacji projektowej, realizację robót budowlanych i remontowych, nadzory inwestorskie oraz prowadzenie nadzoru nad prawidłowym przebiegiem ich realizacji,
13) prowadzenie spraw związanych z koniecznymi do przeprowadzenia, na podstawie przepisów prawa, okresowymi kontrolami i przeglądami technicznymi wszystkich budynków będących własnością Klinicznego Centrum – nadzór nad przestrzeganiem terminów ich wykonania,
14) współudział w tworzeniu planów remontowo-inwestycyjnych i planu zamówień publicznych w zakresie inwestycji i potrzeb remontowych Klinicznego Centrum,
15) udział w procesie wyłaniania wykonawców robót remontowych i inwestycyjnych oraz bieżący nadzór nad ich przebiegiem,
16) prowadzenie książek obiektów budowlanych dla budynków będących własnością Klinicznego Centrum,
17) przygotowanie danych do sprawozdawczości rocznej oraz do analiz dla potrzeb Klinicznego Centrum,
18) współpraca z pozostałymi sekcjami w dziale i innymi komórkami organizacyjnymi Klinicznego Centrum w zakresie niezbędnym do wykonywania powierzonych obowiązków.

6. Do zadań Sekcji Aparatury Medycznej należy w szczególności:
   1) nadzór nad prawidłowym funkcjonowaniem sprzętu i aparatury medycznej,
   2) odpowiedzialność za prawidłowe funkcjonowanie sprzętu, aparatury medycznej i pomiarowej,
   3) odpowiedzialność za terminowe przeglądy oraz naprawę sprzętu i aparatury medycznej zgodnie z zaleceniami producentów i obowiązującymi przepisami i procedurami,
   4) ewidencjonowanie przeglądów sprzętu i aparatury medycznej,
   5) prowadzenie dokumentacji techniczno-eksploatacyjnej sprzętu i aparatury medycznej,
   6) planowanie zakupów, analiza i opiniowanie wniosków o zakupy sprzętu i aparatury medycznej,

7) przeprowadzanie analiz opłacalności napraw sprzętu i aparatury medycznej oraz opiniowanie kosztorysów napraw,
8) przygotowywanie opisu przedmiotu zamówienia dla postępowań o udzielenie zamówień publicznych dot. sprzętu, aparatury medycznej oraz usług serwisowych zgodnie z obowiązującymi przepisami,
9) uczestniczenie w odbiorach nowo zakupionego sprzętu i aparatury medycznej, w tym udział w komisyjnym i protokólarnym przyjmowaniu nowej aparatury i jej dokumentacji,
10) uczestniczenie w szkoleniach dotyczących nowo zakupionego sprzętu i aparatury,
11) opiniowanie stanu technicznego sprzętu i aparatury medycznej (odpowiedzialność za terminowe wycofywanie z eksploatacji aparatury medycznej).

7. Kierownik działu jest odpowiedzialny ponadto za:
   1) współudział w opracowaniu planu rzeczowo - finansowego Klinicznego Centrum,
   2) racjonalne gospodarowanie środkami finansowymi przeznaczonymi na wykonanie zadań,
   3) nadzór nad przebiegiem prac techniczno-remontowych, inwestycyjnych oraz gwarancyjnych w Klinicznym Centrum wykonywanych przez podmioty zewnętrzne,
   4) nadzór nad realizacją pozostałych zleceń zewnętrznych.
8. W celu należytego wykonania swoich zadań Dział Administracyjno–Gospodarczy współpracuje z wszystkimi komórkami organizacyjnymi Klinicznego Centrum.

§ 52

Samodzielne stanowiska ds. zamówień publicznych

1. Sprawy zamówień publicznych w Klinicznym Centrum realizują pracownicy na samodzielnych stanowiskach, którzy odpowiadają za terminowe i sprawne wykonywanie powierzonych zadań.
2. Pracownicy na samodzielnych stanowiskach ds. zamówień publicznych bezpośrednio podlegają Dyrektorowi Klinicznego Centrum.
3. Do zadań pracowników ds. 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 pracownicy na samodzielnych stanowiskach ds. zamówień publicznych współpracują z wszystkimi komórkami organizacyjnymi Klinicznego Centrum.

§ 53

Radca Prawny

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:
   1) sporządzanie opinii, udzielanie porad prawnych i wyjaśnień w zakresie stosowania przepisów prawnych w Klinicznym Centrum,
   2) informowanie dyrekcji i kierowników komórek organizacyjnych o zmianach w obowiązującym stanie prawnym, w zakresie działalności Klinicznego Centrum,
   3) na podstawie udzielonego pełnomocnictwa, występowanie w sprawach sądowych, administracyjnych i przed innymi organami orzekającymi,
   4) opracowywanie pism procesowych,
   5) udzielanie opinii i porad w sprawach pracowniczych, gospodarczych oraz dotyczących postępowania przy stwierdzonym naruszeniu obowiązujących przepisów,
   6) sprawowanie nadzoru prawnego nad egzekucją należności Klinicznego Centrum,
   7) opiniowanie pod względem formalno–prawnym projektów umów i aktów wewnątrzzakładowych,
   8) opiniowanie spraw dotyczących odpowiedzialności materialnej pracowników, umarzania należności, przekazywania nieodpłatnego lub sprzedaży składników majątku Klinicznego Centrum.

§ 54

Samodzielne stanowisko ds. BHP

1. Samodzielne stanowisko ds. BHP podlega bezpośrednio Dyrektorowi Klinicznego Centrum.
2. Pracownik ds. BHP podejmuje działania dotyczące kontroli warunków pracy oraz przestrzegania przez pracowników Klinicznego Centrum zasad i przepisów BHP, w zakresie wynikającym z ustawy Kodeks Pracy oraz przepisów odrębnych w sprawie służby bezpieczeństwa i higieny pracy i innych, poprzez m.in.:
   1) bieżące informowanie pracodawcy o stwierdzonych zagrożeniach zawodowych wraz z wnioskami zmierzającymi do usuwania tych zagrożeń,
   2) udział w przekazywaniu do użytkowania nowo budowanych lub przebudowywanych obiektów budowlanych albo ich części, w których przewiduje się pomieszczenia pracy,
   3) udział w opracowywaniu wewnętrznych zarządzeń, regulaminów i instrukcji ogólnych dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy,
   4) opiniowanie szczegółowych instrukcji dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy na poszczególnych stanowiskach pracy,

5) udział w ustalaniu okoliczności i przyczyn wypadków przy pracy oraz w opracowywaniu wniosków wynikających z badania przyczyn i okoliczności tych wypadków oraz zachorowań na choroby zawodowe, a także kontrola realizacji tych wniosków,
6) prowadzenie rejestrów, kompletowanie i przechowywanie dokumentów dotyczących wypadków przy pracy, a także przechowywanie wyników badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy,
7) prowadzenie rejestrów prac i pracowników narażonych na czynniki biologiczne oraz rakotwórcze,
8) doradztwo w zakresie stosowania przepisów oraz zasad bezpieczeństwa i higieny pracy,
9) udział w dokonywaniu oceny ryzyka zawodowego, które wiąże się z wykonywaną pracą,
10) doradztwo w zakresie organizacji i metod pracy na stanowiskach pracy, na których występują czynniki niebezpieczne, szkodliwe dla zdrowia lub warunki uciążliwe oraz doboru skutecznych środków ochrony zbiorowej i indywidualnej,
11) organizowanie i zapewnienie odpowiedniego poziomu szkoleń okresowych w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy oraz przeprowadzanie szkoleń wstępnych ogólnych pracowników nowozatrudnionych, praktykantów, stażystów,
12) współpraca z instytucjami zewnętrznymi upoważnionymi, zgodnie z odrębnymi przepisami, do dokonywania badań i pomiarów czynników szkodliwych, uciążliwych dla zdrowia występujących w środowisku pracy, w zakresie organizowania tych badań i pomiarów oraz sposobów ochrony pracowników przed tymi czynnikami lub warunkami,
13) współdziałanie z lekarzem sprawującym profilaktyczną opiekę zdrowotną nad pracownikami, a w szczególności w ocenie ryzyka zawodowego na stanowiskach pracy,
14) współdziałanie ze społeczną inspekcją pracy oraz z zakładowymi organizacjami związkowymi przy: podejmowaniu przez nie działań mających na celu przestrzeganie przepisów oraz zasad bezpieczeństwa i higieny pracy, w trybie i w zakresie ustalonym w odrębnych przepisach,
15) nadzór nad gospodarką odpadami.

3. Pracownik ds. BHP współpracuje z lekarzem medycyny pracy, Społecznym Inspektorem Pracy oraz z innymi instytucjami, zgodnie z wymaganiami wynikającymi w tym zakresie z obowiązujących przepisów prawa.

§ 55

Samodzielne stanowisko ds. p.poż

1. Samodzielne stanowisko ds. p.poż podlega bezpośrednio Dyrektorowi Klinicznego Centrum.
2. Do zadań pracownika ds. p.poż. należy w szczególności:
   1) doradztwo w zakresie stosowania przepisów dotyczących ochrony przeciwpożarowej,

2) przeprowadzanie szkoleń w zakresie p.poż,
3) przeprowadzanie praktycznego sprawdzenia organizacji oraz warunków ewakuacji,
4) sprawowanie nadzoru i kontroli nad przestrzeganiem przez pracowników przepisów o bezpieczeństwie pożarowym w Klinicznym Centrum,
5) opracowywanie wewnętrznych zarządzeń, regulaminów i instrukcji dotyczących bezpieczeństwa pożarowego,
6) uczestnictwo w przekazywaniu do użytkowania nowo budowanych lub przebudowywanych obiektów budowlanych albo ich części,
7) nadzór nad konserwacją i rozmieszczeniem sprzętu przeciwpożarowego,
8) uczestnictwo w kontrolach prowadzonych przez organy ochrony przeciwpożarowej,
9) nadzorowanie realizacji decyzji wydanych przez Komendę Państwowej Straży Pożarnej i innych właściwych organów w sprawach poprawy stanu ochrony przeciwpożarowej oraz nadzorowanie wykonania decyzji pokontrolnych Komendy Państwowej Straży Pożarnej,
10) bieżące informowanie Dyrektora Klinicznego Centrum o stwierdzonych nieprawidłowościach w zakresie bezpieczeństwa pożarowego.

3. Pracownik ds. p.poż. współpracuje z pracownikiem ds. BHP, Działem Administracyjno – Gospodarczym oraz innymi komórkami organizacyjnymi Klinicznego Centrum.

§ 56

Samodzielne stanowisko ds. komunikacji - rzecznik prasowy

1. Samodzielne stanowisko ds. komunikacji - rzecznik prasowy podlega bezpośrednio Dyrektorowi Klinicznego Centrum.
2. Do zadań pracownika ds. komunikacji – rzecznika prasowego należy prowadzenie polityki informacyjnej oraz kształtowanie pozytywnego wizerunku Klinicznego Centrum m.in. poprzez:
   1) współpracę ze środkami masowego przekazu, w tym m.in.:
      a) planowanie działań z zakresu media relations,
      b) koordynowanie merytorycznych wywiadów z pracownikami Klinicznego Centrum,
      c) publiczne prezentowanie działań Klinicznego Centrum,
      d) organizowanie i prowadzenie konferencji prasowych,
      e) przygotowywanie informacji prasowych,
      f) inicjowanie oraz podejmowanie działań w sytuacjach kryzysowych, m.in. poprzez przygotowywanie oraz udzielanie odpowiedzi i sprostowań na krytykę w mediach.
   2) Prowadzenie profili w mediach społecznościowych, m.in. poprzez:
      a) administrowanie fanpage'em, kontami lub stronami Klinicznego Centrum,

b) opracowywanie oraz publikowanie informacji/postów,

c) udzielenie odpowiedzi na pytania/korespondencję prowadzoną za pośrednictwem mediów społecznościowych.

3) Zarządzanie stroną internetową w zakresie kształtowania wizerunku poprzez:

a) aktualizowanie, redagowanie oraz publikowanie treści merytorycznych przekazywanych przez kierowników komórek organizacyjnych,

b) przygotowywanie oraz publikowanie informacji, m. in. w zakładkach w zakresie aktualności, wydarzeń i mediów,

c) wykonywanie pamiątkowych zdjęć dzieci z ich przeznaczeniem do publikacji w zakładce dotyczącej nowo narodzonych dzieci, dodatkowo w regionalnym periodyku oraz przekazywaniem zdjęć rodzicom, którzy wyrazili zgodę na upublicznienie wizerunku dziecka,

d) dbałość o informacyjno – wizualny przekaz prezentowany poprzez stronę internetową.

4) Współpracę przy planowaniu i organizacji wydarzeń oraz spotkań z udziałem personelu Klinicznego Centrum oraz osób zainteresowanych jego działalnością.

5) Nawiązywanie współpracy z innymi podmiotami oraz szukanie nowych rozwiązań celem popularyzacji działań Klinicznego Centrum.

6) Przygotowywanie – zamawianie oraz nadzorowanie wykonawstwa pod względem merytorycznym – materiałów oraz produktów informacyjnych (tj. m.in. banery, teczki na dokumentację medyczną itp.) związanych z identyfikacją Klinicznego Centrum oraz promocją zdrowia.

§ 57

Samodzielne stanowisko ds. jakości

1. Samodzielne stanowisko ds. jakości podlega bezpośrednio Dyrektorowi Klinicznego Centrum.

2. Do zadań pracownika na tym stanowisku należy:

1) koordynowanie działań związanych z utrzymaniem monitorowaniem i doskonaleniem,

2) wdrożonych w Klinicznym Centrum systemów jakości, w tym spełnienia standardów akredytacyjnych,

3) wskazywanie obszarów doskonalenia jakości opieki nad pacjentem,

4) koordynowanie monitorowanych wskaźników jakości w tym, badania satysfakcji pacjentów, badania satysfakcji personelu, przestrzegania przyjętych standardów i procedur, prowadzonych analiz działalności klinicznej,

5) podejmowanie działań w zakresie rozwoju świadomości pracowników odpowiedzialnych za realizację zadań na rzecz bezpieczeństwa pacjenta w szpitalu, w tym szkoleń i spotkań wspierających,

6) uczestnictwo w przeglądach wewnętrznych i zewnętrznych dotyczących spełnienia wdrożonych systemów jakości, analizy ich wyników, inicjowanie działań korygujących i zapobiegawczych,

7) nadzorowanie opracowywania dokumentów związanych z systemem jakości, ich wdrażania i realizacji,
8) sporządzanie i przedkładanie raportów o stanie funkcjonowania systemu jakości na naradach z kadrą kierowniczą i przeglądach systemu jakości,
9) współudział w pracach nad nowymi projektami związanymi ze zmianami organizacyjnymi, modernizacją i poprawą jakości w komórkach organizacyjnych Klinicznego Centrum;
10) udział lub reprezentacja Klinicznego Centrum w spotkaniach z instytucjami kontrolującymi i audytującymi, jeśli dotyczą one spraw związanych z wdrożonymi systemami poprawy jakości,
11) współtworzenie koncepcji rozwoju i integracji systemów jakości wewnątrz Klinicznego Centrum,
12) wykonywanie innych czynności wynikających ze zmiany przepisów dotyczących systemu zarządzania jakością.

§ 58

Samodzielne stanowisko ds. controllingu i kontroli zarządczej

1. Samodzielne stanowisko ds. controllingu i kontroli zarządczej podlega bezpośrednio Dyrektorowi Klinicznego Centrum.
2. Do zadań pracownika ds. controllingu i kontroli zarządczej należy dokonywanie analiz ekonomicznych oraz dostarczanie informacji zarządczej poprzez gromadzenie danych, przetwarzanie, analizowanie oraz prezentowanie informacji finansowych i niefinansowych dotyczących funkcjonowania Klinicznego Centrum, w szczególności przy współpracy z komórkami merytorycznymi:
   1) sporządzanie analiz obszaru ekonomiczno-finansowego działalności medycznej i pomocniczej Klinicznego Centrum oraz proponowanie rozwiązań w celu optymalizacji kosztów i maksymalizacji przychodów,
   2) sporządzanie analiz potencjału medycznego (w tym analizy produktowe, wykorzystania bazy łóżkowej, wykorzystania Bloku Operacyjnego),
   3) sporządzanie analiz potencjału kadrowego Klinicznego Centrum,
   4) sporządzanie analiz rozliczeń z NFZ oraz weryfikacja prawidłowości rozliczeń wybranych procedur z Funduszem,
   5) prowadzenie innych analiz zleconych przez Dyrektora Klinicznego Centrum usprawniających podejmowanie decyzji,
   6) prowadzenie dokumentacji w zakresie kontroli zarządczej,
   7) koordynowanie procesów zarządzania ryzykiem,
   8) przeprowadzania raz do roku samooceny systemu kontroli zarządczej i opracowania jej wyników,

9) dokonywanie okresowych przeglądów systemu kontroli zarządczej oraz przygotowanie raportu uwzględniającego ogólną ocenę funkcjonowania poszczególnych obszarów kontroli zarządczej,
10) przygotowywanie zmian w aktach wewnętrznych w zakresie kontroli zarządczej i zarządzania ryzykiem,
11) zamieszczaniu w intranecie niezbędnych aktów prawnych oraz procedur i wytycznych związanych z kontrolą zarządczą.

§ 59

Samodzielne stanowisko ds. pozyskiwania środków zewnętrznych oraz optymalizacji procesów

1. Samodzielne stanowisko ds. pozyskiwania środków zewnętrznych oraz optymalizacji procesów podlega bezpośrednio Dyrektorowi Klinicznego Centrum.
2. Do zadań pracownika ds. pozyskiwania środków zewnętrznych oraz optymalizacji procesów należy w szczególności:
   1) pozyskiwanie informacji o możliwych do uzyskania środkach zewnętrznych (w tym miejskich, samorządowych, krajowych, europejskich) oraz analiza możliwości ich pozyskiwania we współpracy z komórkami organizacyjnymi Klinicznego Centrum,
   2) przygotowywanie dokumentów aplikacyjnych (zapytań ofertowych, harmonogramu prac, działań niezbędnych do przygotowania i złożenia wniosków, analiz rynku) samodzielnie lub przy współpracy z komórkami organizacyjnymi Klinicznego Centrum,
   3) koordynacja przygotowywania wniosków o dofinansowanie i koordynacja realizacji projektów,
   4) zapewnienie zgodności realizowanych projektów z obowiązującymi przepisami i zapisami umów oraz realizacja obowiązków informacyjnych, sprawozdawczych i dokumentacyjnych wynikających z umów o dofinansowanie i przepisów prawa,
   5) przygotowywanie pism urzędowych zgodnie z aktualnymi wymogami formalnymi umów, załączników oraz aneksów dotyczących pozyskiwanych dofinansowań,
   6) rozliczanie otrzymanych środków zewnętrznych, w tym weryfikacja zgodności i prawidłowości wydatkowania środków z budżetem projektu i zasadami finansowania we współpracy z komórkami merytorycznymi Klinicznego Centrum,
   7) kontakt i współpraca z uczestnikami projektu, firmami pośredniczącymi, instytucjami finansowymi, urzędami oraz partnerami w projektach,
   8) wspieranie i uczestniczenie w sprawach prowadzonych przez komórki organizacyjne Klinicznego Centrum związanych m.in. z opracowywaniem strategii, szczegółowych planów i analiz mających na celu optymalizacje działalności Klinicznego Centrum.

§ 60

Inspektor ochrony radiologicznej

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

§ 61

Inspektor ochrony danych

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,
   3. 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.

§ 61a

Stanowisko do zadań obronnych

1. Pracownik na stanowisku do zadań obronnych podlega bezpośrednio Dyrektorowi Klinicznego Centrum.
2. Do zadań pracownika na stanowisku do zadań obronnych należy:

1) planowanie, koordynacja i realizacja zadań obronnych nałożonych na Kliniczne Centrum na czas kryzysu i wojny oraz na wypadek nadzwyczajnych zagrożeń (zdarzeń) we współdziałaniu z Biurem Bezpieczeństwa Urzędu Marszałkowskiego Województwa Opolskiego oraz innymi instytucjami,
2) opracowywanie dokumentacji planistycznej zgodnie z przydzielonymi dla Klinicznego Centrum zadaniami obronnymi oraz bieżące jej aktualizowanie,
3) opracowywanie zarządzeń, instrukcji i wytycznych oraz innych dokumentów w zakresie spraw obrony cywilnej,
4) prowadzenie i aktualizacja ewidencji osób (pracowników) podlegających powszechnemu obowiązkowi obrony Rzeczpospolitej Polskiej, a w szczególności posiadających przydziały mobilizacyjne do jednostek wojskowych, reklamowanych, posiadających przydziały organizacyjno-mobilizacyjne do formacji obrony cywilnej - we współpracy z Działem Służb Pracowniczych,
5) prowadzenie korespondencji w zakresie spraw obronnych i wykonywanie innych prac zleconych przez Dyrektora w tym zakresie.

§ 62

Pełnomocnik ds. cyberbezpieczeństwa

1. Pełnomocnik ds. cyberbezpieczństwa podlega bezpośrednio Dyrektorowi Klinicznego Centrum.
2. Zadaniem pełnomocnika ds. cyberbezpieczństwa jest zagwarantowanie bezpieczeństwa cyfrowego infrastruktury informatycznej Klinicznego Centrum, ochrony danych pacjentów oraz zapewnienie zgodności z przepisami dotyczącymi ochrony danych osobowych, w szczególności poprzez:
   1) zarządzanie ryzykiem cyberbezpieczeństwa,
   2) wdrażanie polityk i procedur,
   3) monitorowanie i reagowanie na incydenty,
   4) szkolenie personelu,
   5) współpracę z organami nadzorczymi i zewnętrznymi dostawcami.

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

§ 63

Dyrektor

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 aparatura 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, a także osób na samodzielnych stanowiskach,
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 organizacje, 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.

§ 64

Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa

1. Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa odpowiada za poziom opieki medycznej w Klinicznym Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii w Opolu, a w szczególności:
   1) kreuje i ustala strategię postępowania terapeutycznego Klinicznego Centrum Ginekologii Położnictwa i Neonatologii w Opolu wg obowiązujących standardów,
   2) kieruje i nadzoruje pracą personelu medycznego oraz podległych komórek organizacyjnych,
   3) sprawuje nadzór nad prawidłowym rozmieszczeniem kadry lekarskiej,
   4) odpowiada za efektywnie wykorzystany czas pracy personelu medycznego oraz za prawidłowe sporządzanie harmonogramów stanowiących gwarancję zabezpieczenia oddziałów,
   5) prowadzi nadzór nad dokumentacją medyczną prowadzoną przez personel medyczny,
   6) sprawuje nadzór nad rozkładem zajęć poszczególnych komórek organizacyjnych oraz zastępstw w przypadku nieobecności pracowników,
   7) sprawuje nadzór nad właściwym zaopatrzeniem podległych placówek w sprzęt i materiały medyczne,

8) sprawuje nadzór nad szkoleniami podległego personelu,
9) rozpatruje i załatwia skargi oraz wnioski dotyczące opieki medycznej,
10) analizuje i weryfikuje materiały dla Narodowego Funduszu Zdrowia i innych jednostek systemu opieki zdrowotnej,
11) sprawuje nadzór nad stosowaniem procedur i wymogów akredytacyjnych,
12) współpracuje z Naczelną Pielęgniarką w zakresie funkcjonowania Klinicznego Centrum oraz prawidłowego udzielania świadczeń medycznych,
13) prowadzi analizy działalności medycznej,
14) jest odpowiedzialny za wdrażanie w systemie elektronicznym dokumentacji medycznej oraz nadzór nad jej prawidłowym prowadzeniem,
15) jest odpowiedzialny za podnoszenie jakości świadczonych usług medycznych.

2. Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa bezpośrednio podlega Dyrektorowi Klinicznego Centrum i przed nim odpowiada za wykonywanie swoich zadań.
3. W przypadku nieobecności Dyrektora Klinicznego Centrum Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa pełni jego obowiązki.

§ 65

Główny Księgowy

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 zarzadzania,
   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.

§ 66

Naczelna Pielęgniarka

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, pracowników magazynu sprzętu medycznego, Banku Mleka Kobiecego, punktu wymiany bielizny i pionu żywienia 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 wewnątrzzakładowych,

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 rozwiazywania 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) współpraca z Zastępcą Dyrektora ds. Lecznictwa w zakresie funkcjonowania Klinicznego Centrum oraz prawidłowego udzielania świadczeń medycznych,
7) planowanie etatów pielęgniarskich i położniczych zgodnie z obowiązującymi normami,
8) wdrażanie w systemie elektronicznym dokumentacji pielęgniarskiej i położniczej oraz nadzór nad jej prawidłowym prowadzeniem,
9) podnoszenie jakości świadczonych usług pielęgniarskich i położniczych,
10) kontrola pracy pielęgniarek/położnych oddziałowych i koordynujących,
11) uchylony)
12) współpraca ze szkołami medycznymi w zakresie realizacji szkolenia praktycznego słuchaczy i studentów w Klinicznym Centrum,
13) udział w nadzorowaniu i monitorowaniu stanu higienicznego szpitala,
14) nadzór nad żywieniem pacjentek w szpitalu,
15) nadzorowanie stosowania procedur i wymogów akredytacyjnych,
16) nadzór nad planowaniem zakupów drobnego sprzętu medycznego oraz jego wykorzystaniem pod względem ilościowym i zgodnie z przeznaczeniem,
17) organizowanie i nadzorowanie pracy punktu wymiany bielizny,
18) 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.

3. W celu zapewnienia prawidłowej realizacji zadań Naczelna Pielęgniarka współpracuje z kierownikami działów: finansowo-księgowego, służb pracowniczych, organizacji i nadzoru oraz administracyjno-gospodarczego.

4. Naczelna Pielęgniarka ponosi odpowiedzialność za prawidłowe funkcjonowanie całokształtu spraw organizacyjnych związanych z podległym personelem.
5. Naczelna Pielęgniarka bezpośrednio podlega Dyrektorowi Klinicznego Centrum i przed nim odpowiada za wykonywanie swoich zadań.

§ 67

1. Oddziałami szpitalnymi, a także podległymi im poradniami konsultacyjnymi kierują ordynatorzy / lekarze kierujący oddziałem.
2. Ordynator/lekarz kierujący oddziałem podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.
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 Naczelnej Pielęgniarce. Do ich zadań należy kierowanie i organizowanie pracy personelu medycznego w podległych komórkach.
6. Pozostałymi komórkami organizacyjnymi medycznymi kierują kierownicy tych komórek, którzy podlegają bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa lub jeśli jest to wskazane w regulaminie Naczelnej Pielęgniarce.
7. Działami: finansowo-księgowym, służb pracowniczych, organizacji i nadzoru, informatyki oraz administracyjno-gospodarczym kierują kierownicy tych komórek, którzy podlegają bezpośrednio Dyrektorowi.

§ 68

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

§ 69

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

§ 70

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 przeszeregowanie 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) rozwiązania z pracownikiem stosunku pracy bez wypowiedzenia,
   5) uznania i odmowy uznania zgłoszonych roszczeń,
   6) spraw związanych z postepowaniem przed organami orzekającymi.

§ 71

1. W Klinicznym Centrum funkcjonują samodzielne stanowiska pracy: ds. epidemiologii, ds. zamówień publicznych, Radcy Prawnego, ds. BHP, ds. p.poż., ds. komunikacji – rzecznik prasowy, ds. jakości, ds.

controlingu i kontroli zarządczej, ds. pozyskiwania środków zewnętrznych oraz optymalizacji procesów, inspektor ochrony radiologicznej, inspektor danych osobowych, pełnomocnik ds. cyberbezpieczeństwa.

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 i 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

§ 72

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) uczestniczenie w obowiązkowych szkoleniach,
   6) zgodne z przepisami i przeznaczeniem wykorzystywanie powierzonego majątku Klinicznego Centrum, zabezpieczenie dostępnymi środkami przed zniszczeniem, kradzieżą lub nieuzasadnionym obniżeniem wartości,
   7) 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) uczestniczenie na koszt pracodawcy w różnych formach dokształcania,
6) zwracanie się o pomoc do bezpośredniego przełożonego w przypadku trudności w samodzielnym wywiązaniu się z powierzonych zadań,
7) 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.

§ 73

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

§ 74

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 / 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

§ 75

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.

§ 76

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.

§ 77

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 sanitarny między świadczeniodawcami realizującymi świadczenia gwarantowane z zakresu leczenia szpitalnego odbywa się na zasadach określonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
5. Transport lotniczy odbywa się na zasadach określonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
6. 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

§ 78

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

§ 79

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 należyta 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.

§ 80

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.

§ 81

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.

§ 82

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

§ 83

Pacjentowi małoletniemu przysługują te same prawa, co pacjentowi pełnoletniemu z ta 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

§ 84

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.

§ 85

1. O wypisaniu pacjenta ze szpitala z powodu rażącego naruszenia regulaminu organizacyjnego decyduje Dyrektor na wniosek ordynatora / 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.

§ 86

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.

§ 87

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 w Opolu,
   3) Rzecznika Praw Pacjenta w Warszawie,

4. Adresy oraz numery telefonów kontaktowych powyższych instytucji zamieszczone są na ostatniej stronie załącznika nr 4.
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

§ 88

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.
2. Pielęgniarka/położna odnotowuje datę i godzinę zgonu w Raporcie Pielęgniarskim oraz na karcie gorączkowej.
3. Lekarz, który stwierdził zgon pacjenta, wypełnia kartę zgonu w dwóch egzemplarzach.
4. 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.

§ 89

1. Zwłoki pozostają przez okres 2 godzin od czasu stwierdzenia zgonu w wydzielonym pomieszczeniu oddziału, z zachowaniem godności należnej zmarłemu.
2. Przed przekazaniem zwłok do chłodni należy:
   1) wykonać toaletę pośmiertną,
   2) założyć na przegub dłoni albo stopy osoby zmarłej identyfikator wykonany z tasiemki, płótna lub tworzywa sztucznego, który zawiera:
      a) imię i nazwisko osoby zmarłej, w przypadku noworodka: nazwisko, „płeć” imię matki, datę i godzinę urodzenia,

b) PESEL osoby zmarłej, a w przypadku jego braku – serię i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość, bądź oznaczenie „NN", o którym mowa w ust. 7,
c) datę i godzinę zgonu,

3) zabezpieczyć zwłoki poprzez odpowiednie zaopatrzenie (procedura toalety pośmiertnej).

3. Czynności, o których mowa w ust. 2, 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 lub w zakładzie pogrzebowym:
   1) po wykonaniu czynności, o których mowa w ust. 2,
   2) po załączeniu wypełnionej przez lekarza karty odpowiedniego skierowania zawierającej:
      a) imię i nazwisko osoby zmarłej, w przypadku noworodka: nazwisko, „płeć" imię matki, datę i godzinę urodzenia,
      b) PESEL, a w przypadku jego braku – serię i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość,
      c) datę i godzinę zgonu,
      d) godzinę przyjęcia zwłok osoby zmarłej do chłodni,
      e) podpis i pieczęć lekarza wypełniającego kartę,
   3) 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 pieczątką pracownik firmy przewozowej, na odpowiednim skierowaniu dotyczącym przewozu zwłok i / lub 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.

§ 90

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

§ 91

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:
   1) określonych w Kodeksie postępowania karnego,
   2) gdy przyczyny zgonu nie można ustalić w sposób jednoznaczny,
   3) 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.

§ 92

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

§ 93

Każdy przypadek zgonu pacjenta w szpitalu winien być odnotowany w Wykazie głównym Szpitala.

Rozdział III. Przechowywanie zwłok pacjenta

§ 94

1. 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.
2. Zwłoki pacjenta mogą być przechowywane w chłodni dłużej niż 72 godziny, jeżeli:
   1) nie mogą zostać wcześniej odebrane przez osoby lub instytucje uprawnione do pochowania zwłok pacjenta,
   2) w związku ze zgonem zostało wszczęte dochodzenie albo śledztwo, a prokurator nie zezwolił na pochowanie zwłok,
   3) 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.
3. 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 postepowaniem karnym określa załącznik nr 2 do niniejszego Regulaminu.

DZIAŁ VII. OPŁATY POBIERANE PRZEZ KLINICZNE CENTRUM

§ 95

1. Kliniczne Centrum udziela świadczeń zdrowotnych bezpłatnie, za częściową odpłatnością lub odpłatnie zgodnie z obowiązującymi przepisami i zawartymi umowami.
2. 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

§ 96

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) podmiotom, o których mowa w art. 119 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia kontroli na zlecenie ministra właściwego do spraw zdrowia,
   5) upoważnionym przez podmiot, o którym mowa w art. 121 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, osobom wykonującym zawód medyczny, w zakresie niezbędnym do sprawowania nadzoru nad podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą,
   6) Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, w zakresie niezbędnym do wykonywania przez nią zadań określonych w art. 31n ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
   7) Agencji Badań Medycznych w zakresie określonym ustawą z dnia 21 lutego 2019 r. o Agencji Badań Medycznych,
   8) ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, sądom, w tym sądom dyscyplinarnym, prokuratorom, lekarzom sądowym i rzecznikom odpowiedzialności zawodowej, w związku z prowadzonym postępowaniem,
   9) uprawnionym na mocy odrębnych ustaw organom i instytucjom, jeżeli badanie zostało przeprowadzone na ich wniosek,

10) organom rentowym oraz zespołom do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności, w związku z prowadzonym przez nie postępowaniem,
11) podmiotom prowadzącym rejestry usług medycznych, w zakresie niezbędnym do prowadzenia rejestrów,
12) zakładom ubezpieczeń, za zgodą pacjenta,
13) komisjom lekarskim podległym ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych, wojskowym komisjom lekarskim oraz komisjom lekarskim Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego lub Agencji Wywiadu, podległym Szefom właściwych Agencji,
14) osobom wykonującym zawód medyczny, w związku z prowadzeniem przeglądu akredytacyjnego podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta albo procedury uzyskiwania innych certyfikatów jakości, w zakresie niezbędnym do ich przeprowadzenia,
15) osobom wykonującym czynności kontrolne na podstawie art. 39 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, w zakresie niezbędnym do ich przeprowadzenia,
16) członkom zespołów kontroli zakażeń szpitalnych, o których mowa w art. 14 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, w zakresie niezbędnym do wykonywania ich zadań,
17) 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.

§ 97

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 udostepnienie 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).
5. 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.
6. Opłaty, o której mowa w ust. 4 nie pobiera się w przypadku udostępniania dokumentacji medycznej:
   1) pacjentowi albo jego przedstawicielowi ustawowemu po raz pierwszy w żądanym zakresie i w sposób, o którym mowa w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta,
   2) 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,
   3) Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oraz Agencji Badań Medycznych.
7. Udostępniana dokumentacja medyczna w formie wyciągów, odpisów i kserokopii powinna być potwierdzona za zgodność z oryginałem.

§ 98

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. MONITORING

§ 99

1. W Klinicznym Centrum prowadzony jest monitoring pomieszczeń ogólnodostępnych oraz otoczenia obiektu za pomocą urządzeń umożliwiających rejestrację obrazu (monitoring).
2. Celem monitoringu jest zapewnienie bezpieczeństwa, w tym bezpieczeństwa pacjentów oraz innych osób przebywających na terenie infrastruktury Klinicznego Centrum.
3. Monitoring nie obejmuje pomieszczeń: przeznaczonych do udzielania świadczeń zdrowotnych, sal pacjentów, stołówki, higieniczno-sanitarnych, szatni, socjalnych.
4. Monitoring nie narusza prawa prywatności osób, które przebywają w obszarze objętym monitoringiem.
5. Monitoring funkcjonuje całodobowo. Rejestracji i zapisywaniu na nośniku fizycznym podlega tylko obraz (wizja) z kamer systemu monitoringu. Nie rejestruje się dźwięku (fonii).
6. Dyrektor Klinicznego Centrum odpowiada za wykorzystywanie monitoringu zgodnie z przepisami prawa.
7. Nagrania obrazu uzyskane w wyniku monitoringu zawierające dane osobowe Kliniczne Centrum przetwarza wyłącznie do celów, dla których zostały zebrane, i przechowuje przez okres nie dłuższy niż 30 dni od dnia nagrania.

8. W przypadku, w którym nagrania obrazu stanowią dowód w postępowaniu prowadzonym na podstawie prawa lub Kliniczne Centrum powzięło wiadomość, iż mogą one stanowić dowód w postępowaniu, termin ten ulega przedłużeniu do czasu prawomocnego zakończenia postępowania. Po upływie tych okresów uzyskane w wyniku monitoringu nagrania zawierające dane osobowe podlegają zniszczeniu.

DZIAŁ X. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 100

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 pacjenta,
   7) 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.

§ 101

1. Skargi i wnioski dotyczące wykonywanych świadczeń zdrowotnych w medycznych komórkach organizacyjnych Klinicznego Centrum są przyjmowane i rozpatrywane przez:
   1) Dyrektora Klinicznego Centrum
   2) ordynatorów/ lekarzy kierujących oddziałami
   3) kierowników komórek organizacyjnych Klinicznego Centrum, zgodnie z posiadanym zakresem obowiązków,
   4) 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.

§ 102

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

§ 103

1. Regulamin organizacyjny wchodzi w życie w dniu określonym w zarządzeniu Dyrektora Klinicznego Centrum, nie wcześniej niż 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

Małgorzata Sobel

/dokument podpisany elektronicznie/

Wykaz załączników:

Załącznik nr 1 – Schemat organizacyjny wraz z oznaczeniem komórek organizacyjnych do obiegu dokumentów

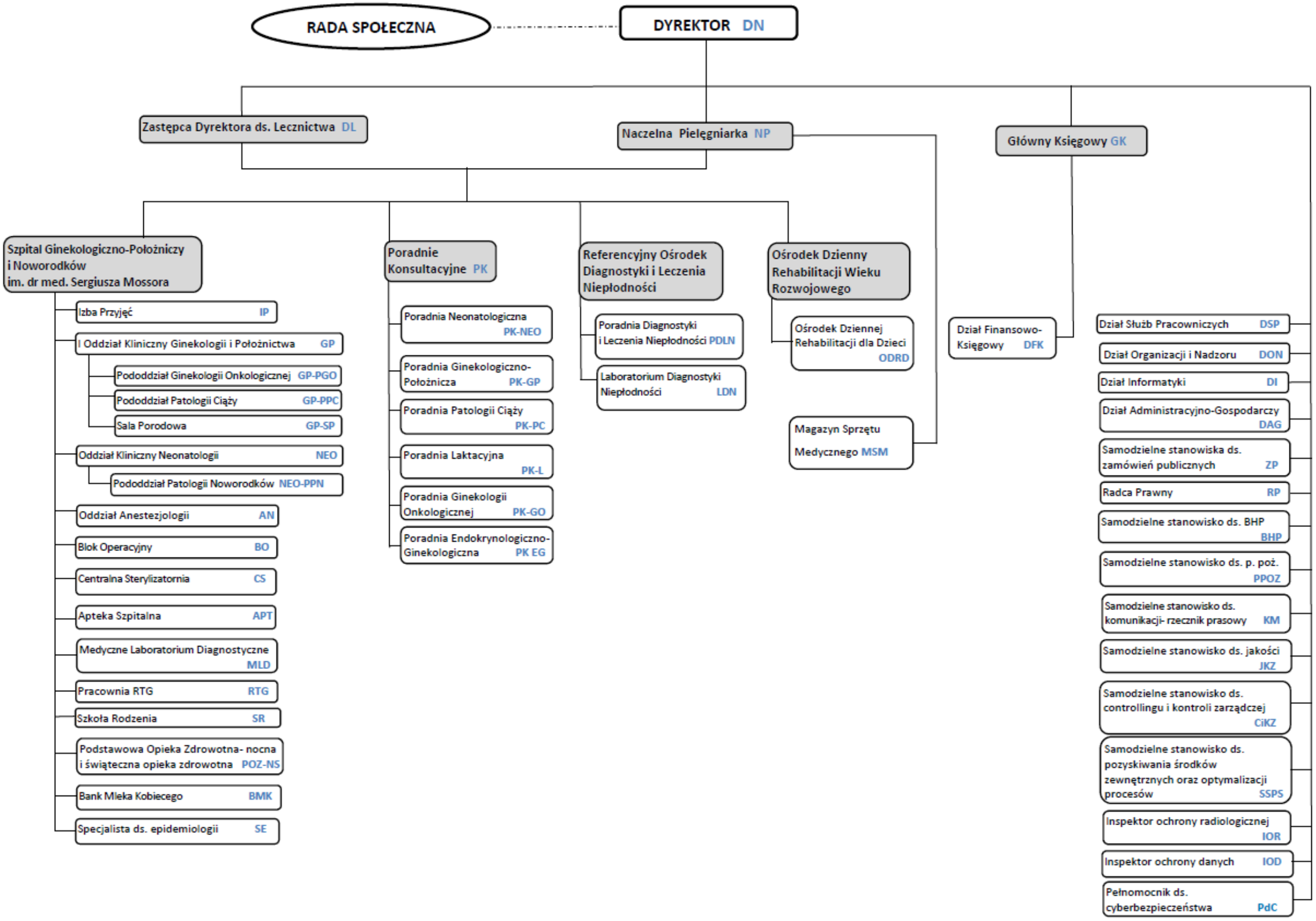
Załącznik nr 2 – Cennik opłat

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

Załącznik nr 1 – – Schemat organizacyjny wraz z oznaczeniem komórek organizacyjnych do obiegu dokumentów



Załącznik nr 2 – Cennik opłat (obowiązujący od dnia 01.12.2025 r.)

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)	180,00 zł
2.	Badanie USG (ginekologiczne, położnicze)	180,00 zł
3.	Wydanie zaświadczenia lekarskiego (po badaniu lekarskim)	130,00 zł
	HOSPITALIZACJE, PORADY	
1.	Hospitalizacja w Oddziałach Szpitalnych (iloczyn wartości punktowej wykonanych procedur i ceny za punkt rozliczeniowy)	zgodnie z wyceną NFZ
2.	Porada w Poradniach Konsultacyjnych (iloczyn wartości punktowej wykonanych procedur i ceny za punkt rozliczeniowy)	zgodnie z wyceną NFZ
	POBYT	
1.	Pobyt w pokoju hotelowym - bez wyżywienia za dobę	76,00 zł
2.	Rekompensata za pobyt Pacjenta w jednoosobowej sali „Pokój rodzinny” wraz z osobą towarzyszącą Pacjentowi – usługa kompleksowa – doba	200,00 zł
	DIAGNOSTYKA RTG	
1.	Urografia	300,00 zł
2.	Histerosalphingografia (kontrast cieniujący)	850,00 zł
3.	Radiografia babygram	135,00 zł
4.	Radiografia jamy brzusznej przeglądowe	55,00 zł
5.	Radiografia klatki piersiowej w 1 projekcji	53,00 zł
6.	Radiografia kości krzyżowej i guzicznej	70,00 zł
7.	Radiografia kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego w 1 projekcji	60,00 zł
8.	Radiografia miednicy	55,00 zł
9.	Radiografia obojczyków porównawcze	55,00 zł

10.	Radiografia stawów biodrowych porównawcze	55,00 zł
11.	Radiografia czaszki w 1 projekcji	55,00 zł
12.	Radiografia dłoni porównawcze w 1 projekcji	55,00 zł
13.	Radiografia dłoni w 1 projekcji	55,00 zł
14.	Radiografia dłoni z nadgarstkiem w 1 projekcji (wiek kostny)	55,00 zł
15.	Radiografia kl. piersiowej dzieci w 1 proj. - przy łóżku	60,00 zł
16.	Radiografia kości kończyny górnej	55,00 zł
17.	Radiografia kości nosowej	45,00 zł
18.	Radiografia kości piętowej w 1 projekcji	45,00 zł
19.	Radiografia kości piętowych porównawcze	65,00 zł
20.	Radiografia kości podudzia w 1 projekcji	55,00 zł
21.	Radiografia kości przedramienia w 1 projekcji	55,00 zł
22.	Radiografia kości ramiennej w 1 projekcji	55,00 zł
23.	Radiografia kręgosłupa całego na stojąco w 1 projekcji	55,00 zł
24.	Radiografia kręgosłupa piersiowego w 1 projekcji	55,00 zł
25.	Radiografia kręgosłupa szyjnego w 1 projekcji	55,00 zł
26.	Radiografia mostka w 1 projekcji	55,00 zł
27.	Radiografia nadgarstka w 1 projekcji	55,00 zł
28.	Radiografia obojczyka	55,00 zł
29.	Radiografia rzepki w 1 projekcji	45,00 zł
30.	Radiografia siodełka tureckiego	45,00 zł
31.	Radiografia stawów barkowych porównawcze	65,00 zł
32.	Radiografia stawów biodrowych dzieci porównawcze	65,00 zł
33.	Radiografia stawów kolanowych porównawcze w 1 projekcji	45,00 zł
34.	Radiografia stawów krzyżowo-biodrowych porównawcze	65,00 zł
35.	Radiografia stawów skokowych w 1 projekcji	45,00 zł
36.	Radiografia stawu barkowego w 1 projekcji	55,00 zł
37.	Radiografia stawu biodrowego w 1 projekcji	55,00 zł
38.	Radiografia stawu kolanowego w 1 projekcji	45,00 zł
39.	Radiografia stawu łokciowego w 1 projekcji	45,00 zł
40.	Radiografia stawu skokowego w 1 projekcji	45,00 zł

41.	Radiografia stopy w 1 projekcji	45,00 zł
42.	Radiografia stóp porównawcze w 1 projekcji	65,00 zł
43.	Radiografia u dzieci jamy brzusznej	55,00 zł
44.	Radiografia u dzieci jamy brzusznej poziomą wiązką promieni	55,00 zł
45.	Radiografia zatok obocznych nosa	55,00 zł
46.	Radiografia żeber w 1 projekcji	55,00 zł
47.	Radiografia dłoni porównawcze w 2 projekcjach	60,00 zł
48.	Radiografia dłoni w 2 projekcjach	60,00 zł
49.	Radiografia kości piętowej w 2 projekcjach	60,00 zł
50.	Radiografia kości podudzia w 2 projekcjach	60,00 zł
51.	Radiografia kości przedramienia w 2 projekcjach	60,00 zł
52.	Radiografia kości ramiennej w 2 projekcjach	60,00 zł
53.	Radiografia kości udowej w 2 projekcjach	60,00 zł
54.	Radiografia kręgosłupa szyjnego czynnościowe	80,00 zł
55.	Radiografia nadgarstka w 2 projekcjach	60,00 zł
56.	Radiografia nadgarstków porównawcze w 2 projekcjach	60,00 zł
57.	Radiografia palca dłoni w 2 projekcjach	60,00 zł
58.	Radiografia palca stopy w 2 projekcjach	60,00 zł
59.	Radiografia stawów skokowych w 2 projekcjach	60,00 zł
60.	Radiografia stawu barkowego w 2 projekcjach	60,00 zł
61.	Radiografia stawu kolanowego w 2 projekcjach	60,00 zł
62.	Radiografia stawu łokciowego w 2 projekcjach	60,00 zł
63.	Radiografia stawu skokowego w 2 projekcjach	60,00 zł
64.	Radiografia stopy w 2 projekcjach	60,00 zł
65.	Radiografia czaszki w 2 projekcjach	75,00 zł
66.	Radiografia klatki piersiowej w 2 projekcjach	80,00 zł
67.	Radiografia klatki piersiowej w 2 projekcjach z kontrastem	95,00 zł
68.	Radiografia kręgosłupa całego na stojąco w 2 projekcjach	75,00 zł
69.	Radiografia kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego czynnościowe	80,00 zł
70.	Radiografia kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego w 2 projekcjach	80,00 zł

71.	Radiografia kręgosłupa piersiowego w 2 projekcjach	80,00 zł
72.	Radiografia kręgosłupa szyjnego w 2 projekcjach	70,00 zł
73.	Radiografia stawu biodrowego w 2 projekcjach	65,00 zł
74.	Radiografia żeber w 2 projekcjach	80,00 zł
75.	Radiografia kolan w 3 projekcjach	95,00 zł
76.	Radiografia łokci w 3 projekcjach	90,00 zł
77.	Radiografia stawów skokowych w 3 projekcjach	90,00 zł
78.	Radiografia stóp w 3 projekcjach	90,00 zł
79.	Radiografia czaszki w 3 projekcjach	95,00 zł
80.	Radiografia kolan w 4 projekcjach	105,00 zł
81.	Opis zdjęcia wykonanego poza tutejszą pracownią	50,00 zł
82.	Nagranie zdjęcia RTG na CD – dodatkowy egzemplarz	25,00 zł
83.	Badanie EKG bez opisu	35,00 zł
DIAGNOSTYKA Laboratorium Diagnostyki Niepłodności		
1.	Seminogram podstawowy z oceną budowy plemników wspomagany systemem CASA	170,00
2.	Seminogram rozszerzony	1 270,00
3.	HBA - test wiązania plemników z kwasem hialuronowym	290,00
4.	Fragmentacja DNA plemników - halosperm	340,00
5.	MAR IgA - przeciwciała przeciwplemnikowe	90,00
6.	MAR IgG - przeciwciała przeciwplemnikowe	90,00
7.	Test ROS (MioxSys) - ocena stresu oksydacyjnego nasienia	270,00
8.	Ocena moczu po ejakulacji	50,00
9.	Seminogram po wazektomii	130,00
10.	AMH	180,00
11.	anty-TG	50,00
12.	anty-TPO	50,00
13.	CMV (Cytomegalovirus) IgG	45,00

14.	CMV (Cytomegalovirus) IgM	45,00
15.	Estradiol	45,00
16.	FSH	35,00
17.	FT3	45,00
18.	FT4	45,00
19.	HBc przeciwciała całkowite	40,00
20.	HBs antygen	35,00
21.	HCV przeciwciała	50,00
22.	HIV Ag/Ab (Combo)	45,00
23.	LH	50,00
24.	Ocena biocenozy pochwy	50,00
25.	Progesteron	40,00
26.	Prolaktyna	40,00
27.	Różyczka (Rubella virus) IgG	40,00
28.	Różyczka (Rubella virus) IgM	50,00
29.	Testosteron	45,00
30.	Toxoplasma gondii IgG	50,00
31.	Toxoplasma gondii IgM	50,00
32.	TSH	40,00
33.	Witamina D metabolit 25(OH)	80,00
Usługi sterylizacji		
Narzędzia i sprzęt medyczny pakowane w rękaw papierowo-foliowy płaski		
1.	Pakiet mini do 12 cm	4,50 zł
2.	Pakiet mały od 13 cm do 20 cm	5,40 zł
3.	Pakiet mały od 21 cm do 28 cm	6,30 zł
4.	Pakiet mały od 29 cm do 45 cm	9,00 zł
Narzędzia i sprzęt medyczny pakowane w rękaw papierowo-foliowy z zakładką na 5 narzędzi		

1.	Pakiet mały od 25 cm do 30 cm	23,00 zł
2.	Pakiet mały od 30 cm do 40 cm	37,00 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.	06.00 – 07.00	Toaleta pacjentów
2.	07.00 – 08.00	Pobieranie materiałów do badań laboratoryjnych od pacjentów i wykonywanie badań diagnostycznych. Śniadanie. Sprzątanie sal pacjentów, prześcielanie łóżek zmiana bielizny osobistej i pościelowej
3.	08.00 – 10.00	Wizyty lekarskie w oddziałach
4.	10.00 – 14.00	Wykonywanie zleceń lekarskich i innych czynności związanych z funkcjonowaniem Oddziału
5.	12.00 – 13.00	Obiad
7.	14.00 – 19.00	Wypoczynek pacjentów. Odwiedziny chorych
8.	16.00 – 17.00	Mierzenie ciepłoty ciała, tętna. Zabiegi pielęgnacyjne i porządkowe
9.	17.00 – 18.00	Kolacja
10.	18.00 – 20.00	Wizyty lekarsko – pielęgniarskie w oddziałach
11.	20.00 – 22.00	Czas do dyspozycji pacjentów. Toaleta wieczorna
12.	22.00 - 06.00	Cisza nocna, w tym pielęgniarski 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.

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 Klinicznego Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii w Opolu
   tel. 77 454 54 01 wew. 416, pokój nr 16 (pon.- pt. od 12.30 do 14.00)
   email: pelnomocnikpacjenta@ginekologia.opole.pl

2. Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Opolu
   ul. Ozimska 72A
   45-310 Opole
   tel. 77 40 20 100, faks 77 40 20 101
   e-mail: sekretariatl@nfz-opole.pl

3. Biura Rzecznika Praw Pacjenta
   ul. Płocka 11/13
   01-231Warszawa
   bezpłatna infolinia (z tel. stacjonarnych i komórkowych): 800 190 590
   czynna całodobowo przez siedem dni w tygodniu, fax.: (22) 506 50 64; fax.: (22) 506 50 64
   e-mail: kancelaria@rpp.gov.pl

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	Całodobowe	
4.	Centralna Sterylizatornia	7:00 – 19:00	Dni wolne od pracy 7:00 – 14:35
5.	Oddział Anestezjologii	Całodobowe	dyżury lekarskie
6.	Apteka Szpitalna	7:00 – 14:35	
7.	Medyczne Laboratorium Diagnostyczne	Całodobowe	
8.	Pracownia RTG	7:00 – 18:00	i na wezwanie
9.	Szkoła Rodzenia	wg ustalonego harmonogramu	
10.	Bank Mleka Kobiecego	7:25 – 15:00	
11.	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	
12.	Poradnia Neonatologiczna	wg ustalonego harmonogramu	
13.	Poradnia Ginekologiczno-Położnicza	wg ustalonego harmonogramu	
14.	Poradnia Patologii Ciąży	wg ustalonego harmonogramu	
15.	Poradnia Laktacyjna	wg ustalonego harmonogramu	
16.	Poradnia Ginekologii Onkologicznej	wg ustalonego harmonogramu	
17.	Poradnia Endokrynologiczno-Ginekologiczna	wg ustalonego harmonogramu	
18.	Ośrodek Dziennej Rehabilitacji dla Dzieci	wg ustalonego harmonogramu	
19.	Poradnia Diagnostyki i Leczenia Niepłodności	wg ustalonego harmonogramu	
20.	Laboratorium Diagnostyki Niepłodności	wg ustalonego harmonogramu	