

Zarządzenie nr 45/2021

z dn. 16.06.2021 r.

**Dyrektora Uniwersyteckiego Dziecięcego Szpitala Klinicznego im. L. Zamenhofa w Białymstoku
w sprawie wprowadzenia w życie Regulaminu organizacyjnego z dnia 16.06.2021 r.**

Na podstawie art. 23 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Statutu UDSK oraz Uchwały Rady Społecznej UDSK z dnia 19 maja 2021 r. zarządzam, co następuje:

§1

1. Z dniem 16.06.2021 r. wprowadzam w życie Regulamin organizacyjny UDSK w Białymstoku.
2. Regulamin organizacyjny stanowi załącznik do niniejszego Zarządzenia.

§2

1. Zobowiązuję kierowników komórek organizacyjnych do zapoznania podległych pracowników z postanowieniami Regulaminu organizacyjnego.
2. Zobowiązuję kierowników komórek organizacyjnych Szpitala do stosowania i przestrzegania postanowień zawartych z Regulaminie organizacyjnym.

§3

Traci moc Zarządzenie nr 31/2018 z 26.04.2018 r. w sprawie wprowadzenia w życie Regulaminu organizacyjnego z 26.04.2018 r.

§4

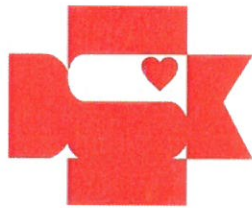
Treść Regulaminu organizacyjnego z dnia 16.06.2021 r. znajduje się na stronie internetowej UDSK www.udsk.pl w INTRANECIE.

DYREKTOR

prof. dr hab. n med. Anna Maria Wasilewska

Załącznik do Zarządzenia nr 45/2021 z dn. 16.06.2021 r. Dyrektora Uniwersyteckiego Dziecięcego Szpitala
Klinicznego im. L. Zamenhofs w Białymstoku

Regulamin Organizacyjny
Uniwersyteckiego Dziecięcego Szpitala Klinicznego
im. L. Zamenhofs w Białymstoku



Białystok, 16.06.2021 r.

***Zapewniamy specjalistyczną pomoc każdemu dziecku oraz
kształcimy kolejne pokolenia medyków***

Spis treści

SPIS TREŚCI	2
ROZDZIAŁ I	4
POSTANOWIENIA OGÓLNE.....	4
NAZWA PODMIOTU.....	8
ROZDZIAŁ III	8
CELE I ZADANIA PODMIOTU	8
ROZDZIAŁ IV.....	9
STRUKTURA ORGANIZACYJNA PODMIOTU.....	9
RODZAJE DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ ORAZ ZAKRESY UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH.....	15
ROZDZIAŁ VI.....	21
MIEJSCE UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH	21
ROZDZIAŁ VII	21
PRZEBIEG PROCESU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH	21
<i>Zasady ogólne udzielania świadczeń zdrowotnych</i>	<i>21</i>
<i>Odstąpienie od leczenia i odmowa przyjęcia.....</i>	<i>23</i>
<i>Zapewnienie właściwej dostępności i jakości świadczeń zdrowotnych w podmiocie leczniczym.....</i>	<i>24</i>
<i>Leczenie stacjonarne</i>	<i>27</i>
<i>Procedura przyjmowania pacjenta do leczenia stacjonarnego w trybie planowym.....</i>	<i>28</i>
<i>Procedura przyjmowania pacjenta w trybie nagłym</i>	<i>29</i>
<i>Zalecenia i reguły związane z przyjęciem/pobytem w Szpitalu.....</i>	<i>34</i>
<i>Zasady przyjmowania pacjenta w klinice/oddziale</i>	<i>37</i>
<i>Zasady uzyskiwania świadomej zgody pacjenta</i>	<i>38</i>
<i>Przekazywanie pacjenta kolejnym zmianom.....</i>	<i>40</i>
<i>Zasady udzielania informacji o stanie zdrowia</i>	<i>40</i>
<i>Przymus bezpośredni.....</i>	<i>41</i>
<i>Zasady odwiedzin pacjentów w Szpitalu</i>	<i>41</i>
<i>Wypis pacjenta ze Szpitala</i>	<i>43</i>
<i>Postępowanie w razie śmierci pacjenta.....</i>	<i>44</i>
ROZDZIAŁ VIII.....	47
PRAWA I OBOWIĄZKI PACJENTA	47
ROZDZIAŁ IX.....	51

DOKUMENTACJA MEDYCZNA	51
ROZDZIAŁ X	57
ZAKRESY DZIAŁALNOŚCI W POSZCZEGÓLNYCH PIONACH	57
<i>Pion Dyrektora Naczelnego</i>	<i>57</i>
<i>Pion Zastępcy Dyrektora ds. Pielęgniarstwa</i>	<i>70</i>
<i>Pion Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomicznych</i>	<i>87</i>
<i>Pion Zastępcy Dyrektora ds. Administracyjno-Technicznych</i>	<i>97</i>
ROZDZIAŁ XI.....	125
WSPÓLNE UPRAWNIENIA, OBOWIĄZKI I ODPOWIEDZIALNOŚĆ KIEROWNIKÓW KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH .	125
ROZDZIAŁ XII	133
ZASADY KIEROWANIA SZPITALEM	133
ROZDZIAŁ XIII.....	137
WYSOKOŚĆ OPŁAT POBIERANYCH PRZEZ SZPITAL.....	137
ROZDZIAŁ XIV	138
SKARGI I WNIOSKI.....	138
ROZDZIAŁ XIV	139
POSTANOWIENIA KOŃCOWE	139

ROZDZIAŁ I

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Szpital działa na podstawie powszechnie obowiązujących przepisów prawa oraz przepisów wewnętrznych, w szczególności:
 - 1) ustawy z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej;
 - 2) ustawy z dnia z 6.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;
 - 3) ustawy z dnia 29.01.2004 r. Prawo zamówień publicznych;
 - 4) ustawy z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz przepisów wykonawczych do tej ustawy;
 - 5) ustawy z dnia 18.05.1964 r. Kodeks cywilny;
 - 6) ustawy z dnia 26.06.1974 r. Kodeks pracy;
 - 7) ustawy z dnia 27.08.2009 r. o finansach publicznych;
 - 8) statutu Szpitala;
 - 9) niniejszego Regulaminu;
 - 10) zarządzeń wewnętrznych Dyrektora Szpitala.
2. Uniwersytecki Dziecięcy Szpital Kliniczny w Białymstoku działa również w oparciu o umowy o przekazaniu środków publicznych na rzecz Uniwersyteckiego Dziecięcego Szpitala Klinicznego, zawarte z podmiotami dysponującymi tymi środkami.

§ 2

1. Ilekroć w Regulaminie Organizacyjnym Uniwersyteckiego Dziecięcego Szpitala Klinicznego jest mowa o:
 - 1) **Szpitalu** - należy przez to rozumieć: Uniwersytecki Dziecięcy Szpital Kliniczny im. L. Zamenhofa w Białymstoku;
 - 2) **Dyrektorze Szpitala** - należy przez to rozumieć Dyrektora Uniwersyteckiego Dziecięcego Szpitala Klinicznego w Białymstoku;
 - 3) **Zarządzie** - należy przez to rozumieć Dyrektora i jego Zastępców;
 - 4) **Uczelni** - należy przez to rozumieć Uniwersytet Medyczny Białymstoku;
 - 5) **SOR** - należy przez to rozumieć Szpitalny Oddział Ratunkowy;

- 6) **CUD** - należy przez to rozumieć Centrum Urazowe dla Dzieci;
- 7) **Komórkach organizacyjnych** – należy przez to rozumieć kliniki /oddziały, blok operacyjny, punkt przyjęć planowych pacjentów, aptekę szpitalną, poradnie specjalistyczne i podstawowej opieki zdrowotnej, nocną i świąteczną opiekę zdrowotną, zakłady diagnostyczne, centralną sterylizatornię, samodzielne pracownie oraz działy/sekcje administracyjne, ekonomiczne i techniczne;
- 8) **Kierowniku komórki organizacyjnej** - należy przez to rozumieć kierowników: klinik i /lub lekarzy kierujących oddziałem klinicznym, oddziałów szpitalnych, apteki szpitalnej, poradni podstawowej opieki zdrowotnej, zakładów diagnostycznych, działu ds. epidemiologii i jakości opieki pielęgniarskiej, centralnej sterylizatorni, samodzielnych pracowni oraz działów/sekcji administracyjnych, ekonomicznych i technicznych;
- 9) **Pracownikowi** - należy przez to rozumieć osobę zatrudnioną na podstawie umowy o pracę;
- 10) **Osobie świadczącej pracę na rzecz Szpitala** - należy przez to rozumieć osobę fizyczną zatrudnioną na podstawie umowy cywilnoprawnej;
- 11) **Osobie wykonującej zawód medyczny** - należy przez to rozumieć osobę uprawnioną, na podstawie odrębnych przepisów do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz osobę legitymującą się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny;
- 12) **Podmiocie udzielającym świadczeń zdrowotnych** - należy przez to rozumieć podmiot leczniczy oraz indywidualną praktykę lekarską, indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską, grupową praktykę lekarską, indywidualną praktykę pielęgniarek/położnych, indywidualną specjalistyczną praktykę pielęgniarek /położnych oraz grupową praktykę pielęgniarek/położnych;
- 13) **Świadczeniu zdrowotnym** - należy przez to rozumieć działanie służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub odrębnych przepisów regulujących zasady ich wykonywania;
- 14) **Świadczeniu szpitalnym** - wykonywane całą dobę kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych.

- Świadczeniami szpitalnymi są także świadczenia udzielane z zamiarem zakończenia ich udzielania w okresie nieprzekraczającym 24 godzin;
- 15) **Ambulatoryjnej opiece zdrowotnej** - należy przez to rozumieć udzielanie świadczeń zdrowotnych pacjentom niewymagającym hospitalizacji;
 - 16) **Opiekunie prawnym** - należy przez to rozumieć osobę fizyczną lub osobę prawną umocowaną do reprezentowania pacjenta w trakcie procesu leczenia;
 - 17) **Opiekunie faktycznym** - należy przez to rozumieć osobę sprawującą, bez obowiązku ustawowego, stałą opiekę nad pacjentem, który ze względu na wiek, stan zdrowia albo stan psychiczny opieki takiej wymaga;
 - 18) **Pacjencie** - należy przez to rozumieć osobę zwracającą się o udzielenie świadczeń zdrowotnych lub korzystającą ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych lub osobę wykonującą zawód medyczny;
 - 19) **Prawach i obowiązkach pacjenta** - należy przez to rozumieć także prawa i obowiązki przedstawiciela ustawowego lub opiekuna osoby małoletniej korzystającej ze świadczeń zdrowotnych Szpitala;
 - 20) **POZ** - należy przez to rozumieć Podstawową Opiekę Zdrowotną;
 - 21) **NŚOZ** - należy przez to rozumieć Nocną i Świąteczną Opiekę Zdrowotną;
 - 22) **AOS** - należy przez to rozumieć Ambulatoryjną Opiekę Specjalistyczną;
 - 23) **Regulaminie** - należy przez to rozumieć niniejszy Regulamin organizacyjny;
 - 24) **Ustawie o świadczeniach** - ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
 - 25) **Zarządzeniu** - należy przez to rozumieć obowiązujące ustalenia wydane przez Dyrektora, dotyczące podstawowych problemów organizacji i zarządzania oraz polityki finansowo- ekonomicznej Szpitala;
 - 26) **MZ** - należy przez to rozumieć Ministerstwo Zdrowia;
 - 27) **PUODO** - należy przez to rozumieć Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (organ nadzoru w zakresie ochrony danych osobowych);
 - 28) **RODO** - należy przez to rozumieć Rozporządzenie Ogólne UE o Ochronie Danych Osobowych;
 - 29) **IODO** - należy przez to rozumieć Inspektora Ochrony Danych Osobowych w Szpitalu.

§ 3

Regulamin Szpitala określa w szczególności:

1. Postanowienia ogólne.
2. Nazwę podmiotu.
3. Cele i zadania podmiotu.
4. Strukturę organizacyjną podmiotu.
5. Rodzaje działalności leczniczej oraz zakresy udzielanych świadczeń zdrowotnych.
6. Miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych.
7. Przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych.
8. Prawa i obowiązki pacjenta.
9. Dokumentację medyczną.
10. Organizację i zadania poszczególnych komórek organizacyjnych z uwzględnieniem podziału na zadania Dyrektora i Zastępców Dyrektora.
11. Uprawnienia, obowiązki i odpowiedzialność kierowników komórek organizacyjnych.
12. Zasady kierowania Szpitalem.
13. Wysokość opłat za świadczenia zdrowotne, które mogą być udzielane za częściową lub całkowitą odpłatnością.

§ 4

Postanowienia Regulaminu dotyczą wszystkich pracowników Szpitala i pozostałych osób realizujących zadania w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych na podstawie innych tytułów prawnych, osób uczestniczących w kształceniu przed i podyplomowym realizowanym na terenie Szpitala oraz pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych w Szpitalu.

§ 5

Regulamin Organizacyjny wprowadza w życie Dyrektor Szpitala po zaopiniowaniu go przez Radę Społeczną Szpitala.

ROZDZIAŁ II

NAZWA PODMIOTU

§ 6

1. Szpital jest samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej.
2. Organem założycielskim Szpitala jest Uniwersytet Medyczny w Białymstoku.
3. Siedzibą Szpitala jest: 15-274 Białystok, ul. J. Waszyngtona 17.
4. Nazwa Szpitala brzmi: Uniwersytecki Dziecięcy Szpital Kliniczny im. L. Zamenhofa w Białymstoku. Skrócona nazwa Szpitala brzmi: UDSK.
5. Szpital posiada logo określone w statucie Szpitala.
6. Obszarem działania Szpitala jest terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
7. Szpital wpisany jest do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Podlaskiego pod numerem 000000018590 oraz do Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem 0000002628.
8. Strona internetowa: www.udsk.pl, e-mail: sekretariat@udsk.pl

ROZDZIAŁ III

CELE I ZADANIA PODMIOTU

§ 7

1. Podstawowym celem Szpitala jest udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej w formie ambulatoryjnej i stacjonarnej oraz profilaktyka i promocja zdrowia w powiązaniu z realizacją zadań dydaktycznych, naukowych i badawczych.

§ 8

1. Do zadań Szpitala należy w szczególności:
 - 1) udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w warunkach szpitalnych i ambulatoryjnych, w tym świadczeń wysokospecjalistycznych w ramach specjalności Szpitala;

- 2) realizowanie zadań dydaktycznych, naukowych i badawczych w zakresie wynikającym z obowiązujących przepisów i zawartych umów;
- 3) organizowanie, prowadzenie i uczestniczenie w procesie kształcenia i przygotowania zawodowego kadr medycznych;
- 4) prowadzenie badań klinicznych i eksperymentów medycznych, w ramach zadań naukowych, badawczych i doskonalenia metod leczenia;
- 5) prowadzenie działalności medycznej oraz wyodrębnionej działalności gospodarczej niemedykowej dla podmiotów zewnętrznych;
- 6) kształcenie podyplomowe osób wykonujących zawody medyczne oraz przygotowanie osób do wykonywania zawodu medycznego na zasadach określonych w odrębnych przepisach;
- 7) zadania na potrzeby obronne państwa, obrony cywilnej, zarządzania kryzysowego i bezpieczeństwa publicznego, na zasadach określonych odrębnymi przepisami.

§ 9

1. Szpital może prowadzić wydzieloną działalność gospodarczą.
2. Prowadzenie wydzielonej działalności gospodarczej, o której mowa w ust. 1 nie może w szczególności ograniczać dostępności i poziomu świadczeń zdrowotnych, udzielanych osobom uprawnionym na podstawie obowiązujących przepisów.

ROZDZIAŁ IV

STRUKTURA ORGANIZACYJNA PODMIOTU

§ 10

1. Uniwersytecki Dziecięcy Szpital Kliniczny im. L. Zamenhofa w Białymstoku, jako jednostka organizacyjna składa się z 5 pionów organizacyjnych:
 - 1) Pion Dyrektora Naczelnego;
 - 2) Pion Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa;
 - 3) Pion Zastępcy Dyrektora ds. Pielęgniarstwa;
 - 4) Pion Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomicznych;
 - 5) Pion Zastępcy Dyrektora ds. Administracyjno – Technicznych.

§ 11

1. Dyrektor Szpitala nadzoruje i koordynuje pośrednio pracę wszystkich pionów oraz bezpośrednio pracę następujących komórek organizacyjnych i stanowisk:

a) Kierowników pionów organizacyjnych, tj.:

- Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa,
- Zastępca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa,
- Zastępca Dyrektora ds. Ekonomicznych,
- Zastępca Dyrektora ds. Administracyjno- Technicznych;

b) Kierowników następujących komórek organizacyjnych:

- Dział Prawny,
- Dział Organizacji i Jakości,
- Dział Spraw Pracowniczych,

c) Komitetów, Zespołów, Komisji i osób na następujących samodzielnych stanowiskach pracy:

- Radca Prawny,
- Inspektor Ochrony Danych Osobowych ,
- Pełnomocnik ds. Praw Pacjenta,
- Audytor Wewnętrzny,
- Stanowisko ds. Obronnych i OC,
- Stanowisko ds. BHP,
- Stanowisko ds. Ochrony Informacji Niejawnych,
- Kapelani Szpitalni,
- Inspektor Ochrony Radiologicznej,
- Farmakolog Kliniczny,
- Komitetów, Zespołów i Komisji działających w Szpitalu i powołanych w celu realizacji zadań określonych niniejszym Regulaminem i zgodnie z przepisami. Aktualny wykaz Komitetów, Komisji i zespołów jest dostępny w INTRANECIE.

§ 12

Pion Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa składa się z następujących komórek organizacyjnych:

1) Kliniki/oddziały szpitalne wraz z podległymi poradniami i pracowniami specjalistycznymi:

- Klinika Pediatrii i Nefrologii:
 - Poradnia Nefrologiczna,
 - Poradnia Patologii Noworodka;
- Klinika Pediatrii, Endokrynologii, Diabetologii z Pododdziałem Kardiologii:
 - Poradnia Endokrynologiczna,
 - Poradnia Cukrzycowa,
 - Poradnia Kardiologiczna;
- Klinika Pediatrii, Gastroenterologii, Hepatologii, Żywienia i Alergologii z Pododdziałem Pulmonologii:
 - Poradnia Alergologiczna
 - Poradnia Gastrologiczna,
 - Poradnia Dermatologiczna,
 - Poradnia Żywieniowa,
 - Poradnia Pulmonologiczna,
 - Poradnia Leczenia Mukowiscydozy;
- Klinika Pediatrii, Reumatologii, Immunologii i Chorób Metabolicznych Kości:
 - Poradnia Immunologiczna,
 - Poradnia Zaburzeń Metabolicznych,
 - Poradnia Reumatologiczna;
- Klinika Neurologii i Rehabilitacji Dziecięcej:
 - Poradnia Neurologiczna;
- Klinika Chirurgii i Urologii Dziecięcej
 - Poradnia Chirurgiczna,
 - Poradnia Neurochirurgiczna,
 - Poradnia Urologiczna,
 - Poradnie Chirurgii Ogólnej;
- Klinika Ortopedii i Traumatologii Dziecięcej:
 - Poradnia Ortopedyczna,
 - Poradnia Preluksacyjna;
- Klinika Otolaryngologii Dziecięcej:

- Poradnia Audiologiczna,
 - Poradnia Foniatryczna,
 - Poradnia Laryngologiczna;
 - Kliniak Okulistyki Dziecięcej z Ośrodkiem Leczenia Zeza:
 - Poradnia Okulistyczna,
 - Poradnia Leczenia Zeza;
 - Kliniki Pediatrii, Onkologii i Hematologii:
 - Poradnia Onkologii i Hematologii Dziecięcej;
 - Klinika Obserwacyjno- Zakaźna Dzieci:
 - Poradnia Chorób Zakaźnych;
 - Klinika Rehabilitacji Dziecięcej z Ośrodkiem Wczesnej Pomocy Dzieciom Upośledzonym „Dać Szansę”:
 - Poradnia Rehabilitacyjna;
 - Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii Dzieci i Młodzieży z Pododdziałem Pooperacyjnym i Leczenia Bólu:
 - Poradnia Anestezjologiczna;
 - Oddział Dzienny Psychiatryczny;
 - Oddział Neurologii Rehabilitacyjnej;
- 2) Szpitalny Oddział Ratunkowy z podlegającymi mu komórkami organizacyjnymi:
- Centrum Urazowe dla Dzieci,
 - Nocna i Świąteczna Opieka Zdrowotna;
- z wydzielonym obszarem do diagnostyki w kierunku chorób zakaźnych w tym:
- a) obszar segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć,
 - b) obszar resuscytacyjno –zabiegowy,
 - c) obszar wstępnej intensywnej terapii,
 - d) obszar terapii natychmiastowej,
 - e) obszar obserwacji,
 - f) obszar konsultacyjny,
 - g) zaplecze administracyjno – gospodarcze,
 - h) Zespół Transportu Medycznego;
- 3) Punkt przyjęć planowych pacjentów
- 4) Poradnie Specjalistyczne niepodlegające klinikom/oddziałom:
- a) Poradnia Ginekologiczna;

- b) Poradnia Stomatologii Dziecięcej z Gabinetem Chirurgii Stomatologicznej,
 - c) Poradnia Pediatria,
 - d) Poradnia Zdrowia Psychicznego z Gabinetem Psychologicznym;
- 5) Poradnia Podstawowej Opieki Zdrowotnej;
 - 6) Zakład Laboratoryjnej Diagnostyki Pediatricznej,
 - 7) Zakład Immunologii Klinicznej,
 - 8) Zakład Diagnostyki Obrazowej, w tym:
 - a) Pracownia USG
 - b) Pracownia Rentgenodiagnostyki
 - c) Pracownia Rezonansu Magnetycznego;
 - d) Pracownia Tomografii Komputerowej;
 - e) Pracownia Densytometrii
 - 9) Apteka Szpitalna
 - 10) Pracownie działające na rzecz klinik/oddziałów szpitalnych i poradni.

§ 13

Pion Zastępcy Dyrektora ds. Pielęgniarstwa składa się z następujących stanowisk oraz komórek organizacyjnych:

- 1) Pielęgniarki oddziałowe i pielęgniarki koordynujące oraz podlegli im pracownicy;
- 2) Pielęgniarki i położne realizujące zadania zawodowe w Oddziale Dziennym Psychiatrycznym, ZDO oraz w Gabinetcie Zabiegowym i poradniach AOS niepodlegających klinikom/oddziałom;
- 3) Pielęgniarka Koordynująca Poradni POZ i podległy jej personel;
- 4) Kierownik Centralnej Sterylizatorni i podległy jej personel;
- 5) Dział ds. Epidemiologii i Jakości Opieki Pielęgniarskiej;
- 6) Specjalista ds. Koordynacji Żywienia Pacjentów;
- 7) Pracownik Socjalny Szpitala.

§ 14

Pion Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomicznych składa się z następujących komórek organizacyjnych:

- 1) Główny Księgowy, pod którego podlegają bezpośrednio:

- a) Sekcja Księgowości Finansowej;
- b) Sekcja Kosztów;
- 2) Dział Statystyki Medycznej, Kontraktowania Świadczeń Zdrowotnych i Rejestracji;
- 3) Sekcja Zamówień Publicznych.

§ 15

Pion Zastępcy Dyrektora ds. Administracyjno – Technicznych składa się z następujących komórek organizacyjnych:

- 1) Dział Techniczny, w tym:
 - a) Sekcja Elektryczna;
 - b) Sekcja Energetyczna;
 - c) Sekcja Aparatury Medycznej i Technik Audiowizualnych oraz Monitoringu;
- 2) Dział Administracyjno- Gospodarczy, pod którego bezpośrednio podlegają:
 - a) Sekcja Zaopatrzenia;
 - b) Magazyn ogólny;
 - c) Kierowca;
- 3) Dział Informatyki;
- 4) Stanowisko ds. PPOŻ.

§ 16

1. Poszczególne komórki organizacyjne Szpitala obowiązane są do współdziałania w zakresie wykonywanych przez nich zadań celem zapewnienia sprawnego i efektywnego funkcjonowania podmiotu leczniczego pod względem diagnostyczno-leczniczym, pielęgnacyjnym i administracyjno-gospodarczym.
2. Współdziałanie odbywa się z uwzględnieniem powszechnie obowiązujących przepisów prawa oraz z poszanowaniem praw pacjenta.
3. Za prawidłowe współdziałanie odpowiedzialni są kierownicy właściwych komórek organizacyjnych, bądź inne osoby wyznaczone przez kierownika. Strukturę organizacyjną Szpitala i schemat podległości służbowych przedstawia schemat organizacyjny stanowiący załącznik do niniejszego Regulaminu.

ROZDZIAŁ V

RODZAJE DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ ORAZ ZAKRESY UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

§ 17

UDSK prowadzi działalność leczniczą w rodzaju:

1. Stacjonarne i całodobowe świadczenia szpitalne.
 2. Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne.
 3. Programy lekowe.
 4. Świadczenia dzienne psychiatryczne rehabilitacyjne.
 5. Rehabilitację leczniczą.
- I. **System podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej:**
1. **Zakresy w ryczałcie (RYCZAŁT PSZ – SZPITAL OGÓLNOPOLSKI):**
 - 1) **zakresy z leczenia szpitalnego:**
 - a) alergologia dziecięca – hospitalizacja;
 - b) anestezjologia i intensywna terapia dla dzieci - hospitalizacja;
 - c) chirurgia dziecięca – hospitalizacja;
 - d) choroby płuc dziecięce – hospitalizacja;
 - e) choroby zakaźne dziecięce – hospitalizacja;
 - f) endokrynologia dziecięca – hospitalizacja;
 - g) gastroenterologia dziecięca – hospitalizacja;
 - h) immunologia kliniczna dziecięca – hospitalizacja (Klinika Pediatrii, Reumatologii, Immunologii i Chorób Metabolicznych Kości);
 - i) kardiologia dziecięca – hospitalizacja;
 - j) nefrologia dziecięca – hospitalizacja;
 - k) neurologia dziecięca – hospitalizacja;
 - l) okulistyka dziecięca – hospitalizacja;
 - m) onkologia i hematologia dziecięca – hospitalizacja;
 - n) ortopedia i traumatologia narządu ruchu dziecięca – hospitalizacja;
 - o) otorynolaryngologia dziecięca – hospitalizacja;
 - p) pediatria – hospitalizacja (Klinika Pediatrii i Nefrologii);
 - q) pediatria – hospitalizacja (Klinika Pediatrii, Endokrynologii, Diabetologii z Pododdziałem Kardiologii);

- r) pediatria – hospitalizacja (Klinika Pediatrii, Gastroenterologii, Hepatologii, Żywienia i Alergologii z Pododdziałem Pulmonologii);
- s) pediatria – hospitalizacja (Klinika Pediatrii, Reumatologii, Immunologii i Chorób Metabolicznych Kości);
- t) pediatria – hospitalizacja (Klinika Obserwacyjno – Zakaźna Dzieci);
- u) pediatria - hospitalizacja (Klinika Pediatrii, Onkologii i Hematologii)
- v) Szpitalny Oddział Ratunkowy;

2) zakresy z ambulatoryjnej opieki specjalistycznej:

- a) świadczenia w zakresie alergologii dla dzieci (w tym świadczenia pierwszorazowe);
- b) świadczenia w zakresie audiologii i foniatryi (w tym świadczenia pierwszorazowe);
- c) świadczenia w zakresie chirurgii dziecięcej (w tym świadczenia zabiegowe);
- d) świadczenia w zakresie chorób zakaźnych dla dzieci (w tym świadczenia pierwszorazowe);
- e) świadczenia w zakresie diabetologii dla dzieci (w tym świadczenia pierwszorazowe);
- f) świadczenia w zakresie gastroenterologii dla dzieci (w tym świadczenia pierwszorazowe);
- g) świadczenia w zakresie ginekologii dla dziewcząt;
- h) świadczenia w zakresie gruźlicy i chorób płuc dla dzieci (w tym świadczenia pierwszorazowe);
- i) świadczenia w zakresie leczenia zeza (w tym świadczenia pierwszorazowe);
- j) świadczenia w zakresie nefrologii dla dzieci (w tym świadczenia pierwszorazowe);
- k) świadczenia w zakresie neonatologii (w tym świadczenia pierwszorazowe);
- l) świadczenia w zakresie okulistyki dla dzieci;
- m) świadczenia w zakresie onkologii i hematologii dziecięcej (w tym świadczenia pierwszorazowe);
- n) świadczenia w zakresie otolaryngologii dziecięcej;
- o) świadczenia w zakresie reumatologii dla dzieci (w tym świadczenia pierwszorazowe);
- p) świadczenia w zakresie chorób metabolicznych (w tym świadczenia pierwszorazowe);

- q) świadczenia w zakresie immunologii (w tym świadczenia pierwszorazowe);
- r) świadczenia w zakresie leczenia mukowiscydozy (w tym świadczenia pierwszorazowe);
- s) świadczenia w zakresie dermatologii i wenerologii (w tym świadczenia pierwszorazowe);
- t) świadczenia w zakresie preluksacji;
- u) leczenie cukrzycy z zastosowaniem pompy insulinowej u dzieci;
- v) kwalifikowanie do przeszczepu i monitorowanie zakwalifikowanych;

2. Zakresy finansowane odrębnie w ramach umowy PSZ:

1) leczenia szpitalnego:

- a) chemioterapia w trybie jednodniowym;
- b) chemioterapia – hospitalizacja;
- c) rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/oddziale dziennym;
- d) rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych dla dzieci;
- e) rehabilitacja neurologiczna dla dzieci;
- f) świadczenia w szpitalnym oddziale ratunkowym – UE;
- g) okulistyka dziecięca - hospitalizacja B18, B19;
- h) neonatologia – hospitalizacja;
- i) neonatologia – hospitalizacja – N20, N24, N25;
- j) onkologia i hematologia dziecięca- hospitalizacja świadczenia poza pakietem onkologicznym;
- k) onkologia i hematologia dziecięca - hospitalizacja świadczenia pakiet onkologiczny;
- l) chirurgia dziecięca – hospitalizacja – pakiet onkologiczny;
- m) chirurgia dziecięca – hospitalizacja – świadczenia poza pakietem onkologicznym;
- n) otolaryngologia dla dzieci – hospitalizacja – świadczenia poza pakietem onkologicznym;
- o) pediatria – hospitalizacja – leczenie pęcherzowego oddzielania naskórka;
- p) chirurgia – hospitalizacja – leczenie pęcherzowego oddzielania naskórka.

2) leczenia szpitalnego – programy terapeutyczne:

- a) Program lekowy – leczenie przewlekłej białaczki szpikowej;

- b) Program lekowy – Leczenie Niskorosłych Dzieci z Ciężkim Pierwotnym Niedoborem IGF-1;
- c) Program lekowy – Zapobieganie Krwawieniom u Dzieci z Hemofilią A i B;
- d) Program lekowy – Leczenie Choroby Pompego;
- e) Program lekowy – Leczenie Choroby Hurler;
- f) Program lekowy – Leczenie Choroby Leśniewskiego – Crohna;
- g) Program lekowy – Leczenie Reumatoidalnego Zapalenia Stawów i Młodzieńczego Idiopatycznego Zapalenia Stawów o Przebiegu Agresywnym;
- h) Program lekowy – Leczenie Spastyczności w Mózgowym Porażeniu Dziecięcym;
- i) Program lekowy – Leczenie Pierwotnych Niedoborów Odporności u Dzieci;
- j) Program lekowy – Leczenie Przedwczesnego Dojrzewania Płciowego u Dzieci;
- k) Program lekowy – Leczenie Niskorosłych Dzieci z Somatotropinową Niedoczynnością Przysadki;
- l) Program lekowy – Leczenie Niedokrwistości w Przebiegu Przewlekłej Niewydolności Nerek;
- m) Program lekowy – Leczenie Zespołu Prader- Willi;
- n) Program lekowy – Leczenie Niskorosłych Dzieci z Zespołem Turnera;
- o) Program lekowy – Leczenie Ciężkiej Astmy Alergicznej IGE Zależnej oraz Ciężkiej Astmy Eozynofilowej;
- p) Program lekowy – Leczenie Mukopolisacharydozy Typu II (Zespół Huntera);
- q) Program lekowy – Leczenie Wczesnodziecięcej Postaci Cystynozy Nefropatycznej;
- r) Program lekowy – Leczenie Przewlekłych Zakażeń Płuc u świadczeniobiorców z Mukowiscydozą;
- s) Program lekowy – Leczenie Stwardnienia Rozsianego;
- t) Program lekowy – Leczenie Hormonem Wzrostu Niskorosłych Dzieci Urodzonych, jako Zbyt Małe w Porównaniu do Czasu Trwania Ciąży;
- u) Program lekowy – Leczenie przetoczeniami Immunoglobulin w Chorobach Neurologicznych;
- v) Program lekowy - Leczenie pacjentów z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego (WZJG);
- w) Program lekowy – Leczenie atypowego zespołu hemolityczno – mocznicowego (AHUS);

- x) Program lekowy – Leczenie rdzeniowego zaniku mięśni;
- y) Program lekowy – Leczenie pediatrycznych chorych na pierwotną małopłytkowość immunologiczną.

3) ambulatoryjnej opieki specjalistycznej:

- a) świadczenia w zakresie audiologii i foniatry (diagnostyka poza pakietem onkologicznym);
- b) świadczenia w zakresie audiologii i foniatry (diagnostyka onkologiczna);
- c) świadczenia w zakresie chirurgii dziecięcej (diagnostyka poza pakietem onkologicznym);
- d) świadczenia w zakresie chirurgii dziecięcej (diagnostyka onkologiczna);
- e) świadczenia w zakresie endokrynologii dla dzieci (diagnostyka poza pakietem onkologicznym);
- f) świadczenia w zakresie endokrynologii dla dzieci (diagnostyka onkologiczna);
- g) świadczenia w zakresie gastroenterologii dla dzieci (diagnostyka poza pakietem onkologicznym);
- h) świadczenia w zakresie gastroenterologii dla dzieci (diagnostyka onkologiczna);
- i) świadczenia w zakresie gruźlicy i chorób płuc dla dzieci (diagnostyka poza pakietem onkologicznym);
- j) świadczenia w zakresie gruźlicy i chorób płuc dla dzieci (diagnostyka onkologiczna);
- k) świadczenia w zakresie nefrologii dla dzieci (diagnostyka poza pakietem onkologicznym);
- l) świadczenia w zakresie nefrologii dla dzieci (diagnostyka onkologiczna);
- m) świadczenia w zakresie okulistyki dla dzieci (diagnostyka poza pakietem onkologicznym);
- n) świadczenia w zakresie okulistyki dla dzieci (diagnostyka onkologiczna);
- o) świadczenia w zakresie onkologii i hematologii dziecięcej (diagnostyka poza pakietem onkologicznym);
- p) świadczenia w zakresie onkologii i hematologii dziecięcej (diagnostyka onkologiczna);
- q) świadczenia w zakresie neurologii dziecięcej (diagnostyka poza pakietem onkologicznym);
- r) świadczenia w zakresie neurologii dziecięcej (diagnostyka onkologiczna);

- s) świadczenia w zakresie otolaryngologii dziecięcej (diagnostyka poza pakietem onkologicznym);
- t) świadczenia w zakresie otolaryngologii dziecięcej (diagnostyka onkologiczna);
- u) świadczenia w zakresie ginekologii dla dziewcząt (diagnostyka poza pakietem onkologicznym);
- v) świadczenia w zakresie ginekologii dla dziewcząt (diagnostyka onkologiczna);
- w) świadczenia w zakresie dermatologii i wenerologii (diagnostyka poza pakietem onkologicznym);
- x) świadczenia w zakresie dermatologii i wenerologii (diagnostyka onkologiczna);
- y) świadczenia w zakresie neurologii dziecięcej (w tym świadczenia pierwszorazowe);
- z) świadczenia w zakresie endokrynologii dla dzieci (w tym świadczenia pierwszorazowe);
- aa) świadczenia w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu dla dzieci (w tym świadczenia zabiegowe, nagłe, pierwszorazowe);
- bb) świadczenia w zakresie kardiologii dziecięcej (w tym świadczenia pierwszorazowe).

4) świadczenia ambulatoryjne kosztochłonne:

- a) badania endoskopowe przewodu pokarmowego – gastroskopia;
- b) badania rezonansu magnetycznego;
- c) badania tomografii komputerowej;

II. Zakresy poza systemem podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej:

1) Zakresy ze świadczeń odrębnie kontraktowanych:

- 1) dializoterapia otrzewnowa;
- 2) żywienie dojelitowe w warunkach domowych;

2) Zakresy z rehabilitacji leczniczej:

- 1) lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna;
- 2) fizjoterapia ambulatoryjna;

3) Zakresy z podstawowej opieki zdrowotnej:

- 1) świadczenia lekarza POZ;
- 2) świadczenia pielęgniarki POZ;

4) Zakresy leczenia stomatologicznego:

- 1) świadczenia ogólnostomatologiczne udzielane w znieczuleniu ogólnym;

5) Zakresy w opiece psychiatrycznej:

- 1) świadczenia dzienne psychiatryczne rehabilitacyjne dla dzieci i młodzieży;
- 2) świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dzieci i młodzieży;

6) Zakresy w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej:

- 1) świadczenia w zakresie neurochirurgii dla dzieci (w tym diagnostyka onkologiczna);
- 2) świadczenia w zakresie pediatrii.

7) Zakresy szpitalne:

- 1) urologia dziecięca – hospitalizacja.

ROZDZIAŁ VI

MIEJSCE UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

§ 18

1. Miejscem udzielania stacjonarnych i całodobowych świadczeń szpitalnych oraz ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych są pomieszczenia podmiotu leczniczego zlokalizowane przy ul. Waszyngtona 17 w Białymstoku.
2. W przypadku konieczności ratowania zdrowia lub życia personel medyczny Szpitalnego Oddziału Ratunkowego lub Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii Dzieci i Młodzieży z Pododdziałem Pooperacyjnym i Leczenia Bólu może udzielać świadczeń zdrowotnych na terenie podmiotu leczniczego, poza jego budynkami.
3. Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne w ramach POZ/NŚOZ w uzasadnionych przypadkach mogą być również udzielane w miejscu zamieszkania/pobytu pacjenta.

ROZDZIAŁ VII

PRZEBIEG PROCESU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Zasady ogólne udzielania świadczeń zdrowotnych

§ 19

Podmiot leczniczy udziela świadczeń zdrowotnych bezpłatnie, za częściową odpłatnością lub odpłatnie na zasadach określonych w ustawie o działalności leczniczej, w przepisach odrębnych, w niniejszym Regulaminie lub w umowie cywilnoprawnej z podmiotem zlecającym.

§ 20

1. Świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych udzielane są:
 - 1) osobom ubezpieczonym objętym powszechnym- obowiązkowym lub dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym;
 - 2) osobom nieobjętym ubezpieczeniem zdrowotnym, a uprawnionym do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych na podstawie odrębnych przepisów;
 - 3) bezpłatnie, niezależnie od uprawnień z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego udziela się świadczeń zdrowotnych związanych z ciążą, porodem i porodem lub osobom, które nie ukończyły 18 roku życia.
2. Świadczenia zdrowotne odpłatne udzielane są:
 - 1) osobom nieubezpieczonym - nieobjętym ubezpieczeniem zdrowotnym i nie wymienionym w ust.1,
 - 2) na zlecenie pacjenta - na podstawie obowiązującego Cennika usług medycznych, wprowadzonego odrębnym Zarządzeniem Dyrektora;
 - 3) na zlecenie innych podmiotów na podstawie zawartych umów.

§ 21

1. Świadczenia zdrowotne udzielane są wyłącznie przez osoby wykonujące zawody medyczne oraz przez wolontariuszy spełniających wymagania określone w odrębnych przepisach.
2. Niedopuszczalne jest udzielanie świadczeń zdrowotnych osobom niebędącym pacjentami podmiotu leczniczego, a także pacjentom podmiotu leczniczego przez osoby wykonujące zawody medyczne w imieniu własnym i za odpłatnością.

§ 22

1. Podmiot leczniczy może udzielać zamówienia na udzielanie w określonym zakresie świadczeń zdrowotnych, podmiotowi wykonującemu działalność leczniczą lub osobie legitymującej się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny.
2. Szczegółowe zasady udzielania zamówienia na świadczenia zdrowotne określa ustawa o działalności leczniczej a umowa poprzedzona postępowaniem konkursowym między podmiotem leczniczym a przyjmującym zamówienie ustala realizowanie/wykonywanie świadczeń zdrowotnych.

§ 23

Podmiot leczniczy w oparciu o zawarte umowy ze sponsorami i badaczami, prowadzi badania kliniczne zgodnie z postanowieniami obowiązującego prawa. Na takich samych zasadach mogą być prowadzone w komórkach organizacyjnych podmiotu leczniczego eksperymenty lecznicze.

Odstąpienie od leczenia i odmowa przyjęcia

§ 24

1. Lekarz ma obowiązek udzielania pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki.
2. Lekarz może nie podjąć lub odstąpić od leczenia pacjenta, o ile nie zachodzi przypadek, o którym mowa w ust. 1.
3. W przypadku podjęcia przez lekarza decyzji o odstąpieniu od leczenia, ma on obowiązek:
 - 1) uprzedzić o tym fakcie pacjenta (jego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego) z odpowiednim wyprzedzeniem;
 - 2) wskazać realne możliwości uzyskania tego świadczenia u innego lekarza lub w innym podmiocie leczniczym;
 - 3) uzasadnić i odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej pacjenta.

4. Jeżeli lekarz wykonuje swój zawód na podstawie stosunku pracy, może nie podjąć lub odstąpić od leczenia, jeżeli istnieją poważne ku temu powody, po uzyskaniu uprzedniej zgody przełożonego.

**Zapewnienie właściwej dostępności i jakości świadczeń zdrowotnych
w podmiocie leczniczym**

§ 25

1. W UDSK w Białymstoku świadczenia zdrowotne udzielane są w trybie odpowiadającym potrzebom zdrowotnym pacjentów, zgodnie z określonym porządkiem oraz w ramach procedury zapewniającej pacjentom sprawiedliwy, równy, niedyskryminujący i przejrzysty dostęp do stacjonarnych i całodobowych oraz ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych, w tym także w zakresie świadczeń wysokospecjalistycznych. Szczegóły w tym zakresie ustalane są zarządzeniami wewnętrznym dyrektora zgodnie z aktualnymi przepisami i podawane do ogólnej wiadomości.
2. Potrzeby zdrowotne pacjentów kwalifikuje się, jako:
 - 1) przypadek nagły, kiedy stwierdza się u pacjenta stan polegający na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała lub utrata życia, wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia;
 - 2) przypadek pilny, który stwierdza się u pacjenta, jeżeli istnieje konieczność pilnego udzielenia świadczenia ze względu na dynamikę procesu chorobowego i możliwość szybkiego pogorszenia stanu zdrowia lub znaczącego zmniejszenia szans na powrót do zdrowia;
 - 3) przypadek stabilny, który stwierdza się u pacjenta w przypadku innym niż przypadek nagły i przypadek pilny.

§ 26

Kolejność udzielenia świadczeń zdrowotnych ustalana jest na podstawie opartych na aktualnej wiedzy medycznej kryteriów medycznych, przy czym świadczenia udzielane są pacjentom:

- 1) w przypadku nagłym- niezwłocznie przez Szpitalny Oddział Ratunkowy oraz w razie potrzeby, przez inne medyczne komórki organizacyjne Szpitala (AOS), przy czym w razie braku możliwości udzielania świadczeń zdrowotnych z przyczyn leżących po stronie podmiotu leczniczego lub w związku z wystąpieniem okoliczności niezawinionych przez podmiot leczniczy, w przypadku stanu nagłego, zapewnia się udzielenie świadczeń zdrowotnych przez innego świadczeniodawcę;
- 2) w przypadku pilnym i stabilnym – według kolejności zgłoszenia pacjenta, w dniach i godzinach ich udzielania przez Szpital i AOS.

§ 27

1. W UDSK w Białymstoku świadczeń udziela się według ustalonej kolejności w dniach i godzinach ich udzielania.
2. Poza kolejnością przyjmowani są pacjenci w stanie zagrożenia życia lub po wypadku, zatruciu, urazie.
3. Rejestracja pacjentów odbywa się w każdej formie tj. osobiście, za pośrednictwem członków rodziny lub osób trzecich, telefonicznie z wyznaczeniem dnia i godziny realizacji świadczenia zdrowotnego, elektronicznie na stronie internetowej udostępnionej przez Szpital.
4. W razie zmiany stanu zdrowia pacjenta, wskazującego na potrzebę wcześniejszego lub późniejszego niż w ustalonym terminie udzielenia świadczenia, pacjent /opiekun prawny/faktyczny ma możliwość wnioskowania o zmianę kolejności udzielenia świadczenia.
5. W razie wystąpienia okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili ustalania terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, a które uniemożliwiają zachowanie terminu wynikającego z listy oczekujących, podmiot leczniczy informuje pacjenta w każdy dostępny sposób o zmianie terminu i przyczynie zmiany. Przepis ten dotyczy również przypadku zmiany terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej na wcześniejszy.

6. Pacjent jest zobowiązany do niezwłocznego powiadomienia podmiotu leczniczego o niemożności stawienia się w wyznaczonym terminie.
7. W przypadku powzięcia informacji przez Szpital o niemożności stawienia się w wyznaczonym terminie, na wniosek pacjenta / opiekuna prawnego/faktycznego wyznaczany jest kolejny termin.
8. W razie przekazania informacji o rezygnacji pacjenta z zaplanowanego udzielenia świadczenia lub niepoinformowania przez pacjenta o niemożności stawienia się w wyznaczonym terminie, pacjent traci miejsce na liście.
9. Niedopuszczalne jest odstępowanie lub zamiana miejsc na listach oczekujących nawet na wniosek pacjentów.

§ 28

1. Przyjęcia planowe do Szpitala odbywają się w trybie odpowiadającym potrzebom zdrowotnym pacjentów (pilny/stabilny), według określonego porządku i na zasadach szczegółowo określonych w przepisach dotyczących prowadzenia harmonogramów oczekujących na świadczenia opieki zdrowotnej.
2. Dla świadczeniobiorców objętych diagnostyką onkologiczną Szpital prowadzi odrębną listę oczekujących, która nie podlega przepisom o których mowa w ust. 1.
3. Pacjentów zakwalifikowanych do kategorii medycznej "przypadek pilny" umieszcza się w harmonogramie przyjęć przed pacjentami zakwalifikowanymi do kategorii medycznej "przypadek stabilny".
4. W przypadku pilnym pacjent winien być skonsultowany w dniu zgłoszenia lub do 3 dni roboczych przez właściwego lekarza (tj. lekarza o danej specjalności upoważnionego do czynności przez ordynatora oddziału lub kierownika medycznej komórki organizacyjnej).
5. Pacjentów, którzy wymagają okresowego, w ściśle ustalonych terminach, wykonywania kolejnych etapów leczenia, przyjmuje się w celu udzielenia świadczenia zgodnie z planem leczenia, nie ujmując ich w harmonogramach przyjęć.
6. W każdym momencie procesu ustalania potrzeb zdrowotnych pacjenta i ich kategoryzacji, pracownicy podmiotu leczniczego, powziawszy informację o nagłym pogorszeniu się stanu zdrowia pacjenta, kwalifikującym się do stwierdzenia stanu nagłego, kierują pacjenta do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego celem niezwłocznego udzielenia świadczenia.

§ 29

Harmonogram przyjęć stanowi integralną część dokumentacji medycznej prowadzonej przez podmiot leczniczy.

Leczenie stacjonarne

§ 30

Przyjęcie chorego do leczenia stacjonarnego może nastąpić w trybie:

- 1) planowym;
- 2) nagłym;
- 3) w przypadku zdarzeń mnogich/masowych/katastrof.

§ 31

Chory po przybyciu do Szpitala zgłasza się do Punktu Przyjęć Planowych w przypadku planowego przyjęcia lub do Rejestracji Pacjentów - Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w pozostałych przypadkach.

§ 32

1. W przypadku planowego przyjęcia chorego do leczenia stacjonarnego o hospitalizacji decyduje kierownik komórki medycznej (kierownik kliniki/ordynator oddziału) lub upoważnieni przez kierownika lekarze z zespołu.
2. W przypadkach przyjęcia chorego w trybie nagłym, lekarz SOR (zgodnie z Regulaminem wewnętrznym dotyczącym organizacji pracy w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym) po ustaleniu stanu pacjenta i rodzaju schorzenia, decyduje o:
 - 1) kwalifikacji pacjenta do leczenia stacjonarnego i kieruje do właściwej kliniki/oddziału po porozumieniu się z jego lekarzem kierującym lub lekarzem dyżurnym;
 - 2) braku podstaw do leczenia stacjonarnego;
 - 3) przekazaniu pacjenta do innego podmiotu leczniczego, w sytuacji, gdy umieszczenie pacjenta w Szpitalu nie jest możliwe z powodu: braku miejsca, niewystarczającego zakresu świadczeń udzielanych przez Szpital, względów epidemiologicznych. Przed przekazaniem lekarz SOR zobowiązany jest do udzielenia niezbędnej pomocy pacjentowi i określenia sposobu wykonania transportu pacjenta. Przekazanie odbywa się za zgodą pacjenta lub jego opiekuna

- prawnego/faktycznego, w porozumieniu z lekarzem kierującym lub lekarzem dyżurnym podmiotu leczniczego, do którego kierowany będzie pacjent.
3. W przypadku katastrof lub innego zdarzenia o charakterze masowym obowiązuje tryb przyjęć oparty o zasadę segregacji ofiar katastrofy, w zależności od oceny ich stanu zdrowia. Personel SOR koordynuje i odpowiada za przygotowanie do przyjęcia ofiar katastrof, to jest za powiadomienie lekarzy dyżurnych specjalności niezbędnych do diagnostyki i wdrożenia leczenia chorych, przygotowanie leków, zestawów narzędzi i sprzętu niezbędnego do udzielenia pomocy medycznej w stanie zagrożenia życia, powiadomienie personelu bloku operacyjnego o konieczności przygotowania sal operacyjnych.
 4. Do chwili przybycia Dyrektora Naczelnego /Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa czynności, o których mowa w ust. 3 należą do Lekarza Naczelnego Szpitala oraz lekarza dyżurnego SOR, zgodnie z obowiązującym algorytmem postępowania w SOR/CUD UDSK w przypadku zdarzenia o charakterze masowym/katastrofy

Procedura przyjmowania pacjenta do leczenia stacjonarnego w trybie planowym

§ 33

Procedura ma zapewnić prawidłowe funkcjonowanie Punktu Przyjęć Planowych w zakresie obsługi pacjenta zgłaszającego się w trybie planowym ze skierowaniem do kliniki/ oddziału UDSK.

Ustala się następujące zasady postępowania:

1. W przeddzień zgłoszenia się pacjenta do UDSK, sekretarka medyczna/ rejestratorka medyczna kliniki, do której ma zostać przyjęty pacjent potwierdza telefonicznie hospitalizację pacjenta oraz pobiera i wprowadza kod e-skierowania. Odznacza to w systemie CliniNET.
2. Listę potwierdzonych hospitalizacji pacjentów przekazuje do Punktu Przyjęć Planowych.
3. W dniu ustalonego terminu przyjęcia do docelowej kliniki/oddziału, chory zgłasza się do Punktu Przyjęć Planowych (na wyznaczoną godzinę), zlokalizowanego na parterze w pobliżu SOR-u. Przyjęcia planowe realizowane są w dni robocze w godz. 7.00-14.30 oraz w soboty, niedziele i święta w godz. 11.00-15.00.
4. Pacjent/ rodzic/ opiekun okazuje dokumenty, niezbędne do założenia dokumentacji medycznej:

- a) numer PESEL pacjenta,
 - b) kod e-skierowania/skierowanie do szpitala (jeżeli nie było dostarczone wcześniej),
 - c) w przypadku obcokrajowców – dokument potwierdzający prawo do bezpłatnych świadczeń,
 - d) dokument potwierdzający tożsamość rodzica/ opiekuna prawnego (dowód osobisty, prawo jazdy, paszport).
5. W trakcie zakładania historii pacjent/ rodzic/ opiekun podpisuje IC-penem zgody oraz upoważnienia:
- a) zgodę na hospitalizację,
 - b) oświadczenie o wyrażeniu (bądź nie wyrażeniu) zgody na udzielanie informacji o jego stanie zdrowia, udostępnianie dokumentacji medycznej, wyznaczenia osób do kontaktu oraz o poinformowaniu o przysługujących prawach i zapoznaniu się z Kartą Praw Pacjenta,
 - c) ankietę wstępnej kwalifikacji pacjenta,
6. Sanitariusz lub rejestratorka medyczna Punktu Przyjęć Planowych zakłada pacjentowi opaskę identyfikacyjną.
7. Następnie pacjent wraz z sanitariuszem SOR-u udaje się do odpowiedniej Kliniki/Oddziału.

Procedura przyjmowania pacjenta w trybie nagłym

§ 34

Procedura ma zapewnić prawidłowe funkcjonowanie SOR w zakresie obsługi pacjenta zgłaszającego się w trybie nieplanowym w stanie nagłego zagrożenia życia lub zdrowia.

Ustala się następujące zasady postępowania:

1. Pacjent zgłaszający się do SOR UDSK w trybie nieplanowym, podchodzi do domofonu SOR w celu przeprowadzenia wywiadu epidemiologicznego, po którym zostanie skierowany do Obszaru Segregacji Medycznej, Rejestracji i Przyjęć lub Obszaru Izolacji (tzw. krótkotrwałej – dotyczy przypadków podejrzenia choroby zakaźnej).
2. W przypadku pacjentów podejrzanych o infekcję SARS-CoV-2, osoba wykonująca procedurę TRIAGE pobiera wymaz (u dzieci powyżej pierwszego roku życia, u dzieci

- młodszych – lekarz). Wyboru rodzaju testu i zlecenie testu w systemie dokonuje lekarz. SOR. Osoba prowadząca triage pobiera także bilet z automatu wraz z indywidualnym numerem pacjenta).
3. Test w kierunku SARS-CoV-2 jest przeprowadzany w obszarze izolacyjnym SOR, a o dalszym postępowaniu z pacjentem decyduje lekarz SOR.
 4. Po wejściu pacjenta (nie podejrzanego o zakażenie chorobą zakaźną) do oddziału, pobiera on bilet z automatu wraz z indywidualnym numerem pacjenta i oczekuje na wezwanie do rejestracji. Następnie pacjent jest rejestrowany w systemie informatycznym i przekazany do osoby prowadzącej triage.
 5. Wyjątek stanowią pacjenci zakwalifikowani do najwyższej kategorii (kolor czerwony) w procedurze triage, w przypadku których rejestracja jest prowadzona równoległe z procesem segregacji medycznej.

TRIAGE

6. Pacjenci poddawani są segregacji medycznej, w przebiegu której ich stan zdrowia jest oceniany pod względem ustalenia priorytetu udzielania im świadczeń zdrowotnych i przypisania do jednej z kategorii stopnia pilności udzielania świadczenia. System segregacji należy do obowiązków pielęgniarki, ratownika medycznego lub lekarza systemu, którzy przeprowadzają wywiad medyczny i zbierają dane służące ocenie stanu zdrowia pacjenta.
 7. Pielęgniarka/ratownik medyczny/lekarz oceniają stan pacjenta i określają stopień pilności badania lekarskiego na podstawie:
 - a) wywiadu, wzrokowej oceny pacjenta, wykonanych pomiarów parametrów życiowych,
 - b) w zależności od stwierdzonego problemu medycznego: wykonania pomiaru temperatury ciała, ciśnienia tętniczego, tętna, saturacji, EKG, liczby oddechów, glikemii, wagi ciała, skali świadomości Glasgow, skali bólu.
- Powyższe czynności dokumentują w Karcie segregacji medycznej (wersja elektroniczna).
8. W wyniku segregacji medycznej po przeanalizowaniu zgłaszanych dolegliwości i wartości wybranych parametrów medycznych, pacjent zostanie zakwalifikowany do jednej z 5 kategorii, z różnym czasem oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem (od pomocy natychmiastowej – kategoria czerwona do kategorii niebieskiej,

świadczącej o braku stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego, w której pomoc medyczna może być odroczone do 240 minut).

9. Pacjent i jego rodzic/ opiekun zostanie poinformowany o przydzielonej mu kategorii oraz o przewidywanym czasie oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem SOR. W obszarze segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć umieszczone są wyświetlacze, na których przedstawiona jest informacja o liczbie osób oczekujących na przyjęcie i przewidywanym średnim czasie oczekiwania w poszczególnych kategoriach:

CZERWONY – pomoc natychmiastowa – pacjenci wymagający natychmiastowej stabilizacji podstawowych czynności życiowych, będący w bezpośrednim stanie zagrożenia życia.

POMARAŃCZOWY - pomoc bardzo pilna, czas oczekiwania na badanie do 10 minut –pacjenci z wysokim ryzykiem bezpośredniego zagrożenia życia.

ŻÓŁTY – pomoc pilna, czas oczekiwana na badanie do 60 minut.

ZIELONY – pomoc odroczone, czas oczekiwania na badanie do 120 min.

NIEBIESKI – pomoc odroczone, czas oczekiwania na badanie do 240 min.

10. Podany czas oczekiwania będzie czasem tylko przybliżonym i zależnym od liczby pacjentów, a przede wszystkim od tego, czy stan zdrowia pacjenta wymaga natychmiastowego udzielania pomocy. Pacjent, u którego będą występowały objawy mogące sugerować bezpośrednie zagrożenia życia i zdrowia, zawsze będzie priorytetem dla personelu medycznego SOR-u.

POSTĘPOWANIE Z PACJENTEM SKIEROWANYM DO POZ LUB NŚOZ

11. W przypadku zakwalifikowania pacjenta do kategorii zielonej lub niebieskiej lekarz/pielęgniarka/ratownik medyczny odpowiedzialni za triage informują pacjenta i jego rodziców/opiekunów o ewentualnej możliwości zgłoszenia się do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej albo do nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej (od poniedziałku do piątku w godz. 18.00 - 8.00 dnia następnego oraz całodobowo od godz. 8.00 w soboty, niedziele i inne dni wolne od pracy):

- pobyt pacjenta w SOR kończy lekarz wpisem – „Po procedurze triage ustalono 4/5 kategorię pilności – pacjenta skierowano do POZ/NŚOZ”, wypisując pacjenta z SOR. Procedura jest wówczas rozliczana, jako opieka pielęgniarska (pacjenta nie jest badany przez lekarza). Wypisu pacjenta w systemie CliniNET dokonuje lekarz. Karę triage należy załączyć do systemu CliniNET.

12. W przypadku decyzji pacjenta o pozostaniu w SOR, informację o nieprzyjęciu decyzji o skierowaniu do miejsc udzielania świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, lekarz umieszcza się w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta SOR w systemie CliniNET.

POSTĘPOWANIE Z PACJENTEM ZE SKIEROWANIEM DO KLINIKI/ODDZIAŁU

13. Pacjenci zgłaszający się do SOR ze skierowaniem do konkretnej kliniki/oddziału jest rejestrowany w SOR, po tym poddawany procedurze triage. Następnie osoba przeprowadzająca procedurę triage kontaktuje się z lekarzem SOR w celu poinformowania o zgłoszeniu się pacjenta i z lekarzem kliniki/oddziału, do którego kierowany jest pacjent.
14. W sytuacji, w której pacjent posiada skierowanie do oddziału pediatrycznego lekarz dyżurny SOR/lekarz pediatra, podejmuje decyzję o klinice/oddziale, do którego kieruje pacjenta biorąc pod uwagę problem medyczny.
15. Lekarz dyżurny kliniki/oddziału podejmuje decyzję o hospitalizacji przyjmując pacjenta do kliniki/oddziału lub o odmowie hospitalizacji wystawiając:
- kartę odmowy hospitalizacji z podaniem przyczyny odmowy i ewentualnym ustaleniem terminu hospitalizacji, w sytuacji, kiedy pacjent nie wymaga pomocy innego specjalisty w ocenie lekarza udzielającego odmowy (obowiązuje karta odmowy hospitalizacji EDM, podpisana EPUE, wypisanie recepty i wydana pacjentowi),
 - odmowę hospitalizacji w formie konsultacji wpisując przyczynę odmowy hospitalizacji i dokładne zalecenia w sytuacji, kiedy pacjent wymaga pomocy innego specjalisty – wówczas decyzję ostateczną podejmuje lekarz SOR.
16. Odmowa przyjęcia dziecka do Szpitala wymaga uprzedniej konsultacji z kierownikiem kliniki/oddziału, do którego dziecko miało być przyjęte, albo z jego zastępcą, albo lekarzem kierującym tym oddziałem w rozumieniu art. 49 ust. 7 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Wynik tej konsultacji należy odnotować w dokumentacji medycznej.
17. Konsultacja z kierownikiem kliniki/oddziału nie jest wymagana w przypadku, gdy dziecko zgłasza się do SOR lub ze skierowaniem do klinik/oddziałów zabiegowych

tylko w celu zaopatrzenia urazu i nie wymaga pozostania na obserwacji w Szpitalu, a rodzice nie kwestionują dalszego trybu leczenia w warunkach ambulatoryjnych.

18. W sytuacji, kiedy rodzic/opiekun nie wyraża zgody na hospitalizację w klinice/oddziale, do którego skierowany jest pacjent, decyzję o hospitalizacji w innej komórce lub odmowie hospitalizacji podejmuje lekarz dyżurny SOR.
19. W sytuacji, kiedy odmowa hospitalizacji wynika z decyzji pacjenta/rodzica/opiekuna, lekarz, który wystawia kartę odmowy hospitalizacji dodatkowo odbiera od pacjenta dokument potwierdzający brak zgody na hospitalizację, podpisany IC-PEN-em (dokument w wersji elektronicznej stanowi element indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta).
20. Pacjent ze skierowaniem do szpitala lub oddziału, który nie wymaga hospitalizacji otrzymuje kartę odmowy zawierającą wyniki wszystkich wykonanych badań i konsultacji oraz tryb wypisu, wystawioną przez lekarza dyżurnego oddziału, do którego wystawione jest skierowanie.

POSTĘPOWANIE Z PACJENTEM ZGŁASZAJĄCYM SIĘ DO SOR BEZ SKIEROWANIA

21. Na podstawie przeprowadzonego triage, lekarz SOR podejmuje decyzję o skierowaniu pacjenta do:
 - odpowiedniej kliniki/ oddziału (postępowanie zgodne z pkt.16-20)
 - w przypadku braku miejsc w klinikach/ oddziałach, pacjent może zostać skierowany do obszaru obserwacji SOR,
 - POZ lub NŚOZ (kolor zielony i niebieski)
22. Pacjent bez skierowania zgłaszający się do SOR, nie wymagający hospitalizacji, otrzymuje Kartę odmowy przyjęcia do szpitala.

PACJENCI PRZETRANSPORTOWANI PRZEZ ZRM

23. Zespoły ratownictw
24. a medycznego, jednostki współpracujące z systemem Państwowego Ratownictwa Medycznego, zespoły wyjazdowe w ramach zabezpieczenia medycznego imprez masowych, lotnicze zespoły poszukiwawczo-ratownicze oraz podmioty realizujące transport sanitarny przywożąc pacjenta do SOR UDSK pobierają bilet z oznaczeniem czasu przybycia do SOR wraz z indywidualnym numerem pacjenta.
25. Postępowanie zgodnie z pkt. 22-23.

26. Brak możliwości odebrania pisemnej zgody pacjenta powyżej 16 r. ż. lub jego ustawowego przedstawiciela na hospitalizację może zaistnieć w przypadku braku kontaktu/ciężkiego stanu pacjenta/w razie konieczności wykonania natychmiastowego zabiegu leczniczego/ braku obecności rodzica/ przedstawiciela ustawowego. W tej sytuacji 2 lekarzy podejmuje decyzję o rozpoczęciu procesu leczenia. Należy odnotować ten fakt w historii choroby i powiadomić pielęgniarkę dyżurną docelowej kliniki/oddziału, na który trafił pacjent. Do uzyskania podpisu oraz zgody na leczenie z chwilą przybycia rodzica/ opiekuna ustawowego zobowiązuje się lekarza dyżurnego kliniki/oddziału, kierownika kliniki/oddziału lub lekarza prowadzącego w klinice/oddziale, do którego pacjent został przyjęty.

27. W przypadku gdy nie są znane dane osobowe pacjenta (pacjent NN):

- a) pacjenta, którego tożsamości nie można ustalić przy przyjęciu do szpitala, zaopatruje się w znak identyfikacyjny zawierający oznaczenie „NN” oraz dodatkowe, ewentualne oznaczenie numeryczne, umożliwiające identyfikację pacjenta do czasu ustalenia jego tożsamości,
- b) pacjentowi, który potrzebuje natychmiastowego udzielenia świadczenia zdrowotnego ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia, udziela się natychmiastowo świadczenia medycznego,
- c) po potwierdzeniu tożsamości pacjenta, należy założyć nowy identyfikator i zamieścić adnotację w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta,
- d) niezwłocznie powiadomić Policję oraz Pracownika Socjalnego UDSK (w dni robocze).

Zalecenia i reguły związane z przyjęciem/pobytem w Szpitalu

§ 35

1. Podczas przyjęcia do Szpitala pacjent/rodzic/opiekun prawny obowiązany jest przedstawić:
 - 1) skierowanie do Szpitala wraz z posiadaną dokumentacją medyczną i wynikami badań zleconych przez lekarza kierującego;
 - 2) dowód osobisty lub inny dokument potwierdzający tożsamość pacjenta (w przypadku pacjentów powyżej 18 roku życia);
 - 3) PESEL dziecka, jeżeli dziecko jest obywatelem polskim;

- 4) oświadczenie o przysługującym świadczeniobiorcy prawie do świadczeń opieki zdrowotnej składane przez przedstawiciela ustawowego albo opiekuna prawnego lub faktycznego, w przypadku braku potwierdzenia ubezpieczenia przez portal EWUŚ, a rodzic/opiekun prawny:
 - a) potwierdza, że dziecko jest ubezpieczone- rodzic/opiekun prawny lub faktyczny wypełnia ww. oświadczenie, zaznaczając formę ubezpieczenia i podpisuje;
 - b) jest obywatelem polskim i mieszka na terenie Polski i potwierdza brak ubezpieczenia, a dziecko jest obywatelem polskim i posiada PESEL – rodzic/opiekun prawny lub faktyczny wypełnia ww. oświadczenie zaznaczając, że jest osobą nieubezpieczoną;
 - 5) Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ) - uprawnia tylko do przyjęć w przypadkach nagłych, – jeżeli dziecko przebywa za granicą na terenie Unii Europejskiej;
 - 6) Certyfikat tymczasowo zastępujący EKUZ, wydawany dla kontynuowania pobytu w Polsce – uprawnia tylko do przyjęć w przypadkach nagłych- jeżeli dziecko przebywa za granicą na terenie Unii Europejskiej;
 - 7) dokument potwierdzający ubezpieczenie rodzica/opiekuna prawnego lub faktycznego (nie może to być dokument ubezpieczenia prywatnego)– w przypadku, kiedy dziecko nie ma PESEL, natomiast jest obywatelem polskim i zamieszkuje na terenie Polski;
 - 8) poświadczenie potwierdzające prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej wydawane:
 - a) osobie ubezpieczonej i członkom rodziny mieszkającej w Polsce, a ubezpieczonym w innym kraju Unii Europejskiej;
 - b) mieszkającym w Polsce członkom rodziny osoby, która jest ubezpieczona i mieszka w innym kraju Unii Europejskiej;
 - 9) Formularz E 112 – dla studentów (dotyczy również poradni POZ);
 - 10) Karta Polaka – (dotyczy również poradni POZ).
2. Pacjent w szpitalu może korzystać z własnej odzieży osobistej typu pidżama, obuwie. W przypadku braku asortyment ten zabezpieczony jest przez Szpital.
 3. Odzież i obuwie zewnętrzne pacjent powinien przekazać rodzinie lub do magazynu odzieży za pokwitowaniem.

4. Posiadane przedmioty wartościowe po odpowiednim udokumentowaniu pacjent może przekazać do zabezpieczenia w depozycie Szpitala. Szpital nie ponosi odpowiedzialności materialnej za przedmioty wartościowe pacjenta, jeżeli nie zostały oddane do depozytu.
5. Sposób prowadzenia depozytu przedmiotów wartościowych oraz magazynu odzieży w Szpitalu określa procedura zabezpieczenia wartościowych przedmiotów należących do pacjentów oraz przechowywania rzeczy pacjenta w magazynie odzieży.
6. Pracownik przyjmuje od pacjenta i/lub opiekuna prawnego/faktycznego pisemną zgodę na hospitalizację.
7. Pacjent/ opiekun ustawowy/faktyczny otrzymuje informację o zabezpieczeniu jego danych osobowych- potwierdza tę informację podpisem na stosownym oświadczeniu w dokumentacji medycznej.
8. Opiekun prawny/faktyczny pacjenta wskazuje osoby upoważnione do udostępniania dokumentacji medycznej oraz wskazuje osoby upoważnione do informowania o stanie zdrowia pacjenta, dane te potwierdza własnoręcznym podpisem.
9. W przypadku wyrażania woli przez opiekuna prawnego/faktycznego pacjenta ustnie, fakt ten dokumentowany jest w dokumentacji medycznej i potwierdzony pieczętką i podpisem lekarza.
10. Pacjent wraz z opiekunem prawnym/faktycznym pod opieką uprawnionego pracownika, kierowany jest do oddziału zgodnie ze skierowaniem lekarza i specyfiką schorzenia.
11. W trakcie przyjęcia do Szpitala w trybie planowym, pracownik Punktu Przyjęć Planowych pozyskuje dane przyjmowanego pacjenta wprowadzone wcześniej przez klinikę/oddział, do którego kwalifikowany jest pacjent. Rejestratorka Punktu Przyjęć Planowych potwierdza fakt zgłoszenia się pacjenta w systemie informatycznym Szpitala.
12. W trakcie przyjęcia do Szpitala w trybie nagłym uprawniony personel SOR pozyskuje od pacjenta dane pozwalające na identyfikację pacjenta w systemie ruchu chorych oraz niezbędne do realizacji i dokumentowania świadczeń medycznych:
 - 1) nazwisko i imię (imiona);
 - 2) data urodzenia;
 - 3) oznaczenie płci;
 - 4) adres zamieszkania;

- 5) numer PESEL, jeżeli został nadany, w przypadku noworodka – numer PESEL matki, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość.
 - 6) jeżeli nie jest możliwe ustalenie tożsamości pacjenta, w dokumentacji dokonuje się oznaczenia: „NN”, płeć, okoliczności przyjęcia wraz z numerem księgi głównej. Kolejne osoby „NN” przyjmowane w trakcie doby oznacza się kolejnymi cyframi rzymskimi.
 - 7) pacjent wpisywany jest do ewidencji szpitala- Księga Główna Przyjęć
13. Pacjenci zaopatrywani są w znaki tożsamości w postaci opasek z tworzywa sztucznego, zakładanych na nadgarstek, na których są zapisywane dane: nazwa komórki, dane osobowe zakodowane za pomocą kodu kreskowego.

Zasady przyjmowania pacjenta w klinice/oddziale

§ 36

1. Pacjent jest transportowany wraz z dokumentacją do kliniki/ oddziału pod opieką personelu Szpitalnego Oddziału Ratunkowego.
2. Pielęgniarka kliniki/oddziału docelowego sprawdza dane identyfikacyjne chorego oraz potwierdza wpisem w karcie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego odbiór pacjenta i jego dokumentacji - od tego momentu opiekę nad pacjentem sprawują pielęgniarki i lekarze kliniki/oddziału docelowego.
3. Kierownik/ordynator kliniki/ oddziału wyznacza dla każdego pacjenta lekarza odpowiedzialnego za bieżącą terapię, opiekę medyczną, informowanie o stanie pacjenta oraz bieżące prowadzenie jego dokumentacji medycznej. Wyznaczenie to może być dokonane poprzez przydział określonych sal chorych. Obejmując opiekę nad pacjentem lekarz zobowiązany jest przedstawić się imieniem i nazwiskiem oraz podać stanowisko służbowe.
4. Każdy lekarz kontaktujący się z pacjentem, zobowiązany jest do analogicznej procedury przedstawiania się, niezależnie od obowiązku noszenia identyfikatorów.
5. Pielęgniarka oddziałowa wyznacza dla każdego pacjenta pielęgniarkę opiekującą się nim w trakcie zmiany. Wyznaczenie to może być dokonane poprzez przydział określonych sal chorych.

6. Pielęgniarka sprawująca opiekę ma obowiązek przedstawić się imieniem i nazwiskiem.

§ 37

Personel Szpitala jest obowiązany zachować w tajemnicy wszystkie informacje uzyskane w czasie wykonywania swoich obowiązków służbowych.

Zasady uzyskiwania świadomej zgody pacjenta

§38

1. W Szpitalu obowiązują następujące zasady uzyskiwania świadomej zgody pacjenta na zabieg operacyjny lub zastosowanie metody leczenia lub diagnostyki stwarzającej podwyższone ryzyko dla pacjenta:
 - 1) lekarz może wykonać zabieg operacyjny lub zastosować metodę leczenia lub diagnostyki stwarzającej podwyższone ryzyko dla pacjenta po uzyskaniu jego pisemnej zgody na specjalnie w tym celu przygotowanych formularzach zawierających wyczerpujące informacje określające rodzaj i cel zabiegu, jego planowany przebieg oraz ryzyko i możliwości wystąpienia powikłań;
 - 2) przed wyrażeniem zgody przez pacjenta lekarz ma obowiązek udzielenia mu przystępnej informacji o możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu;
 - 3) lekarz może wykonać zabieg operacyjny lub zastosować metodę stwarzającą podwyższone ryzyko u pacjenta małoletniego, ubezwłasnowolnionego bądź niezdolnego do świadomego wyrażenia pisemnej zgody, po uzyskaniu zgody jego przedstawiciela ustawowego, a gdy pacjent nie ma przedstawiciela lub, gdy porozumienie się z nim nie jest możliwe- po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego. Jeżeli pacjent ukończył 16 lat wymagana jest także jego pisemna zgoda;
 - 4) jeżeli przedstawiciel ustawowy pacjenta małoletniego, ubezwłasnowolnionego bądź niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody nie zgadza się na wykonanie przez lekarza czynności wymienionych w pkt 1), a niezbędnych dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź

ciężkiego rozstroju zdrowia, lekarz może wykonać takie czynności, po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego;

- 5) lekarz może wykonać czynności, o których mowa w pkt 1), bez zgody przedstawiciela ustawowego pacjenta bądź bez zgody właściwego sądu opiekuńczego, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia. W takim przypadku lekarz ma obowiązek, o ile jest to możliwe, zasięgnąć opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności. O wykonywanych czynnościach lekarz niezwłocznie zawiadamia przedstawiciela ustawowego, opiekuna faktycznego lub sąd opiekuńczy;
- 6) o okolicznościach, o których mowa w pkt 3) do 5) lekarz dokonuje odpowiedniej adnotacji w dokumentacji medycznej pacjenta;
- 7) jeżeli w trakcie wykonywania zabiegu operacyjnego, metody leczniczej lub diagnostycznej wystąpią okoliczności, których nieuwzględnienie groziłoby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkim uszkodzeniem ciała lub ciężkim rozstrojem zdrowia, a nie ma możliwości uzyskać zgody pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego, lekarz ma prawo, bez uzyskania tej zgody, zmienić zakres zabiegu bądź metody leczenia lub diagnostyki w sposób umożliwiający uwzględnienie tych okoliczności. W takim przypadku lekarz ma obowiązek, o ile jest to możliwe, zasięgnąć opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności;
- 8) pacjent z dysfunkcją narządu wzroku lub ruchu wyraża zgodę w formie ustnej w obecności dwóch świadków poświadczających jego wolę. Świadkowie obowiązani są do złożenia w dokumentacji medycznej pacjenta podpisów potwierdzających fakt, że pacjent wyraził zgodę w formie ustnej. Świadkiem może zostać każda osoba bez względu na pokrewieństwo czy wykonywany zawód.

§ 39

1. Pacjentowi w trakcie pobytu w Szpitalu zapewnia się bezpłatne leki i materiały medyczne, jeżeli są one konieczne do wykonania świadczenia.
2. Pacjent ma prawo do konsultacji i badań diagnostycznych, jeżeli lekarz prowadzący stwierdzi istnienie wskazań do ich wykonania.

Przekazywanie pacjenta kolejnym zmianom

§ 40

Dla sprawnego funkcjonowania oddziałów codziennie w wyznaczonych godzinach odbywa się przekazanie pacjentów kolejnym zmianom lekarzy i pielęgniarek poprzez przekazywanie informacji o stanie zdrowia pacjentów oraz innych istotnych danych zawartych w raportach lekarskich i pielęgniarskich.

§ 41

1. Lekarze, przekazując pacjentów kolejnej zmianie przedstawiają istotne informacje o stanie zdrowia pacjentów, nowych przyjęciach do kliniki/oddziału, interwencjach lekarskich oraz innych istotnych zdarzeniach i podjętych działaniach podczas wykonywania obowiązków służbowych.
2. Obchód lekarski, podczas którego, w poszczególnych salach chorych, w obecności lekarzy kliniki/oddziału, lekarze prowadzący przedstawiają informacje o efektach i postępach leczenia poszczególnych pacjentów, odbywa się według harmonogramu ustalonego przez kierownika/ordynatora kliniki/oddziału uwzględniającego bieżące potrzeby. Obchód lekarski ma na celu konsultację przebiegu leczenia i jego efektów z kierownikiem kliniki/ordynatorem oddziału oraz innymi lekarzami. W konsultacji z innymi lekarzami ustalany jest dalszy przebieg leczenia, diagnostyka oraz ewentualne zmiany w procesie diagnostyczno- terapeutycznym.
3. Obchód lekarski nie może naruszać prawa pacjenta do intymności i godności osobistej, a także prawa do zachowania w tajemnicy informacji o pacjencie, w tym informacji o jego stanie zdrowia.

Zasady udzielania informacji o stanie zdrowia

§ 42

1. Lekarz, udziela informacji o stanie zdrowia pacjentowi, rodzicowi/opiekunowi prawnemu lub faktycznemu.

2. O stanie zdrowia ciężko chorych pacjentów bądź w przypadkach szczególnie uzasadnionych, lekarze udzielają informacji osobom upoważnionym/przedstawicielowi ustawowemu na bieżąco.
3. Pielęgniarka udziela informacji o stanie zdrowia pacjentowi lub osobie przez niego upoważnionej/przedstawicielowi ustawowemu w zakresie koniecznym do sprawowania opieki pielęgnacyjnej.
4. Lekarz lub upoważniona przez kierownika kliniki/ordynatora oddziału osoba jest zobowiązana zawiadomić bezzwłocznie wskazaną przez pacjenta osobę, instytucję lub przedstawiciela ustawowego w przypadku:
 - 1) przyjęcia bez jej wiedzy pacjenta małoletniego;
 - 2) przyjęcia pacjenta w stanie ciężkim, znacznego pogorszenia stanu zdrowia pacjenta;
 - 3) zaistnienia zagrożenia życia lub zgonu;
 - 4) przeniesienia pacjenta do innego podmiotu leczniczego.
5. Informacji o stanie zdrowia pacjentów nie udziela się, gdy nie jest możliwa jednoznaczna identyfikacja osoby, której informacja ma być przekazana. W takich przypadkach rodzic powinien uwiarygodnić swoją tożsamość, na przykład przez podanie danych o swoim dziecku, takich jak numer PESEL, data urodzenia bądź drugie imię i wówczas można udzielić informacji np. telefonicznie.

Przymus bezpośredni

§ 43

Zasady oraz sposób stosowania przymusu bezpośredniego wobec pacjentów określa *Procedura dotycząca zasad stosowania przymusu bezpośredniego*.

Zasady odwiedzin pacjentów w Szpitalu

§ 44

1. Informacje o godzinach odwiedzin umieszczone są przy wejściu do klinik/oddziałów w widocznym miejscu oraz na stronie internetowej Szpitala.

2. Osoby odwiedzające/ opiekunowie zobowiązani są podporządkować się wszelkim poleceniom i wskazówkom personelu szpitalnego.
3. Osoby odwiedzające pacjentów lub sprawujące nad nimi dodatkową opiekę obowiązane są przestrzegać następujących zakazów:
 - 1) wnoszenia i spożywania na terenie Szpitala napojów alkoholowych, palenia wyrobów tytoniowych oraz obrotu, posiadania i używania narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych i innych podobnie działających substancji. Obowiązuje zakaz wstępu na teren Szpitala dla osób odwiedzających pozostających pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych podobnych środków;
 - 2) uprawiania gier hazardowych;
 - 3) handlu obnośnego;
 - 4) wprowadzania zwierząt do budynku Szpitala;
 - 5) siadania na łóżkach chorych;
 - 6) robienia zdjęć i filmowania bez pisemnej zgody kierownika/ordynatora komórki medycznej.
4. Osoby odwiedzające pacjentów (za wyjątkiem sytuacji , w których Szpital ma prawo wprowadzić zakaz odwiedzin) lub sprawujące nad nim dodatkową opiekę pielęgnacyjną powinny poświęcać choremu swój czas i dbać o jego bezpieczeństwo.
5. Ze względów epidemiologicznych w sali chorych, podczas odwiedzin pacjenta, mogą przebywać z nim nie więcej niż dwie osoby. W sytuacjach szczególnych zasady odwiedzin pacjenta regulowane są doraźnymi zarządzeniami.
6. Informacji o stanie zdrowia pacjentów, udzielają lekarze wyłącznie osobom upoważnionym, tj. przedstawicielom ustawowym lub osobom wskazanym pisemnie przez pacjenta.
7. Lekarz nie może udzielić informacji o stanie zdrowia pacjenta, gdy nie jest możliwa jednoznaczna identyfikacja osoby, której informacja ma być przekazana. W takich przypadkach rodzic powinien uwiarygodnić swoją tożsamość, na przykład przez podanie danych o swoim dziecku, takich jak numer PESEL, data urodzenia bądź drugie imię i wówczas można udzielić informacji.
8. Kierownik komórki medycznej jest uprawniony do czasowego wstrzymania odwiedzin ze względu na zagrożenie epidemiologiczne.

9. Personel Szpitala ma prawo nakazać natychmiastowe opuszczenie Szpitala osobom znajdującym się pod wpływem alkoholu, odurzonych narkotykami albo naruszającym w sposób rażący niniejszy Regulamin.

Wypis pacjenta ze Szpitala

§ 45

1. Wypis pacjenta hospitalizowanego w Szpitalu następuje:
 - 1) gdy stan zdrowia nie wymaga dalszego leczenia stacjonarnego;
 - 2) na żądanie pacjenta i jego przedstawiciela ustawowego;
 - 3) gdy wymaga przekazania do innego podmiotu leczniczego;
 - 4) gdy pacjent przebywający w Szpitalu w sposób rażący narusza Regulamin Organizacyjny oraz Regulamin Wewnętrzny Komórki, a nie zachodzi obawa, że odmowa lub zaprzestanie udzielania świadczeń może spowodować bezpośrednio niebezpieczeństwo dla jego życia lub zdrowia albo życia lub zdrowia innych osób.
2. Wypis ze Szpitala na własne żądanie może nastąpić na wniosek:
 - 1) przedstawiciela ustawowego małoletniego, z wyłączeniem sytuacji, gdy żądaniu wypisania sprzeciwia się drugi przedstawiciel ustawowy, który nie został pozbawiony władzy rodzicielskiej;
 - 2) ustanowionego przez sąd opiekuna prawnego małoletniego lub opiekuna prawnego, kuratora osoby pełnoletniej.
3. Osoby wymienione w ust. 2 pkt. 1, 2 występujące o wypisanie ze Szpitala na własne żądanie, są informowane przez lekarza o możliwych następstwach zaprzestania leczenia w Szpitalu. Osoby te składają pisemne oświadczenie o wypisaniu ze Szpitala na własne żądanie. W przypadku odmowy złożenia takiego oświadczenia lekarz sporządza adnotację w dokumentacji medycznej.
4. W stanie zagrożenia życia pacjenta – lekarz ma prawo odmówić wypisu pacjenta mimo sprzeciwu przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego, kuratora. O tym fakcie powinien bezzwłocznie powiadomić Lekarza Naczelnego Szpitala. W takim przypadku należy bezzwłocznie zawiadomić w formie pisemnej (pismo adresowane do właściwego sądu rodzinnego) o odmowie wypisania i przyczynach tej odmowy właściwy dla miejsca zamieszkania pacjenta sąd rodzinny, a w sytuacji, gdy nie można ustalić miejsca zamieszkania pacjenta sąd rodzinny właściwy miejscowo dla Szpitala.

Do czasu wydania w tej sprawie orzeczenia sądu rodzinnego albo zakończenia leczenia stacjonarnego pacjent pozostaje w Szpitalu. Aktualne na dany miesiąc dyżury (w dni wolne od pracy) sędziów Sądu Rejonowego w Białymstoku IV Wydział Rodzinny i Nieletnich są przekazywane w formie komunikatu do klinik/oddziałów.

5. W przypadku samowolnego oddalenia się pacjenta z kliniki/ oddziału Szpitala, jeśli pacjent oddalił się nie informując personelu o swoim zamiarze, a także w sytuacji, kiedy pacjent oddalił się za wiedzą personelu, a rzeczywisty powrót pacjenta opóźnia się, lekarz prowadzący lub lekarz dyżurny sporządza adnotację w dokumentacji medycznej, powiadamia Lekarza Naczelnego Szpitala oraz Policję.
6. Jeżeli przedstawiciel ustawowy, kurator lub opiekun prawny/faktyczny nie odbiera małoletniego lub osoby niezdolnej do samodzielnej egzystencji ze Szpitala, kierownik/ ordynator komórki medycznej zawiadamia o tym niezwłocznie organ gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania lub pobytu tej osoby oraz organizuje na koszt gminy przewiezienie do miejsca zamieszkania pacjenta. Dyrektor Szpitala jest uprawniony do zawiadomienia właściwego sądu rodzinnego o tym fakcie.

Postępowanie w razie śmierci pacjenta

§ 46

1. W przypadku stwierdzenia zgonu pacjenta, obowiązkiem personelu medycznego danej komórki organizacyjnej jest:
 - 1) niezwłoczne zawiadomienie o zgonie wskazanej przez chorego osoby lub instytucji, przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego oraz udokumentowanie zawiadomienia w historii choroby pacjenta wraz z podaniem daty, godziny, minuty, sposobu zawiadomienia oraz nazwiska osoby powiadamiającej i powiadamianej;
 - 2) wykonanie toalety pośmiertnej i umieszczenie identyfikatorów na ciele osoby zmarłej;
 - 3) spisanie i zabezpieczenie wszystkich przedmiotów i dokumentów należących do zmarłego.
2. Zwłoki osoby, która zmarła w Szpitalu mogą być poddane sekcji (chyba że osoba ta za życia wyraziła sprzeciw lub uczynił to jej przedstawiciel ustawowy), nie wcześniej niż po upływie 12 godzin od stwierdzenia zgonu.

3. Dyrektor /zastępca dyrektora ds. leczenia na wniosek właściwego kierownika/ ordynatora kliniki/ oddziału, zarządza dokonanie lub zaniechanie sekcji.
4. Tryb określony powyżej nie dotyczy dokonywania sekcji w sytuacjach:
 - 1) określonych w kodeksie postępowania karnego i ustawie o chorobach zakaźnych;
 - 2) gdy przyczyny zgonu nie można ustalić w sposób jednoznaczny;
 - 3) określonych w przepisach o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.
5. W okresie pomiędzy stwierdzeniem zgonu, a przewiezieniem do chłodni zwłoki osoby zmarłej, są przechowywane w specjalnie przeznaczonym do tego celu pomieszczeniu, a w razie jego braku w innym chłodnym miejscu, z zachowaniem godności należytej zmarłemu.
6. Do zadań i kompetencji lekarza w przypadku zgonu pacjenta należy w szczególności:
 - 1) dokonanie oględzin zmarłego, stwierdzenie zgonu i jego przyczyn oraz odnotowanie w historii choroby dnia i godziny śmierci;
 - 2) wypełnienie karty zgonu. Kartę zgonu wystawia lekarz, który leczył chorego w Szpitalu;
 - 3) w razie zgonu pacjenta, którego tożsamość nie została ustalona, bądź zgonu, co, do którego istnieje uzasadnione podejrzenie, że jest następstwem przestępstwa, samobójstwa, otrucia, nieszczęśliwego wypadku albo uszkodzeń urazowych, zatrucia, uduszenia mechanicznego, działaniem wysokich temperatur, elektryczności lub sztucznego poronienia, lekarz prowadzący lub lekarz dyżurny, powiadamia bezzwłocznie prokuratora rejonowego lub najbliższą jednostkę policji; organy te należy zawiadomić również w przypadku, gdy w czasie sekcji nasuwa się uzasadnione podejrzenie, że zgon nastąpił wskutek przestępstwa;
 - 4) umieszczenie w historii choroby adnotacji o powiadomieniu rodziny wraz z podaniem daty, godziny, minuty, sposobu zawiadomienia oraz nazwiska osoby powiadamiającej i powiadamianej;
 - 5) zgłoszenie do Powiatowego Inspektora Sanitarnego zgonu wskutek choroby zakaźnej oraz zgonu, co do którego zachodzi podejrzenie, że nastąpił z powodu choroby zakaźnej;
 - 6) w przypadkach, o których mowa w art. 31 ustawy o działalności leczniczej, stwierdzenie przyczyny zgonu następuje po przeprowadzeniu sekcji zwłok;

- 7) w przypadku podjęcia decyzji o wykonaniu sekcji zwłok, po wypełnieniu części dotyczącej wypisu, przekazanie historii choroby do Zakładu Patomorfologii i Cytologii Klinicznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.
7. Do zadań i kompetencji pielęgniarki/ położnej w przypadku zgonu pacjenta należy:
 - 1) zawiadomienie o śmierci pacjenta przebywającego w Szpitalu lekarza leczącego lub lekarza dyżurnego;
 - 2) odnotowanie dnia, godziny i minut śmierci w raporcie pielęgniarskim, w Indywidualnej Historii Pielęgowania oraz w Księdze Zgonów i Księdze Ruchu Chorych kliniki/ oddziału;
 - 3) umieszczenie na ciele osoby zmarłej identyfikatora zawierającego: datę i godzinę zgonu; imię i nazwisko oraz PESEL osoby zmarłej, a w przypadku braku numeru PESEL, serię i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość;
 - 4) wypełnienie po stwierdzeniu zgonu przez właściwego lekarza karty skierowania zwłok do chłodni, po czym zwłoki wraz z kartą przesyłane są do Zakładu Patomorfologii i Cytologii Klinicznej, w dwie godziny po zgonie i po potwierdzeniu zgonu przez lekarza leczącego lub lekarza dyżurnego. Karta skierowania zwłok do chłodni zawiera: imię i nazwisko, PESEL osoby zmarłej, a w przypadku braku numeru PESEL, serię i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość, datę i godzinę zgonu, godzinę przyjęcia zwłok osoby zmarłej do chłodni, imię, nazwisko i podpis pielęgniarki wypełniającej kartę.
8. Czynności, o których mowa powyżej nie stanowią przygotowania zwłok osoby zmarłej do pochowania i nie pobiera się za nie opłat.
9. Jeżeli nie jest możliwe ustalenie tożsamości osoby zmarłej, w karcie skierowania do chłodni oraz na identyfikatorze, dokonuje się oznaczenia -NN- oraz dodatkowe oznaczenia numerycznego umożliwiającego identyfikację pacjenta, do czasu ustalenia jego tożsamości a także podaje się przyczyny i okoliczności uniemożliwiające ustalenie tożsamości.
10. W razie śmierci pacjenta w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym, czynności wymienione powyżej wykonuje pielęgniarka/ratownik medyczny Szpitalnego Oddziału Ratunkowego.
11. Do zadań i kompetencji pracowników administracyjnych (sekretarek medycznych) należy wydanie 2 egzemplarzy karty zgonu osobom uprawnionym, zgodnie z obowiązującymi przepisami do pochowania zwłok, odpowiednio w sekretariacie komórki medycznej, w której nastąpił zgon.

12. Pobieranie organów zmarłego pacjenta albo pacjenta, wobec którego orzeciono śmierć mózgu dla celów transplantacji decyduje Komisja ds. Orzekania o Śmierci Pnia Mózgu lub lekarz przez nich upoważniony, przy zachowaniu zasad i trybu przewidzianego w przepisach o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów.
13. Wysokość opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny, pobierana jest od osób lub instytucji uprawnionych do pochowania zwłok na podstawie ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych oraz od podmiotów, na zlecenie których przechowuje się zwłoki w związku z toczącym się postępowaniem karnym.

ROZDZIAŁ VIII

PRAWA I OBOWIĄZKI PACJENTA

§ 47

1. Postanowienia Regulaminu nie mogą naruszać praw pacjenta, wynikających z przepisów ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz przepisów odrębnych.
2. Szczegółowe zapisy zawarte są w prawach pacjenta, dostępnych w każdej komórce medycznej Szpitala.
3. W Szpitalu wszelkie sprawy związane z przestrzeganiem praw pacjenta rozpatruje Pełnomocnik ds. Praw Pacjenta, a w sytuacjach tego wymagających Zespół ds. Etyki. Szczegółowy zakres zadań oraz godziny przyjęć pacjentów dostępne są w każdej komórce medycznej Szpitala.

§ 48

1. Pacjent ma prawo do świadczeń w zakresie wynikającym z ustawy. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych , w szczególności do:
 - 1) badań i porad lekarskich;
 - 2) badań diagnostycznych;
 - 3) leczenia ambulatoryjnego i szpitalnego.
2. Pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom wiedzy medycznej i normom etycznym, a w sytuacji ograniczonych możliwości udzielania

odpowiednich świadczeń- do korzystania z rzetelnej, opartej na kryteriach medycznych procedury ustalającej kolejność dostępu do tych świadczeń.

3. Pacjent ma prawo zgodnie z ustawą o zawodach lekarza i lekarza dentysty do uzyskania od lekarza na każdym etapie udzielanych świadczeń zdrowotnych informacji o swoim stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu.
4. Pacjent ma prawo do wyrażenia zgody lub sprzeciwu na udzielanie świadczeń zdrowotnych po uzyskaniu informacji, o której mowa w ust. 3.
5. Przyjęcie do Szpitala, badanie, leczenie lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych wymaga zgody:
 - 1) pacjenta w tym małoletniego, który ukończył 16 lat, który nie został ubezwłasnowolniony całkowicie lub częściowo w zakresie nie dotyczącym leczenia;
 - 2) przedstawiciela ustawowego małoletniego, ustanowionego kuratora, opiekuna dla ubezwłasnowolnionego lub niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody. W przypadku braku przedstawiciela ustawowego opiekun faktyczny pacjenta może wyrazić zgodę w odniesieniu do badania, natomiast podjęcie dalszych czynności leczniczych wymaga zgody przedstawiciela ustawowego albo sądu opiekuńczego;
 - 3) sądu opiekuńczego w sytuacji, gdy stan pacjenta uniemożliwia mu świadome wyrażenie zgody a nie został on ubezwłasnowolniony.
6. Uzyskanie zgody w trybie ust. 5 nie jest wymagane, gdy wynika to z odrębnych przepisów lub orzeczenia sądu.
7. Pacjent małoletni, który ukończył 16 lat, osoba ubezwłasnowolniona albo pacjent chory psychicznie lub upośledzony umysłowo, lecz dysponujący dostatecznym rozeznaniem, ma prawo do wyrażenia sprzeciwu, co do udzielenia świadczenia zdrowotnego, pomimo zgody przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego. W takim przypadku wymagane jest zezwolenie sądu opiekuńczego.
8. W przypadku odmowy zgody na zlecony przez lekarza zabieg operacyjny, pacjent może być wypisany ze Szpitala, jeżeli wypisanie nie stanowi niebezpieczeństwa dla życia pacjenta lub życia i zdrowia innych osób.
9. W razie braku możliwości porozumienia się z pacjentem ubezwłasnowolnionym bądź niezdolnym do świadomego wyrażenia zgody, przedstawicielem ustawowym lub prawnym, a także w razie odmowy wyrażenia przez nich zgody, Dyrektor Szpitala

lub osoba przez niego upoważniona, zawiadamiając o tym sąd opiekuńczy wg właściwości miejscowej Szpitala, podejmuje decyzję odnośnie leczenia w przypadku:

- 1) konieczności wykonania zabiegu operacyjnego w celu ratowania życia pacjenta lub przeciwdziałaniu ciężkiemu uszkodzeniu ciała, bądź ciężkiemu rozstroju zdrowia;
 - 2) zastosowania metody leczenia lub diagnostyki stwarzającej podwyższone ryzyko dla pacjenta, a niezbędnych dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała, bądź ciężkiego rozstroju zdrowia;
 - 3) wykonania pozostałych zabiegów, gdy uzyskanie zgody nie jest możliwe, może nastąpić po uzyskaniu zgody przedstawiciela ustawowego, sądu opiekuńczego lub ustanowionego opiekuna prawnego, kuratora.
10. Pacjent ma prawo do poszanowania jego intymności i godności w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych, z uwzględnieniem prowadzenia w Szpitalu działalności dydaktycznej przed i podyplomowej w zakresie nauk medycznych.
 11. W przypadku przyjęcia do UDSK, pacjenta należy w sposób wyraźny i na piśmie poinformować o działalności dydaktycznej Szpitala i związanej z tym obecności osób trzecich (studentów, stażystów).
 12. Pacjent ma prawo do ochrony mienia osobistego.
 13. Pacjent ma prawo do ochrony przed zniewagą fizyczną i psychiczną.
 14. Pacjent ma prawo do umierania w spokoju i godności.
 15. Pacjent ma prawo do opieki pielęgnacyjnej w czasie hospitalizacji przez osobę bliską lub wskazaną, po wyrażeniu zgody przez kierownika komórki medycznej lub upoważnionej przez niego osoby, a w szczególnych przypadkach przez Dyrektora Szpitala lub osobę przez niego upoważnioną.
 16. Pacjent ma prawo do kontaktu osobistego, telefonicznego z osobami z zewnątrz w czasie hospitalizacji oraz do opieki duszpasterskiej.
 17. Pacjent ma prawo do składania skarg za naruszenie jego praw.

§ 49

1. Pacjent przyjęty do Szpitala nie ma prawa wychodzić poza obręb Szpitala z wyjątkiem przypadków, gdy jest to konieczne ze względów leczniczych (konsultacje, zabiegi).
2. Pacjent może przebywać bez nadzoru personelu Szpitala tylko w swojej sali szpitalnej oraz w pomieszczeniach przeznaczonych dla ogółu pacjentów.

3. Pacjent jest obowiązany stosować się do zaleceń i wskazań lekarzy i pielęgniarek i innego personelu medycznego zarówno w zakresie procesu diagnostyczno-terapeutycznego i rehabilitacyjnego, jak i w sprawach organizacyjno-administracyjnych.
4. Pacjent jest obowiązany do przebywania na sali podczas obchodów lekarskich.
5. Pacjent jest obowiązany do przestrzegania ciszy i zachowywania się w sposób niezakłócający spokoju innym.
6. Pacjentowi nie wolno przyjmować leków ani poddawać się jakimkolwiek zabiegom bez zlecenia lekarza.
7. Pacjent ma obowiązek poinformować lekarza prowadzącego o stale przyjmowanych lekach niezwiązanych z jednostką chorobową, która jest przyczyną hospitalizacji. Używanie tych leków w czasie pobytu w Szpitalu wymaga zgody tego lekarza.
8. Zabrania się uprawiania przez pacjentów gier hazardowych, palenia tytoniu, spożywania alkoholu oraz zażywania wszelkich używek na terenie Szpitala.
9. Pacjent ma obowiązek przestrzegania regulaminu wewnątrzoddziałowego i poleceń personelu Szpitala.
10. Łatwo psujące się produkty żywnościowe pacjent ma obowiązek przechowywać w lodówce dostępnej dla pacjentów poza kuchenką oddziałową zgodnie z obowiązującą w szpitalu procedurą przechowywania żywności pacjentów.
11. Pacjent nie ma prawa zmieniać łóżka bez zgody pielęgniarki ani kłaść się na łóżku w odzieży (innej niż pidżama) i obuwiu.
12. Pacjenta obowiązuje przestrzeganie higieny osobistej.
13. Pacjentowi nie wolno zaśmiecać pomieszczeń szpitalnych oraz zanieczyszczać odpadkami umywalek i toalet.
14. Pacjent powinien przestrzegać godzin wyznaczonych na spożywanie posiłków.
15. Pacjent obłożnie chory spożywa posiłki w łóżku, jeśli jest to konieczne – przy pomocy personelu pielęgniarskiego.
16. Pacjent jest odpowiedzialny za rzeczy szpitalne oddane mu do użytku na czas pobytu w Szpitalu.
17. Pacjent jest obowiązany szanować mienie będące własnością Szpitala, a w szczególności nie ma prawa manipulować przy aparatach i urządzeniach leczniczych, elektrycznych, wentylacyjnych itp.
18. Pacjent nie ma prawa wykonywać zdjęć lub nagrań audio-video na terenie Szpitala z udziałem innych pacjentów i pracowników Szpitala.

19. Pacjent jest obowiązany do naprawienia szkody mienia Szpitala w przypadku spowodowania jej z własnej winy.
20. Pacjent w przypadku negatywnej weryfikacji uprawnień ubezpieczeniowych, zobowiązany jest do złożenia oświadczenia o przysługującym prawie do świadczeń opieki zdrowotnej lub dostarczenia dokumentu potwierdzającego jego ubezpieczenie zgodnie z obowiązującymi przepisami.
21. Pacjent jest obowiązany odnosić się kulturalnie i z szacunkiem do innych pacjentów i personelu Szpitala.
22. Pacjent jest obowiązany przestrzegać ciszy nocnej w godzinach od 22.00 do 6.00.
23. Korzystanie przez pacjentów z telefonów komórkowych powinno się odbywać w sposób niezakłócający pracy personelu Szpitala, niestwarzający uciążliwości dla innych pacjentów, bez naruszenia praw innych osób przewidzianych przepisami prawa i poza godzinami ciszy nocnej. Ze względu na obecność aparatury medycznej i możliwość powstania zakłóceń w jej funkcjonowaniu Dyrektor Szpitala może określić strefy i pomieszczenia, w których obowiązuje całkowity zakaz korzystania z telefonów komórkowych.
24. Pacjent jest obowiązany udzielać w trakcie wywiadu lekarskiego lub pielęgniarskiego pełnej i prawdziwej informacji o swoim stanie zdrowia. Szpital nie ponosi odpowiedzialności za szkody wynikłe z zatajenia bądź udzielenia nieprawdziwej informacji, co do istotnych spraw dotyczących zdrowia pacjenta.

ROZDZIAŁ IX

DOKUMENTACJA MEDYCZNA

§ 50

- 1) Szpital prowadzi dokumentację medyczną pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych, zgodnie z obowiązującymi przepisami zapewniając ochronę danych osobowych. Dokumentacja medyczna stanowi własność Szpitala.
- 2) Dokumentacja medyczna dzieli się na:
 - 1) dokumentację indywidualną poszczególnych pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych;

- 2) dokumentację zbiorczą, odnoszącą się do ogółu pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych lub określonych grup tych pacjentów.
- 3) Dokumentacja indywidualna dzieli się na dokumentację indywidualną wewnętrzną, przeznaczoną na potrzeby Szpitala oraz dokumentację indywidualną zewnętrzną, przeznaczoną na potrzeby pacjenta korzystającego ze świadczeń zdrowotnych udzielanych w Szpitalu.
- 4) Dokumentacją indywidualną wewnętrzną jest m.in. historia zdrowia i choroby, historia choroby pacjenta, tworzona na potrzeby hospitalizacji i porady ambulatoryjnej.
- 5) Dokumentacją indywidualną zewnętrzną są w szczególności: skierowania do Szpitala innego podmiotu leczniczego lub innej osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych poza Szpitalem, a także inne skierowania na badania diagnostyczne i konsultacje, zaświadczenia, orzeczenia, opinie lekarskie, karta przebiegu ciąży oraz karty informacyjne z leczenia szpitalnego.
- 6) Dokumentacja zbiorcza zawiera istotne informacje medyczne dotyczące udzielonych świadczeń zdrowotnych.
- 7) Szpital (stacjonarna opieka zdrowotna) sporządza i prowadzi:
 - 1) dokumentację indywidualną wewnętrzną, którą stanowi w szczególności:
 - a) historia choroby;
 - b) okołooperacyjna karta kontrolna – w przypadku pacjentów poddanych zabiegom operacyjnym.

W okołooperacyjnej karcie kontrolnej wpisywane są informacje o wykonaniu niezbędnych czynności okołooperacyjnych na sali operacyjnej. Wpisy w okołooperacyjnej karcie kontrolnej dokonywane są przez koordynatora karty. Koordynator karty dokonuje wpisów na podstawie informacji udzielanych przez członków zespołu operacyjnego, zgodnie z zakresem ich zadań podczas operacji. Okołooperacyjną kartę kontrolną podpisuje koordynator karty. Szczegóły stosowania okołooperacyjnej karty kontrolnej określone są w odrębnej wewnętrznej procedurze Szpitala. Koordynatorem okołooperacyjnej karty kontrolnej jest lekarz anestezjolog;

- 2) dokumentację zbiorczą wewnętrzną stanowią w szczególności: księga główna przyjęć i wypisów, księga odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych, księga oczekujących na przyjęcie do Szpitala, księga chorych oddziału lub równorzędnej komórki organizacyjnej, księga raportów lekarskich, księga raportów pielęgniarskich, księga zabiegów, księgi bloku lub sali operacyjnej, księga pracowni diagnostycznej lub zabiegowej;

- 3) dokumentację indywidualną zewnętrzną składającą się w szczególności z: karty informacyjnej z leczenia szpitalnego, skierowań i zleceń na świadczenia zdrowotne realizowane poza Szpitalem;
 - 4) dokumentację zbiorczą zewnętrzną, składającą się z dokumentacji prowadzonej dla celów określonych w odrębnych przepisach.
- 8) Poradnia, pracownia (ambulatoryjna opieka zdrowotna) sporządza i prowadzi:
- 1) dokumentację indywidualną wewnętrzną, składającą się w szczególności z historii zdrowia i choroby lub karty zdrowia dziecka;
 - 2) dokumentację indywidualną zewnętrzną, którą stanowią skierowania do Szpitala, innego podmiotu leczniczego lub innej osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych poza szpitalem, a także inne skierowania na badania diagnostyczne i konsultacje, zaświadczenia, orzeczenia, opinie lekarskie, karta przebiegu ciąży, informacja dla lekarza kierującego;
 - 3) dokumentację zbiorczą w formie księgi przyjęć prowadzonej odrębnie dla każdej komórki medycznej oraz kartotekę środowisk epidemiologicznych;
 - 4) dokumentację zbiorczą w formie księgi pracowni diagnostycznej;
 - 5) dokumentację zbiorczą w formie księgi zabiegów prowadzonej odrębnie dla każdego gabinetu zabiegowego.
- 9) Nocna i świąteczna opieka zdrowotna sporządza i prowadzi:
- 1) wykaz świadczeń udzielanych w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, który zawiera: numer kolejny pacjenta, datę i godzinę zgłoszenia się pacjenta, imię i nazwisko, numer PESEL, opis udzielanego świadczenia, oznaczenie osoby udzielającej świadczenia,
 - 2) W ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej Szpital nie prowadzi dokumentacji indywidualnej wewnętrznej.

§ 51

1. Dokumentacja wewnętrzna jest przechowywana w szpitalu, w którym została sporządzona.
2. Dokumentacja zewnętrzna, w postaci zleceń lub skierowań, pozostaje w szpitalu, który zrealizował zleczone świadczenie zdrowotne.
3. Szpital odpowiada za stworzenie warunków organizacyjnych i technicznych przechowywania dokumentacji zapewniających jej poufność, zabezpieczających przed

dostępem osób nieupoważnionych, zniszczeniem lub zgubieniem oraz umożliwiającą jej wykorzystanie bez zbędnej zwłoki.

4. Sposób i miejsce przechowywania bieżącej dokumentacji wewnętrznej określają wewnętrzne procedury Szpitala.
5. Zakończoną dokumentację indywidualną wewnętrzną oraz zakończoną dokumentację zbiorczą wewnętrzną przechowuje składnica akt Szpitala.
6. Dokumentacja przechowywana w składnicy akt, jest ewidencjonowana w Szpitalu na podstawie numeru księgi głównej przyjęć i wypisów, a w przychodni na podstawie numeru kartoteki pacjentów z tym, że kartoteka pacjentów jest prowadzona w układzie alfabetycznym.
7. Po upływie okresów przechowywania określonych w odrębnych przepisach, dokumentacja zostaje zniszczona w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta, którego dotyczyła.
8. Dokumentacja indywidualna wewnętrzna przewidziana do zniszczenia może zostać wydana na wniosek:
 - 1) pacjenta, jeżeli ukończył 18 lat;
 - 2) jego przedstawiciela ustawowego, a w razie śmierci pacjenta osoby przez niego upoważnionej do uzyskiwania dokumentacji w przypadku jego zgonu, za pokwitowaniem, o czym Szpital obowiązany jest poinformować pacjenta albo te osoby.
9. W przypadku likwidacji Szpitala dokumentacja archiwalna jest przekazywana do archiwum wskazanego przez:
 - 1) podmiot, który utworzył Szpital;
 - 2) organ prowadzący rejestr podmiotów leczniczych, jeżeli wykreślenie szpitala z rejestru nastąpi w trybie i na zasadach określonych w ustawie o działalności leczniczej.

§ 52

1. Dokumentację medyczną przechowuje się 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) dokumentacji medycznej zawierającej dane niezbędne do monitorowania losów krwi i jej składników, która jest przechowywana przez okres 30 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu;
 - 3) zdjęć rentgenowskich przechowywanych poza dokumentacją medyczną pacjenta, które są przechowywane przez okres 10 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym wykonano zdjęcie;
 - 4) skierowań na badania lub zleceń lekarza, które są przechowywane przez okres:
 - a) 5 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym udzielono świadczenia zdrowotnego będącego przedmiotem skierowania lub zlecenia lekarza;
 - b) 2 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym wystawiono skierowanie - w przypadku, gdy świadczenie zdrowotne nie zostało udzielone z powodu niezgłoszenia się pacjenta w ustalonym terminie, chyba że pacjent odebrał skierowanie;
 - 5) 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 podlega zniszczeniu w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta, którego dotyczyła. Dokumentacja medyczna przeznaczona do zniszczenia może być wydana pacjentowi, jego przedstawicielowi ustawowemu lub osobie upoważnionej przez pacjenta.
 3. Po upływie okresów, o których mowa w ust. 1, do postępowania z dokumentacją medyczną będącą materiałem archiwalnym w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach, stosuje się przepisy wydane na podstawie tej ustawy.

§ 53

1. Szpital udostępnia dokumentację:
 - 1) pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta;
 - 2) podmiotom leczniczym, jednostkom organizacyjnym tych podmiotów i osobom wykonującym zawód medyczny poza podmiotami, jeżeli dokumentacja ta jest niezbędna do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych;
 - 3) właściwym do spraw zdrowia organom państwowym oraz organom samorządu lekarskiego w zakresie niezbędnym do wykonywania kontroli i nadzoru;

- 4) ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, sądom i prokuratorom oraz sądom i rzecznikom odpowiedzialności zawodowej, w związku z prowadzonym postępowaniem;
 - 5) uprawnionym na mocy odrębnych ustaw organom i instytucjom, jeżeli badanie zostało przeprowadzone na ich wniosek;
 - 6) organom rentowym oraz zespołom do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności, w związku z prowadzonym przez nie postępowaniem;
 - 7) rejestrom usług medycznych w zakresie niezbędnym do prowadzenia rejestrów;
 - 8) zakładom ubezpieczeń na zasadach określonych w przepisach o działalności ubezpieczeniowej;
 - 9) szkole wyższej lub jednostce badawczo-rozwojowej do wykorzystania dla celów naukowych, bez ujawniania nazwiska i innych danych umożliwiających identyfikację osoby, której dokumentacja dotyczy.
2. Dokumentacja medyczna jest udostępniana:
 - 1) do wglądu w Szpitalu;
 - 2) poprzez sporządzenie jej wyciągów, odpisów lub kopii;
 - 3) poprzez wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, jeśli uprawniony organ lub podmiot żąda udostępnienia oryginałów tej dokumentacji.
 3. W przypadku wydania oryginałów dokumentacji w Szpitalu należy pozostawić kopię lub pełny odpis wydanej dokumentacji. W sytuacji, gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby narazić pacjenta na szkodę, wydawana jest ona natychmiastowo.
 4. W przypadku gdy udostępnienie dokumentacji nie jest możliwe, odmowę przekazuje się w postaci elektronicznej albo papierowej, zgodnie z żądaniem uprawnionego organu lub podmiotu. W każdym przypadku wymagane jest podanie przyczyny odmowy.
 5. Za udostępnienie dokumentacji medycznej Szpital pobiera opłatę zgodnie z cennikiem ustalonym w sposób określony w art. 28 ust. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

ROZDZIAŁ X

ZAKRESY DZIAŁALNOŚCI W POSZCZEGÓLNYCH PIONACH

Pion Dyrektora Naczelnego

§54

Bezpośrednio Dyktorowi UDSK w Białymstoku podlegają:

- a) Kierownicy pionów organizacyjnych, tj.:
 - Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa;
 - Zastępca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa;
 - Zastępca Dyrektora ds. Ekonomicznych;
 - Zastępca Dyrektora ds. Administracyjno - Technicznych.
- b) Kierownicy następujących komórek organizacyjnych:
 - Dział Prawny;
 - Dział Organizacji i Jakości;
 - Dział Spraw Pracowniczych.
- c) Osoby na następujących samodzielnych stanowiskach pracy:
 - Radca Prawny;
 - Inspektor Ochrony Danych Osobowych;
 - Pełnomocnik ds. Praw Pacjenta;
 - Audytor Wewnętrzny;
 - Stanowisko ds. Obronnych i OC;
 - Stanowisko ds. BHP;
 - Stanowisko ds. Ochrony Informacji Niejawnych;
 - Inspektor Ochrony Radiologicznej;
 - Kapelani Szpitalni;
- g) Komitety, Zespoły i Komisje.

§ 55

Kierownicy Pionów Organizacyjnych:

- I. **Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa:**

- 1) Do zadań Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa należy: organizowanie, koordynowanie oraz pełnienie nadzoru nad świadczeniem usług medycznych, jak również w zakresie działalności dydaktycznej i badawczej prowadzonej w komórkach medycznych Szpitala na potrzeby Uniwersyteckiego Dziecięcego Szpitala Klinicznego, a w szczególności ponosi odpowiedzialność za:
 - 1) prawidłowe planowanie, organizowanie i kierowanie zadaniami w podległych komórkach organizacyjnych. Nadzorowanie pracy Kierowników komórek medycznych w zakresie realizacji ich działalności usługowej i medycznej, dydaktycznej oraz badawczej realizowanej przez podległy personel;
 - 2) rozpatrywanie skarg pacjentów dotyczących jakości i prawidłowości wykonywanych świadczeń medycznych;
 - 3) nadzór nad realizacją i opracowywaniem systemu szkoleń podległego personelu;
 - 4) sprawowanie nadzoru nad sporządzaną dokumentacją medyczną oraz podejmowanie decyzji w zakresie jej udostępniania. Przeprowadzanie systematycznych kontroli prowadzenia dokumentacji medycznej. Nadzór nad przeprowadzaniem okresowych badań i szczepień ochronnych pracowników;
 - 5) nadzór nad gospodarką lekami, artykułami medycznymi w Szpitalu;
 - 6) nadzór w zakresie realizacji umów zawartych przez Szpital na świadczenia medyczne realizowane w podległych komórkach;
 - 7) ustalanie i realizację polityki zapobiegania zakażeń szpitalnych i higieny szpitalnej;
 - 8) nadzorowanie i koordynowanie pracy Komitetów, Zespołów i Komisji działających w Szpitalu podległych bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa;
 - 9) wykonywanie innych obowiązków wynikających z przepisów, bądź powierzonych przez Dyrektora UDSK w Białymstoku.

§ 56

Komórki organizacyjne i stanowiska bezpośrednio podległe Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa:

I. **Kliniki/odziały:**

- 1) Kliniki w zakresie działalności naukowo-dydaktycznej są jednostkami Wydziału Lekarskiego lub Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, kierowanymi przez Kierowników, natomiast w zakresie działalności leczniczej są komórkami UDSK w Białymstoku. Ich Kierownicy stają się Kierownikami klinik/ ordynatorami oddziałów UDSK w Białymstoku. W UDSK wyodrębnia się następujące kliniki/oddziały:
 - a) Klinika Pediatrii i Nefrologii.
 - b) Klinika Pediatrii, Endokrynologii, Diabetologii z Pododdziałem Kardiologii;
 - c) Klinika Pediatrii, Gastroenterologii, Hepatologii, Żywienia i Alergologii z Pododdziałem Pulmonologii;
 - d) Klinika Pediatrii, Reumatologii, Immunologii i Chorób Metabolicznych Kości;
 - e) Klinika Pediatrii, Onkologii i Hematologii;
 - f) Klinika Obserwacyjno-Zakaźna Dzieci;
 - g) Klinika Neurologii i Rehabilitacji Dziecięcej;
 - h) Klinika Chirurgii i Urologii Dziecięcej;
 - i) Klinika Ortopedii i Traumatologii Dziecięcej;
 - j) Klinika Otolaryngologii Dziecięcej;
 - k) Klinika Okulistyki Dziecięcej z Ośrodkiem Leczenia Zeza;
 - l) Klinika Rehabilitacji Dziecięcej z Ośrodkiem Wczesnej Pomocy Dzieciom Upośledzonym „Dać Szansę”;
 - m) Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii Dzieci i Młodzieży z Pododdziałem Pooperacyjnym i Leczenia Bólu.
- 2) Podstawową komórką organizacyjną UDSK w Białymstoku jest klinika/oddział, który wykonuje zadania w zakresie leczniczo-zapobiegawczym. Podstawową funkcją kliniki/Oddziału jest przeprowadzanie badań diagnostycznych i leczenia w zakresie właściwym dla danej specjalności, zapewnienie całodobowej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej oraz wyżywienia i odpowiednich warunków pobytu pacjenta;
- 3) Rozkład pracy personelu medycznego kliniki/oddziału zapewnia całodobową i kompleksową opiekę medyczną pacjentom, realizowaną poprzez:
 - a) co najmniej dwie wizyty lekarskie dziennie;

- b) zabezpieczenie pacjentów w opiekę lekarską na zasadach określonych niniejszym regulaminem we wszystkie dni robocze:
- odprawę personelu medycznego, na której omawiany jest stan zdrowia wszystkich pacjentów kliniki/oddziału,
 - konsultacje chorych w klinikach/oddziałach przez kierownika/ordynatora lub wyznaczonego przez niego zastępcę,
 - codzienną kwalifikację pacjentów do leczenia zabiegowego wraz z akceptacją kierownika/ ordynatora lub wyznaczonego przez niego zastępcy.
- c) obchód lekarski z udziałem Kierownika/ Ordynatora Kliniki/ Oddziału lub wyznaczonego przez niego zastępcę przynajmniej raz w tygodniu;
- d) stosowny system pracy personelu pielęgniarskiego;
- e) stosowny system pracy pozostałego personelu medycznego;
- f) stosowny system pracy pozostałych osób uczestniczących w procesie diagnozowania i leczenia pacjentów, w tym pracowników administracyjnych;
- g) systematyczne prowadzenie (zgodnie z obowiązującymi przepisami) wpisów dotyczących przebiegu hospitalizacji oraz pozostałej dokumentacji medycznej przez lekarza prowadzącego lub lekarza sprawującego opiekę nad pacjentem z zapewnieniem okresowej kontroli przez Kierownika/ Ordynatora. Wpisy dotyczące prowadzenia procesu pielęgnowania są dokonywane przez pielęgniarkę sprawującą bezpośrednią opiekę nad pacjentem z zapewnieniem bieżącej kontroli przez Pielęgniarkę Oddziałową;
- h) harmonogram pracy personelu pielęgniarskiego/ratowników na dany miesiąc ustala Pielęgniarka Oddziałowa do 20 dnia każdego miesiąca poprzedzającego ten miesiąc;
- i) personel pielęgniarski danego oddziału/kliniki jest odpowiedzialny za stan zdrowia wszystkich pacjentów oddziału/kliniki oraz prowadzenie stosownej medycznej dokumentacji pielęgniarskiej;
- j) każdy dyżur pielęgniarski przekazywany jest kolejnym zmianom w formie ustnej oraz poprzez stosowny wpis do książki raportów pielęgniarskich,
- k) zapewnienie całodobowej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej w dni wolne od pracy, niedziele i święta odbywa się w systemie dyżurowym.

II. Szpitalny Oddział Ratunkowy

1. Do zadań Szpitalnego Oddziału Ratunkowego należy w szczególności: udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej polegających na wstępnej diagnostyce oraz podjęciu leczenia w zakresie niezbędnym dla stabilizacji funkcji życiowych osób, które znajdują się w stanie nagłego zagrożenia zdrowia i życia.
2. Do szczegółowych zadań należy:
 - 1) monitorowanie i podtrzymywanie funkcji życiowych;
 - 2) prowadzenie resuscytacji krążeniowo-oddechowo- mózgowej;
 - 3) wykonywanie pełnego zakresu wczesnej diagnostyki i wstępnego leczenia urazów;
 - 4) prowadzenie resuscytacji płynowej;
 - 5) leczenie bólu;
 - 6) wstępne leczenie zatruc;
 - 7) opracowywanie chirurgiczne ran i urazów;
 - 8) przyjmowanie przez całą dobę pacjentów w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego oraz pacjentów zakwalifikowanych do hospitalizacji;
 - 9) prowadzenie obowiązkowej dokumentacji medycznej.
3. Szpitalny Oddział Ratunkowy czynny jest przez całą dobę.
4. Szczegółowe zasady funkcjonowania SOR określa Regulamin wprowadzony Zarządzeniem Dyrektora Szpitala.

III. Centrum Urazowe dla Dzieci jest wydzieloną częścią funkcjonalną Szpitala.

1. Zadaniem Centrum jest szybkie rozpoznanie i objęcie odpowiednią opieką pacjentów urazowych w rozumieniu art. 3 pkt 12 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, z urazami wielonarządowymi i mnogimi, zakwalifikowanych do Centrum po spełnieniu kryteriów określonych w powszechnie obowiązujących przepisach.
2. Centrum działa na bazie SOR, Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii Dzieci i Młodzieży z Pododdziałem Pooperacyjnym i Leczenia Bólu, oddziałów zabiegowych i bloku operacyjnego będących w zasobach Szpitala oraz zatrudnionego w wyżej wymienionych oddziałach personelu.
3. Pacjentowi Centrum w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym świadczeń udziela Zespół Urazowy.
4. Zespół Urazowy ma zapewniony całodobowy dostęp do diagnostyki obrazowej, endoskopowej, laboratoryjnej, konsultacji specjalistycznych.

5. Po stabilizacji chorego i ustalonej diagnozie pacjent urazowy w zależności od potrzeb przekazywany jest:
 - 1) bezpośrednio na Blok Operacyjny;
 - 2) do Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii Dzieci i Młodzieży z Pododdziałem Pooperacyjnym i Leczenia Bólu;
 - 3) do innych oddziałów zgodnie ze specyfiką urazu;
6. Szczegółowe zasady funkcjonowania Centrum określa Regulamin wprowadzony Zarządzeniem Dyrektora Szpitala.

IV. Nocna i Świąteczna Opieka Zdrowotna

- 1) Do zadań Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej należy:
 - a) udzielanie porad lekarskich w warunkach ambulatoryjnych w bezpośrednim kontakcie z pacjentem, telefonicznie lub w miejscu zamieszkania/pobytu pacjenta;
 - b) udzielanie świadczeń przez pielęgniarkę w warunkach ambulatoryjnych zleconych przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego i wynikających z potrzeby zachowania ciągłości leczenia lub pielęgnacji;
 - c) udzielanie świadczeń przez pielęgniarkę doraźnie w związku z poradą udzieloną przez lekarza NŚOZ-u;
 - d) świadczenia zdrowotne w Nocnej i Świątecznej Opiece Zdrowotnej udzielane są zgodnie z zawartą umową z płatnikiem;
 - e) pobieranie materiału do badań diagnostycznych od pacjentów zgłaszających się na badania płatne.

V. Poradnie specjalistyczne niepodlegające klinikom/oddziałom:

1. Do zadań Poradni Specjalistycznych niepodlegającym klinikom/oddziałom należy prowadzenie diagnostyki i leczenia, przeprowadzanie konsultacji lekarskich pacjentów Poradni Specjalistycznych. Systematyczne wprowadzanie standardów postępowania medycznego w poszczególnych jednostkach chorobowych i dbałość o jakość świadczonej opieki.
2. Do zadań Poradni Specjalistycznej niepodlegającej klinikom/oddziałom należy w szczególności:
 - 1) zapewnienie opieki ambulatoryjnej w reprezentowanej specjalności;
 - 2) diagnozowanie, leczenie, profilaktyka, wczesne wykrywanie chorób i orzekanie o stanie zdrowia;

- 3) udzielanie świadczeń konsultacyjnych oraz kwalifikowanie i kierowanie chorych do szpitala lub leczenia w innych podmiotach leczniczych;
 - 4) opieka poszpitalna nad chorymi hospitalizowanymi w Szpitalu;
 - 5) promocja zdrowia i realizacja programów zdrowotnych;
 - 6) dbałość o podnoszenie kwalifikacji personelu medycznego;
 - 7) prowadzenie obowiązującej dokumentacji medycznej.
3. Świadczenia zdrowotne w poradniach specjalistycznych udzielane są w oparciu o ustalony harmonogram pracy zgodnie z zawartymi umowami z płatnikiem, według kolejności zgłoszenia wynikającej z list oczekujących oraz poza kolejnością dla wszystkich pacjentów w stanie zagrożenia zdrowia i życia.

VI. Poradnia Podstawowej Opieki Zdrowotnej:

1. Do zadań Poradni Podstawowej Opieki Zdrowotnej należy udzielanie w warunkach ambulatoryjnych, a w przypadkach uzasadnionych medycznie – w warunkach domowych lub w środowisku nauczania i wychowania świadczeń ukierunkowanych na promocję zdrowia, profilaktykę, diagnostykę schorzeń, leczenie, zapobieganie lub ograniczanie niepełnosprawności oraz usprawnianie i pielęgnację pacjenta w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, które są wykonywane przez uprawnionych lekarzy, pielęgniarki i położne środowiskowo-rodzinne zatrudnionych w Poradni.
2. Do zadań Poradni Podstawowej Opieki Zdrowotnej należy w szczególności:
 - 1) współpraca lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej z:
 - a) pielęgniarką podstawowej opieki zdrowotnej i położną podstawowej opieki zdrowotnej, wybranymi przez świadczeniobiorcę;
 - b) pielęgniarką środowiskową;
 - c) przedstawicielami organizacji i instytucji działających na rzecz zdrowia.
 - 2) lekarz Podstawowej Opieki Zdrowotnej w zakresie działań mających na celu zachowanie zdrowia pacjenta:
 - a) prowadzi edukację zdrowotną;
 - b) prowadzi systematyczną i okresową ocenę stanu zdrowia w ramach badań bilansowych i badań przesiewowych zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami;
 - c) koordynuje wykonanie i dokonuje kwalifikacji do obowiązkowych szczepień ochronnych pacjenta oraz zapewnia wykonywanie szczepień,

zgodnie z odrębnymi przepisami, oraz informuje o szczepieniach zalecanych;

- d) planuje i koordynuje postępowanie diagnostyczne i terapeutyczne, stosownie do stanu zdrowia pacjenta;
- e) kieruje pacjenta na konsultacje specjalistyczne w celu dalszej diagnostyki leczenia;
- f) kieruje pacjenta do jednostek leczenia zamkniętego w celu dalszej diagnostyki i leczenia;
- g) udzielanie świadczeń zdrowotnych zgodnie z zawartą umową z płatnikiem.

VII. Punkt przyjęć planowych

1) Do zadań punktu przyjęć planowych należy:

- a) dokonywanie administracyjnych czynności związanych z przyjęciem pacjenta do szpitala, któremu wcześniej odpowiednia klinika/oddział wyznaczył termin przyjęcia;
- b) sprawdzenie kompletności dokumentów niezbędnych do przyjęcia pacjenta do szpitala;
- c) ustalanie czy pacjent miał kontakt z chorobą zakaźną;
- d) przekazanie pacjenta do kierowanej kliniki/oddziału.

VIII. Zakład Laboratoryjnej Diagnostyki Pediatrycznej:

1) Do zadań Zakładu Laboratoryjnej Diagnostyki Pediatrycznej należy w szczególności:

- a) wykonywanie badań laboratoryjnych zgodnie z aktualną wiedzą medyczną dla pacjentów hospitalizowanych i ambulatoryjnych;
- b) współpraca z klinikami/oddziałami poradniami specjalistycznymi w zakresie wykonywania badań laboratoryjnych, przekazywania wyników, standaryzacji postępowania diagnostycznego i działań poprawiających jakość świadczeń medycznych;
- c) wykonywanie badań z zakresu hematologii i koagulologii, biochemii, analityki ogólnej, immunologii, monitorowania stężenia leków, serologii, poziomu hormonów i ich metabolitów;
- d) wykonywanie badań laboratoryjnych pacjentom komórek medycznych Szpitala na podstawie skierowania wydanego przez lekarza zatrudnionego w Szpitalu, pacjentom skierowanym przez inne podmioty lecznicze, z którymi Szpital zawarł stosowne umowy;

- e) wykonywanie odpłatnych badań laboratoryjnych pacjentom bez skierowania i pacjentom, których lekarz kierujący zobowiązał się do pokrycia kosztów związanych z tym badaniem;
 - f) działalność oświatowo-zdrowotna i promocja zdrowia;
 - g) prowadzenie obowiązującej dokumentacji;
 - h) realizacja polityki zapobiegania zakażeniom szpitalnym i higieny szpitalnej.
- 2) Świadczenia udzielane są:
- a) dla pacjentów hospitalizowanych- codziennie przez całą dobę;
 - b) dla pacjentów ambulatoryjnych- codziennie przez całą dobę.

IX. Zakład Immunologii Klinicznej:

- 1) Do zadań Zakładu Immunologii Klinicznej należy w szczególności:
- a) wykonywanie badań laboratoryjnych zgodnie z aktualną wiedzą medyczną dla pacjentów hospitalizowanych i ambulatoryjnych;
 - b) współpraca z klinikami/oddziałami Szpitala, poradniami specjalistycznymi w zakresie wykonywania badań laboratoryjnych, przekazywania wyników, standaryzacji postępowania diagnostycznego i działań poprawiających jakość świadczeń medycznych;
 - c) wykonywanie badań z zakresu immunologii;
 - d) wykonywanie badań laboratoryjnych pacjentom komórek medycznych Szpitala na podstawie skierowania wydanego przez lekarza zatrudnionego w Szpitalu, pacjentom skierowanym przez inne podmioty lecznicze, z którymi Szpital zawarł stosowne umowy;
 - e) wykonywanie odpłatnych badań laboratoryjnych pacjentom bez skierowania i pacjentom, których lekarz kierujący zobowiązał się do pokrycia kosztów związanych z tym badaniem;
 - f) działalność oświatowo-zdrowotna i promocja zdrowia;
 - g) prowadzenie obowiązującej dokumentacji;
 - h) realizacja polityki zapobiegania zakażeniom szpitalnym i higieny szpitalnej.
- 2) Świadczenia udzielane są:
- a) dla pacjentów hospitalizowanych- w godzinach podstawowej ordynacji Szpitala;
 - b) dla pacjentów ambulatoryjnych- w godzinach podstawowej ordynacji Szpitala.

X. Zakład Diagnostyki Obrazowej:

- 1) Do zadań Zakładu Diagnostyki Obrazowej należy w szczególności:

- a) udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu diagnostyki obrazowej;
 - b) wykonywanie badań radiologicznych;
 - c) wykonywanie badań USG konwencjonalnych i dopplerowskich;
 - d) wykonywanie badań tomografii komputerowej;
 - e) wykonywanie badań metodą rezonansu magnetycznego;
 - f) przeprowadzanie badań naczyniowych;
 - g) prowadzenie obowiązującej dokumentacji;
 - h) prowadzenie kontroli jakości badań;
 - i) zapewnienie pacjentom pełnej ochrony i bezpieczeństwa radiologicznego zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa;
 - j) przeprowadzania konsultacji lekarskich pacjentów hospitalizowanych;
 - k) wykonywanie diagnostyki obrazowej pacjentów hospitalizowanych na klinikach/oddziałach, jeśli stan pacjenta tego wymaga;
 - l) ścisła współpraca z klinikami/oddziałami, poradniami specjalistycznymi, POZ w części dotyczącej kompleksowej opieki nad pacjentem, standaryzacji diagnostyki obrazowej;
 - m) realizacja polityki zapobiegania zakażeniom szpitalnym i higieny szpitalnej.
- 2) Świadczenia zdrowotne w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej udzielane są całodobowo dla pacjentów hospitalizowanych i dla pacjentów ambulatoryjnych.
- 3) Kierownik Zakładu Diagnostyki Obrazowej nadzoruje pracę **Techników Elektroradiologii** za pośrednictwem kierownika zespołu techników;
- 1) Do zadań technika elektroradiologii w szczególności należy:
 - a) komunikowanie się z pacjentem;
 - b) współpraca z zespołem terapeutycznym;
 - c) przygotowywanie stanowiska pracy oraz sprzętu i aparatury medycznej do planowanych badań diagnostycznych lub zabiegów terapeutycznych;
 - d) planowanie prac na podstawie skierowań oraz oceny stanu pacjentów;
 - e) uzyskiwanie informacji o pacjentach niezbędnych do wykonania badań diagnostycznych lub zabiegów terapeutycznych;
 - f) udzielanie pacjentom informacji o zasadach przeprowadzenia badań diagnostycznych lub zabiegów terapeutycznych;
 - g) układanie pacjenta do badań diagnostycznych lub zabiegów terapeutycznych;

- h) prowadzenie dokumentacji badań diagnostycznych i zabiegów terapeutycznych;
- i) dobieranie odpowiednich metod i technik do wykonania badania rentgenowskiego;
- j) ocenianie na bieżąco wartości technicznej badania rentgenowskiego;
- k) postępowanie zgodnie z zasadami ochrony radiologicznej;
- l) współuczestniczenie w badaniu ultrasonograficznym;
- m) wykonywanie badań w pracowni tomografii komputerowej;
- n) wykonywanie badań: densytometrycznych kośćca,
- o) prowadzenie dokumentacji badań diagnostycznych,;
- p) zabezpieczanie pacjenta i otoczenia w razie awarii sprzętu i aparatury medycznej;
- q) udzielanie pierwszej pomocy;
- r) przestrzeganie przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy, ochrony przeciwpożarowej oraz ochrony środowiska;
- s) organizowanie stanowiska pracy zgodnie z wymaganiami ergonomii;
- t) korzystanie z różnych źródeł informacji w celu doskonalenia umiejętności zawodowych;
- u) postępowanie zgodnie z zasadami etyki;
- v) stosowanie przepisów prawa dotyczących wykonywania zadań zawodowych.

XI. Apteka Szpitalna:

- 1) Do zadań Apteki Szpitalnej należy: zabezpieczanie środków terapeutycznych w szczególności leków, materiałów i sprzętu medycznego dla pacjentów oraz wytwarzanie i dostarczanie produktów leczniczych i wyrobów medycznych najlepszej jakości poprzez:
 - a) przygotowywanie leków recepturowych, aptecznych, leków do żywienia dojelitowego i pozajelitowego, leków cytostatycznych z zachowaniem zasad Dobrej Praktyki Wytwarzania;
 - b) praktyczną realizację opieki farmaceutycznej;
 - c) udzielanie fachowej informacji o lekach personelowi medycznemu;
 - d) komunikację interpersonalną z lekarzami i innymi pracownikami ochrony zdrowia;

- e) stosowanie zasad kodeksu etyki zawodowej i przepisów prawa farmaceutycznego;
 - f) stosowanie zasad dobrej praktyki aptecznej;
 - g) ocenę jakości leków i monitoring działań niepożądanych;
 - h) organizowanie zaopatrzenia Szpitala w produkty lecznicze i wyroby medyczne;
 - i) udział w pracach zespołu ds. realizacji szpitalnej polityki antybiotykowej i farmakoterapii;
 - j) współuczestniczenie w prowadzeniu gospodarki produktami leczniczymi i wyrobami medycznymi w Szpitalu;
 - k) ustalanie procedur wydawania oraz bieżące wydawanie komórkom działalności podstawowej Szpitala produktów leczniczych i wyrobów medycznych – zgodnie z zapotrzebowaniem oraz z ustalonymi zasadami;
 - l) prowadzenie ewidencji uzyskiwanych darów produktów leczniczych i wyrobów medycznych;
 - m) wstrzymywanie i wycofywanie z obrotu szpitalnego produktów leczniczych i wyrobów medycznych zgodnie z decyzjami Głównego Inspektora Farmaceutycznego;
 - n) prowadzenie ewidencji leków i materiałów medycznych służących realizacji badań klinicznych w Szpitalu;
 - o) realizacja polityki zapobiegania zakażeniom szpitalnym i higieny szpitalnej.
- 2) Apteka Szpitalna czynna jest całą dobę.

XII. Farmakolog Szpitalny:

- 1) Do zadań farmakologa szpitalnego należy:
 - a) nadzór i koordynacja wszystkich działań związanych z rocznym planowaniem zamówień leków;
 - b) opiniowanie pod względem merytorycznym zamówień dodatkowych leków;
 - c) analiza merytoryczna zasadności zakupu danego leku;
 - d) opiniowanie wniosków na zakup leków z wolnej ręki;
 - e) współpraca z kierownikami komórek organizacyjnych Szpitala we wszystkich sprawach związanych z udzielaniem zamówień publicznych na leki;
 - f) opracowywanie receptariusza szpitalnego (weryfikacja istniejącego) z uwzględnieniem leków dopuszczonych do stosowania u dzieci. Receptariusz powinien zawierać:
 - w jakich sytuacjach dany lek ma być stosowany;

- wymogi jakie muszą być spełnione przed rozpoczęciem terapii danym lekiem;
 - informacje, czy do zlecenia terapii danym lekiem upoważniony jest każdy lekarz, czy tylko wskazane osoby (określenie wskazań dla stosowania leków nie musi dotyczyć wszystkich leków w receptariuszu);
 - zasady podawania leków spoza receptariusza szpitalnego;
 - analiza i aktualizacja receptariusza przynajmniej raz na rok;
 - prowadzenie systematycznej oceny farmakoterapii pod kątem zasadności stosowania leków, przypadków polipragmazji, czy kombinacji terapeutycznych obciążonych dużym ryzykiem niekorzystnych interakcji;
 - analiza niepożądanych działań leków.
- 2) Obowiązki farmakologa szpitalnego wynikające z pracy w Zespole ds. Realizacji Szpitalnej Polityki Antybiotykowej i Farmakoterapii:
- a) udział w opracowywaniu szpitalnej listy antybiotyków oraz wskazań do ich stosowania;
 - b) wydawanie zaleceń dotyczących terapii empirycznej i celowanej najczęściej leczonych zakażeń;
 - c) bieżąca ocena szpitalnej listy antybiotyków: analiza i opiniowanie wniosków o wprowadzenie nowych antybiotyków do receptariusza;
 - d) we współpracy z lekarzami specjalności zabiegowych opracowywanie zasad antybiotykowej profilaktyki okołoperacyjnej;
 - e) konsultacje pacjentów w zakresie właściwego stosowania antybiotyków;
 - f) organizacja i prowadzenie szkoleń dla lekarzy w zakresie racjonalnej antybiotykoterapii;
 - g) monitorowanie stosowania antybiotyków przede wszystkim w zakresie zgodności z opracowanymi rekomendacjami i receptariuszem szpitalnym i przedstawianie informacji zwrotnej lekarzom;
 - h) wprowadzanie zasad do skutecznego i bieżącego monitorowania zlecenia i zamawiania leków, np. wprowadzenie kart zamawiania antybiotyku.

Pion Zastępcy Dyrektora ds. Pielęgniarstwa

§ 57

I. Zastępca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa:

1. Do podstawowych zadań Zastępcy Dyrektora ds. Pielęgniarstwa należy:
 - 1) planowanie celów strategicznych dla rozwoju świadczeń pielęgniarских;
 - 2) współdziałanie w pracach związanych z restrukturyzacją UDSK w Białymstoku;
 - 3) rozpoznanie zapotrzebowania na usługi pielęgniarские;
 - 4) planowanie i realizacja racjonalnego zatrudnienia pielęgniarek w poszczególnych klinikach/oddziałach, prowadzenie procesu rekrutacji;
 - 5) planowanie obsad pielęgniarских zgodnie z potrzebami pacjentów na opiekę pielęgniarскую;
 - 6) planowanie programów zapewniających wysoką jakość udzielanych świadczeń pielęgniarских;
 - 7) planowanie wyposażenia pielęgniarских stanowisk pracy w materiały, aparaturę, sprzęt poprawiający bezpieczeństwo, jakość i komfort opieki nad chorym;
 - 8) ustalanie zakresów obowiązków, odpowiedzialności i uprawnień na poszczególnych stanowiskach pracy;
 - 9) rozmieszczenie kadr pielęgniarских zgodnie z oceną zapotrzebowania na świadczenia zgłaszane przez poszczególne komórki;
 - 10) nadzorowanie przebiegu adaptacji nowoprzyjętych pracowników;
 - 11) wybór i propagowanie nowych metod opieki pielęgniarskiej i zarządzania zespołami pielęgniarскими, zgodnie z rozwojem wiedzy i wytycznymi postępowania;
 - 12) monitorowanie jakości świadczonej opieki pielęgniarskiej;
 - 13) inicjowanie i koordynowanie prac związanych z opracowywaniem i wdrażaniem standardów opieki pielęgniarskiej i procedur postępowania pielęgniarского oraz zarządzania w Szpitalu;
 - 14) współpraca z ośrodkami akademickimi oraz jednostkami doskonalenia podyplomowego w zakresie poszerzania kompetencji zawodowych zespołów pielęgniarских;

- 15) planowanie szkoleń służących aktualizacji niezbędnych uprawnień do wykonywania zawodu podległych pracowników;
- 16) koordynowanie praktyk zawodowych realizowanych przez studentów UMB i innych uczelni medycznych;
- 17) uczestniczenie i włączanie zespołów pielęgniarskich do prac badawczych i zachęcanie do wykorzystania wyników badań w praktyce pielęgniarskiej;
- 18) współpraca z konsultantami krajowymi i wojewódzkimi, samorządem zawodowym, towarzystwami naukowymi i innymi organizacjami oraz zachęcanie i umożliwianie pracownikom brania czynnego udziału w pracach na rzecz środowiska pielęgniarskiego;
- 19) współpraca z Dyrekcją, Radą Społeczną Szpitala, komórkami organizacyjnymi UDSK, organizacjami związkowymi oraz przedstawicielami poszczególnych zawodów medycznych w zakresie określonym niniejszym Regulaminem działającymi na terenie Szpitala oraz tworzenie warunków do współdziałania pielęgniarek i położnych z innymi profesjami medycznymi;
- 20) nawiązywanie współpracy z wiodącymi ośrodkami w kraju (za granicą), w celu wzajemnej wymiany informacji i zespołów pracowniczych;
- 21) współudział w opracowywaniu w Szpitalu systemów oceniania, wynagradzania, nagradzania i karania;
- 22) sprawowanie nadzoru nad sporządzaną w Szpitalu dokumentacją pielęgniarską;
- 23) nadzorowanie stanu sanitarno-higienicznego Szpitala;
- 24) nadzorowanie funkcjonowania Centralnej Sterylizatorni;
- 25) analiza kosztów świadczonej opieki pielęgniarskiej i przedkładanie wniosków w tym zakresie;
- 26) współdecydowanie o wprowadzeniu procedur jakościowo- optymalnych, a kosztowo niższych;
- 27) nadzorowanie przestrzegania praw pacjenta i zasad etyki zawodowej;
- 28) nadzorowanie realizacji zadań na podległych stanowiskach pracy, oraz przestrzeganie Regulaminu pracy i zakresów obowiązków;
- 29) formułowanie wniosków, co do jakości prac działów pomocniczych oraz składanie propozycji odnośnie do wykonywania przez nie nowych zadań lub innego zorganizowania ich funkcjonowania;

- 30) uczestniczenie w pracach Komitetu ds. Zakazań Zakładowych, Zespołu ds. Jakości Świadczeń Zdrowotnych, i innych zgodnie z zarządzeniami Dyrektora;
 - 31) wnioskowanie o nagradzanie, karanie, zatrudnienie, zwalnianie, zmianę stanowiska podległych pracowników.
2. Zastępca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa odpowiada za realizację w/w zakresu czynności oraz ponosi odpowiedzialność służbową, materialną lub karną (w szczególnych wypadkach łączną) za spowodowanie szkody z tytułu niewywiązywania się ze swoich zadań oraz nieprzestrzegania zapisów obowiązującego prawa, w tym regulacji wewnątrzszpitalnych.

§ 58

Komórki organizacyjne i stanowiska bezpośrednio podległe Zastępcy Dyrektora ds. Pielęgniarstwa:

I. **Pielęgniarka Oddziałowa:**

1. Pielęgniarka oddziałowa/ pielęgniarka koordynująca organizuje, kieruje i kontroluje pracę personelu pielęgniarskiego, ratowników medycznych, dietetyczek oraz personelu pomocniczego zatrudnionego w klinice/oddziale.
2. Do zadań Pielęgniarki Oddziałowej należy:
 - 1) znajomość i przestrzeganie regulaminów i przepisów obowiązujących w UDSK w Białymstoku;
 - 2) znajomość i przestrzeganie przepisów prawnych z zakresu zawodu pielęgniarki oraz pełnionej funkcji;
 - 3) planowanie miesięcznego rozkładu czasu pracy dla zapewnienia kompleksowej całodobowej opieki pielęgniarskiej oraz kontrolowanie i prowadzenie ewidencji czasu pracy podległego personelu;
 - 4) wnioskowanie i opiniowanie w sprawach podległego personelu dotyczących: nagród i pochwał, kar, zmiany stanowiska, kierowania na szkolenia;
 - 5) sporządzanie rocznych planów urlopów wypoczynkowych z uwzględnieniem konieczności zapewnienia normalnego toku pracy;
 - 6) prowadzenie polityki kadrowej umożliwiającej właściwe zarządzanie personelem;
 - 7) analizowanie zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską;
 - 8) prowadzenie adaptacji zawodowej nowo przyjętych pracowników;

- 9) prowadzenie stanowiskowego szkolenie z zakresu BHP;
- 10) sprawdzanie aktualności badań lekarskich podległych pracowników, współpraca w tym zakresie z lekarzem medycyny pracy, służbą BHP i Działem Spraw Pracowniczych;
- 11) ustalanie podziału obowiązków, odpowiedzialności i uprawnień zgodnie z kwalifikacjami i umiejętnościami podległego personelu;
- 12) organizowanie pracy pielęgniarek poprzez planowanie i dobór prawidłowych metod postępowania pielęgnacyjnego stosownie do kwalifikacji personelu, stanu zdrowia pacjentów, ustalonego planu leczenia oraz wyposażenia komórki organizacyjnej;
- 13) zapewnienie warunków organizacyjno-technicznych do wykonywania zadań, dbanie o prawidłowe zabezpieczenie komórki organizacyjnej w leki, materiały opatrunkowe, sprzęt medyczny, środki dezynfekcyjne itp.;
- 14) organizowanie właściwych warunków do prawidłowej adaptacji pacjentów i opiekunów w oddziale;
- 15) uczestniczenie w tworzeniu planu opieki, poszukiwanie i proponowanie nowych rozwiązań na rzecz usprawniania pracy oraz poprawy jakości udzielanych świadczeń;
- 16) organizowanie i wpływanie na prawidłową realizację zadań z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia w stosunku do chorych i ich rodziców/opiekunów;
- 17) ustalanie zakresu i treści informacji przekazywanych pacjentom i ich rodzinom przez pielęgniarki w ramach prowadzenia promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej;
- 18) współuczestniczenie, w razie konieczności, w sprawowaniu opieki bezpośredniej i pośredniej nad pacjentem;
- 19) zapewnienie planowego i terminowego wykonywania zabiegów pielęgnacyjnych, leczniczych i rehabilitacyjnych;
- 20) dbanie o poziom satysfakcji pacjentów z udzielanych świadczeń pielęgniarskich;
- 21) zapewnienie właściwego przepływu informacji o pacjencie i istotnych sprawach związanych z działalnością kliniki/oddziału poprzez uczestniczenie w raportach pielęgniarskich, odprawach lekarskich, zebraniach, itp.;

- 22) zapewnienie przestrzegania praw pacjenta w zakresie określonym Ustawą o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;
- 23) nadzorowanie, ocenianie i analizowanie realizacji zadań, w tym:
 - a) poprawność i jakość świadczonej opieki pielęgniarskiej;
 - b) prowadzenie zbiorczej i indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta przez podległy personel zgodnie z aktualnymi wymogami formalnymi i obowiązującymi przepisami oraz właściwe jej przechowywanie;
 - c) przestrzeganie praw pacjenta;
 - d) utrzymanie higieny i czystości chorych oraz stanu sanitarno-higienicznego kliniki/ oddziału oraz ścisła współpraca w tym zakresie z pielęgniarką epidemiologiczną, Działem Administracyjno-Gospodarczym, zewnętrzną firmą sprzątającą;
 - e) sposobu żywienia pacjentów, zgłaszanie uwag do specjalisty ds. koordynacji żywienia;
 - f) warunków przechowywania i wykorzystania przez personel sprzętu i leków;
 - g) przestrzegania dyscypliny pracy oraz regulaminów i procedur obowiązujących w UDSK przez podległych pracowników;
- 24) ocenianie wiedzy, umiejętności i postawy pracowników niezbędne do bezpiecznego wykonywania zadań pielęgnacyjno-opiekuńczych;
- 25) stwarzanie właściwej atmosfery w klinice / oddziale;
- 26) zapewnienie poprawnej współpracy z całym zespołem terapeutycznym;
- 27) zachęcanie do podnoszenia kwalifikacji przez pracowników, umożliwianie udziału w szkoleniach i doksztalcaniu podległego personelu z uwzględnieniem zapewnienia normalnego toku pracy;
- 28) zachęcanie do lepszej jakości pracy;
- 29) planowanie i organizowanie zebrań wewnątrz-oddziałowych zgodnie z potrzebami kliniki/oddziału;
- 30) przestrzeganie właściwej i oszczędnej gospodarki lekami, materiałami higienicznymi i sprzętem;
- 31) dbanie o zabezpieczenie mienia kliniki/oddziału;
- 32) koordynowanie i uczestniczenie w budowaniu, wdrażaniu i przestrzeganiu standardów i procedur obowiązujących w pracy zawodowej pielęgniarki;
- 33) podnoszenie własnych kwalifikacji zawodowych;
- 34) zachowanie tajemnicy służbowej;

- 35) noszenie identyfikatora w pracy;
- 36) uczestniczenie w pracach komisji przetargowych związanych z zaopatrzeniem kliniki / oddziału w sprzęt medyczny, środki i materiały pomocnicze, bieliznę, pościel itp.;
- 37) uczestniczenie w procedurach związanych z zakupem usług związanych z utrzymaniem kliniki/oddziału w czystości, zapewnieniem żywienia pacjentów, prania bielizny itp.;
- 38) zachowanie życzliwego i kulturalnego stosunku do pacjentów, ich opiekunów oraz współpracowników i przełożonych;
- 39) powiadamianie swojego przełożonego o nieobecności w pracy;
- 40) wykonywanie innych czynności zleconych przez przełożonego zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami, a nieujętych w niniejszym zakresie obowiązków.

II. Pielęgniarki realizujące zadania zawodowe w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej:

1. Do zadań pielęgniarek realizujących zadania zawodowe w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej należy:
 - 1) sprawdzanie poprawności wypełnionego formularza skierowania do poszczególnych pracowni ZDO oraz aktualnego dowodu ubezpieczenia uprawniającego do uzyskania bezpłatnych świadczeń medycznych;
 - 2) rejestrowanie pacjenta w systemie informatycznym w dniu wykonania świadczenia w ZDO;
 - 3) wpisywanie do rejestru osób oczekujących na świadczenia do poszczególnych pracowni ZDO;
 - 4) udzielanie informacji o sposobie przygotowania pacjenta do badania w poszczególnych pracowniach;
 - 5) przygotowanie materiałów, sprzętu i aparatury koniecznej do wykonania badań diagnostycznych, gdzie obecność pielęgniarki jest niezbędna;
 - 6) przygotowanie pacjenta do zabiegu z podaniem kontrastu poprzez założenie kaniuli do naczynia żylnego i właściwe jej zabezpieczenie;
 - 7) asystowanie lekarzowi podczas wykonywania badania z podaniem kontrastu;
 - 8) opiekowanie się i obserwowanie pacjenta podczas badania, współuczestniczenie w udzielaniu pierwszej pomocy w przypadku wystąpienia powikłań;
 - 9) prowadzenie dokumentacji wykonanych zabiegów zgodnie z obowiązującymi wymogami formalnymi i przyjętymi procedurami;

- 10) prowadzenie niezbędnej statystyki z wykonywanych świadczeń i terminowe przekazywanie do wyznaczonych komórek;
- 11) dbanie o zabezpieczenie w środki i materiały niezbędne do prawidłowego funkcjonowania komórki;
- 12) sprawowanie nadzoru nad przestrzeganiem procedur sanitarno - higienicznych w komórce organizacyjnej;
- 13) informowanie pacjenta o jego prawach;
- 14) informowanie o zasadach przyjęć w UDSK;
- 15) prowadzenie edukacji zdrowotnej pacjentów i opiekunów;
- 16) przestrzeganie zasad kodeksu etyki zawodowej i tajemnicy służbowej;
- 17) systematyczne doskonalenie kwalifikacji zawodowych poprzez samokształcenie, udział w szkoleniach wewnętrznych i poza Szpitalem;
- 18) branie aktywnego udziału w opracowywaniu, wdrażaniu i modyfikacji standardów i procedur świadczeń pielęgniarskich służących usprawnianiu organizacji pracy i poprawie jakości opieki pielęgniarskiej;
- 19) współdziałanie z pracodawcą i przełożonym w wypełnianiu obowiązków dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy;
- 20) dbanie o pozytywny wizerunek swojej komórki i Szpitala;

III. Pielęgniarki realizujące zadania zawodowe w Oddziale Dziennym Psychiatrycznym:

1. Do zadań pielęgniarek w Oddziale Dziennym Psychiatrycznym należy:
 - 1) zapewnianie kompleksowej opieki pielęgniarskiej hospitalizowanym w Oddziale pacjentom poprzez:
 - a) rozpoznanie problemów pielęgnacyjnych pacjentów na podstawie danych uzyskanych z obserwacji, rozmów z pacjentem i/lub jego rodziną, informacji uzyskanych od innych członków zespołu terapeutycznego oraz analizy dokumentacji medycznej;
 - b) planowanie opieki stosownie do stanu zdrowia pacjenta, diagnozy pielęgniarskiej i lekarskiej oraz ustalonego postępowania diagnostycznego, leczniczego i rehabilitacyjnego;
 - c) realizowanie opieki wg ustalonego planu i zgodnie z aktualnym stanem zdrowia pacjenta;
 - d) dokonywanie pomiarów podstawowych parametrów życiowych w zakresie zgodnym z kompetencjami;

- e) przygotowywanie pacjentów do badań diagnostycznych i specjalistycznych;
 - f) wykonywanie czynności pielęgnacyjno – opiekuńczych;
 - g) wykonywanie zleceń lekarskich;
 - h) dobieranie metod i sposobów realizacji programów profilaktycznych, promocji zdrowia;
 - i) zapewnienie warunków ułatwiających choremu adaptację w środowisku szpitalnym;
 - j) wykonywanie czynności mających na celu utrzymanie, przywracanie i usprawnianie funkcji narządów i układów;
 - k) czuwanie nad bezpieczeństwem chorych i innych osób przebywających w oddziale;
 - l) pobudzanie i aktywizowanie chorego do udziału w procesie leczenia i pielęgnowania;
 - m) zapewnienie pacjentowi wsparcia psychicznego;
 - n) pomoc w realizacji potrzeb duchowych;
 - o) pomoc w utrzymaniu kontaktów z rodziną oraz osobami bliskimi;
 - p) pomoc w rozwiązywaniu problemów bio - psycho – społecznych;
 - q) edukowanie pacjentów i ich rodzin (opiekunów);
- 2) udzielanie i organizowanie pierwszej pomocy w stanach zagrożenia życia oraz w sytuacjach kryzysowych w klinice/oddziale;
 - 3) dokumentowanie rozpoznanych problemów pielęgnacyjnych, wszystkich czynności wykonywane przy pacjencie oraz wyników pielęgnowania;
 - 4) zabezpieczanie i przechowywanie zgodnie z obowiązującymi przepisami i zasadami leków, środków dezynfekcyjnych, materiałów sterylnych, sprzętu jednorazowego użytku, itd.;
 - 5) przestrzeganie praw pacjenta i zasad etyki zawodowej;

IV. **Pielęgniarki realizujące zadania zawodowe w Gabinetzie Zabiegowym:**

1. Do zadań pielęgniarek w Gabinetzie zabiegowym należy:
 - 1) pobieranie materiału do badań diagnostycznych zgodnie ze zleceniami lekarskimi;
 - 2) pobieranie materiału do badań diagnostycznych od pacjentów zgłaszających się na badania płatne;
 - 3) potwierdzanie realizacji zleceń w systemie komputerowym, drukowanie kodów na próbówki,

- 4) udzielanie instruktażu pacjentom i ich opiekunom w zakresie prawidłowego zachowania się podczas zabiegów diagnostycznych i leczniczych;
- 5) prawidłowe postępowanie z pobranym materiałem diagnostycznym, poprawne oznakowanie przed przekazaniem do poszczególnych pracowni;
- 6) prowadzenie dokumentacji wykonywanych zabiegów wg. obowiązujących przepisów i standardów;
- 7) dbanie o optymalne zaopatrzenie Gabinetu Zabiegowego w środki i sprzęt do realizacji zadań;
- 8) utrzymanie w należyтым stanie i gotowości sprzętu i środków farmakologicznych, zestawu przeciwwstrząsowego;
- 9) udzielanie pierwszej pomocy przedlekarskiej w stanach zagrożenia życia.
- 10) prowadzenie niezbędnej sprawozdawczości z wykonywanych świadczeń i terminowe jej przekazywanie do wyznaczonych komórek;
- 11) przestrzeganie obowiązujących procedur sanitarno – epidemiologicznych.
- 12) prowadzenie edukacji zdrowotnej pacjentów i opiekunów;
- 13) informowanie o Prawach Pacjenta i zasadach udzielania świadczeń zdrowotnych w Uniwersyteckim Dziecięcym Szpitalu Klinicznym;
- 14) systematyczne podnoszenie kwalifikacji zawodowych poprzez samokształcenie, udział w szkoleniach wewnętrznych i poza Szpitalem;
- 15) aktywny udział w opracowywaniu, wdrażaniu i modyfikacji standardów i procedur świadczeń pielęgniarских służących usprawnianiu organizacji i poprawie jakości opieki pielęgniarской.

III. Pielęgniarki i położne poradni AOS:

1. Do zadań pielęgniarek/położnej AOS należy:
 - 1) dbanie o utrzymanie porządku w pomieszczeniach poradni;
 - 2) zapewnianie zaopatrzenia poradni w niezbędny sprzęt, narzędzia lekarskie i materiał opatrunkowy;
 - 3) zbieranie informacji o aktualnie zgłaszanych problemach;
 - 4) udzielanie pomocy przy badaniu chorych w zakresie wskazanym przez lekarza;
 - 5) wykonywanie i współuczestniczenie w udzielaniu świadczeń diagnostyczno - leczniczych, gdzie obecność pielęgniarki/położnej jest niezbędna;
 - 6) wykonywanie pomiarów antropometrycznych (waga, wzrost itd.), pouczanie chorego o sposobie wykonywania zleceń lekarskich pacjentom zgłaszającym się do poradni;

- 7) prowadzenie edukacji zdrowotnej pacjentów i ich rodziców;
- 8) przekazywanie informacji o pacjencie pozostałym członkom zespołu terapeutycznego;
- 9) prowadzenie wymaganej dokumentacji medycznej dotyczącej pracy własnej oraz świadczeń udzielanych w poradniach;
- 10) oszczędne prowadzenie gospodarki lekami, sprzętem i materiałami stanowiącymi wyposażenie poradni;
- 11) udzielanie instruktażu pacjentom i ich opiekunom w zakresie prawidłowego zachowania się w czasie zabiegu bądź podczas badania diagnostycznego właściwe udzielanie pierwszej pomocy przed lekarskiej w nagłych wypadkach;
- 12) szerzenie oświaty zdrowotnej poprzez prowadzenie pogadarek z pacjentami oraz rozmów indywidualnych;
- 13) czuwanie nad aktualnością ogłoszeń dotyczących czasu pracy poradni;
- 14) prowadzenie niezbędnej statystyki z wykonywanych świadczeń i terminowe przekazywanie tych informacji do wyznaczonych komórek;
- 15) utrzymywanie w należyтым stanie i gotowości sprzętu i środków farmakologicznych zestawu przeciwwstrząsowego;
- 16) udzielanie pierwszej pomocy do czasu przybycia lekarza;
- 17) dbanie o zabezpieczenie w inne środki i materiały niezbędne do prawidłowego funkcjonowania poradni;
- 18) przestrzeganie procedur sanitarno – higienicznych;
- 19) informowanie o Prawach Pacjenta i zasadach przyjęć w poradni;
- 20) przestrzeganie zasad Kodeksu Etyki Zawodowej i tajemnicy służbowej;
- 21) systematyczne doskonalenie kwalifikacji zawodowych poprzez samokształcenie, udział w szkoleniach wewnętrznych i poza Szpitalem.

IV. Pielęgniarka Koordynująca POZ

Do zadań Pielęgniarki Koordynującej POZ należy:

1. W zakresie realizacji funkcji kierowniczej:
 - 1) organizowanie i nadzorowanie opieki pielęgniarskiej oraz pracy pielęgniarek i położnych poradni POZ;
 - 2) planowanie, właściwe rozmieszczenie i wykorzystanie personelu zgodnie z obowiązującym czasem pracy;
 - 3) ustalanie potrzeb w zakresie wyposażenia poszczególnych pomieszczeń;

- 4) dbanie o właściwe wyposażenie pielęgniarskich stanowisk pracy w sprzęt, aparaturę, leki oraz materiały niezbędne do wykonywania pracy zawodowej oraz pełni nadzór nad ich prawidłowym wykorzystaniem i gospodarowaniem;
- 5) sygnalizowanie Kierownikowi poradni o wszystkich problemach, których rozwiązanie wykracza poza kompetencje oraz możliwości organizacyjne Pielęgniarki Koordynującej;
- 6) nadzór nad stanem sanitarno – higienicznym pomieszczeń i realizacją obowiązujących procedur medycznych;
- 7) doskonalenie kwalifikacji zawodowych podległego personelu, zwłaszcza przez:
 - a) prowadzenie bieżącego instruktażu w zakresie ustalenia i właściwego doboru metod postępowania pielęgnacyjnego;
 - b) właściwą realizację programu adaptacji zawodowej pracowników;
 - c) organizowanie szkoleń zgodnie z potrzebami poradni oraz zainteresowaniami personelu.

2. W zakresie realizacji zadań pielęgniarki POZ:

- 1) współpraca z:
 - a) lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej;
 - b) położną podstawowej opieki zdrowotnej, wybranymi przez świadczeniobiorcę;
 - c) pielęgniarką środowiskową;
 - d) przedstawicielami organizacji i instytucji działających na rzecz zdrowia;
 - e) prowadzenia dokumentacji pielęgniarki POZ a w szczególności:
- 2) prowadzenie dokumentacji pielęgniarki POZ;
- 3) prowadzenie edukacji zdrowotnej i poradnictwa w zakresie zdrowego stylu życia;
- 4) wykonywanie obowiązkowych szczepień ochronnych pacjenta zgodnie z przepisami, oraz informowanie rodziców o szczepieniach zalecanych;
- 5) współpraca ze Stacją Sanitarno- Epidemiologiczną w zakresie zamawiania szczepionek oraz sprawozdawczości ze szczepień ochronnych;
- 6) rozpoznawanie, ocena i zapobieganie zagrożeniom zdrowotnym u świadczeniobiorców;
 - a) rozpoznawanie potrzeb pielęgnacyjnych i problemów zdrowotnych świadczeniobiorców;
 - b) monitorowanie rozwoju dziecka w oparciu o inne przepisy;

- c) realizacja programów promocji zdrowia i profilaktyki chorób;
- d) prowadzenie działań profilaktycznych u świadczeniobiorców z grup ryzyka zdrowotnego;
- e) realizacja programów promocji zdrowia i profilaktyki chorób;
- f) realizacja opieki pielęgnacyjnej u świadczeniobiorców w różnych stanach zdrowia i choroby zgodnie z aktualną wiedzą medyczną i współczesnymi standardami opieki pielęgniarstwa;
- g) przeprowadzanie wywiadów środowiskowych;
- h) wykonywanie podstawowych pomiarów życiowych i ich ocena oraz interpretacja;
- i) wykonywanie testów diagnostycznych przy wykorzystaniu zestawów diagnostycznych;
- j) pobieranie materiału do badań diagnostycznych przy użyciu zestawów do pobierania;
- k) udzielanie pierwszej pomocy w stanach zagrożenia życia i w nagłych zachorowaniach, w tym prowadzenie resuscytacji krążeniowo-oddechowej;
- l) podawanie leków różnymi drogami i technikami zleconymi przez lekarza oraz zgodnie z odrębnymi przepisami;
- m) wykonywanie zabiegów pielęgnacyjno-leczniczych;
- n) dobór technik karmienia w zależności od stanu chorego.
- o) Usprawnienia ruchowe pacjentów.

V. **Pielęgniarka koordynująca NŚOZ**

1. W zakresie realizacji funkcji kierowniczej:

- 1) organizowanie i nadzorowanie opieki pielęgniarstwa oraz pracy pielęgniarek NŚOZ;
- 2) planowanie, właściwe rozmieszczenie i wykorzystanie personelu zgodnie z obowiązującym czasem pracy;
- 3) ustalanie potrzeb w zakresie wyposażenia poszczególnych pomieszczeń;
- 4) dbanie o właściwe wyposażenie pielęgniarstwa stanowisk pracy w sprzęt, aparaturę, leki oraz materiały niezbędne do wykonywania pracy zawodowej, a także pełny nadzór nad ich prawidłowym wykorzystaniem i gospodarowaniem;

- 5) sygnalizowanie kierownikowi o wszystkich problemach, których rozwiązanie wykracza poza kompetencje oraz możliwości organizacyjne pielęgniarki koordynującej;
- 6) nadzór nad stanem sanitarno – higienicznym pomieszczeń i realizacją obowiązujących procedur medycznych;
- 7) doskonalenie kwalifikacji zawodowych podległego personelu, zwłaszcza przez:
 - a) prowadzenie bieżącego instruktażu w zakresie ustalenia i właściwego doboru metod postępowania pielęgnacyjnego;
 - b) właściwa realizacja programu adaptacji zawodowej pracowników;
 - c) organizowanie szkoleń zgodnie z potrzebami oraz zainteresowaniami personelu.

V. Dział ds. Epidemiologii i Jakości Opieki Pielęgniarskiej:

1. Kierownik Działu ds. Epidemiologii i Jakości Opieki Pielęgniarskiej planuje, organizuje i koordynuje pracę Działu ds. Epidemiologii i Jakości Opieki Pielęgniarskiej oraz współpracuje ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Szpitala w zakresie profilaktyki zakażeń szpitalnych, jakości opieki pielęgniarskiej, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej
2. Do głównych zadań Działu ds. Epidemiologii i Jakości Opieki Pielęgniarskiej należy:
 - 1) w zakresie profilaktyki zakażeń:
 - a) prowadzenie monitorowania zakażeń szpitalnych, analiza wyników monitorowania, formułowanie wniosków i ich przedstawianie dyrekcji szpitala;
 - b) koordynowanie wypracowania i stosowania standardów i procedur ograniczających rozprzestrzenianie się zakażeń szpitalnych;
 - c) identyfikacja i wygaszanie szpitalnych ognisk epidemicznych.
 - d) doradztwo w zakresie planowanych prac remontowo-budowlanych w kontekście wpływu na ryzyko nabycia zakażeń szpitalnych.;
 - e) organizacja i prowadzenie audytów dotyczących zakażeń szpitalnych, analiza wyników z kontroli, formułowanie wniosków;

- f) opracowywanie rocznych raportów do Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej dotyczących występowania patogenów alarmowych i oceny sytuacji epidemiologicznej.
 - g) ocena ryzyka wystąpienia zakażeń związanych z wykonywaniem usług medycznych i opracowanie metod ich redukcji.
 - h) badanie środowiska mikrobiologicznego Szpitala, analiza wyników i przedstawianie wniosków i wytycznych postępowania przeciwepidemicznego kadrze kierowniczej Szpitala;
 - i) organizowanie i prowadzenie systematycznej edukacji personelu medycznego z zakresu zakażeń szpitalnych;
 - j) nadzorowanie i koordynowanie działalności pielęgniarek łącznikowych z poszczególnych komórek organizacyjnych w obszarze profilaktyki i monitorowania zakażeń szpitalnych.
- 2) w zakresie poprawy jakości opieki pielęgniarskiej:
- a) inicjowanie, inspirowanie oraz nadawanie kierunków i stwarzanie możliwości praktycznych zmian w metodzie pracy pielęgniarek ukierunkowanej na proces pielęgnowania;
 - b) nadzorowanie prawidłowości prowadzenia dokumentacji pielęgniarskiej;
 - c) inicjowanie oraz nadzór merytoryczny nad opracowywaniem standardów i procedur pielęgnowania i wykonywania zabiegów pielęgniarskich;
 - d) nadzorowanie nad prawidłowością rozkładu miesięcznych godzin pracy pielęgniarek w systemie pracy zmianowej z zachowaniem obowiązujących przepisów kodeksu pracy;
 - e) uczestniczenie w badaniach naukowych mających znaczenie dla rozwoju współczesnego pielęgniarstwa i poprawy jakości opieki;
 - f) uczestniczenie w pracach Zespołu ds. Jakości Świadczeń Zdrowotnych;
 - g) monitorowanie, analiza i ocena jakości opieki pielęgniarskiej;
 - h) podnoszenie jakości świadczeń pielęgniarskich zarówno wobec pacjentów hospitalizowanych, jak i leczonych ambulatoryjnie;
 - i) uczestniczenie we wdrażaniu programów, zapewniających jakość udzielanych świadczeń pielęgniarskich;

- j) uczestniczenie w rozwiązywaniu problemów organizacyjnych związanych ze sprawną opieką pielęgniarską nad pacjentem;
 - k) ocenianie jakości świadczeń pielęgniarskich, stosowanych metod opieki, wyposażenia i obsługi pielęgniarskich stanowisk pracy;
 - l) nadzorowanie przestrzegania zasad i przepisów bezpieczeństwa oraz higieny pracy;
 - m) współpraca z działami pomocniczymi UDSK w Białymstoku w celu zapewnienia warunków do realizacji świadczeń opiekuńczych, diagnostycznych i leczniczych;
- 3) w zakresie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej:
- a) organizowanie doskonalenia zawodowego dla pielęgniarek we wszystkich jednostkach działalności podstawowej UDSK w Białymstoku (szkolenia wewnątrzzakładowe);
 - b) realizowanie zadań wynikających z Narodowego Programu Zdrowia oraz wojewódzkich lub lokalnych programów promocji zdrowia;
 - c) organizowanie fachowego doradztwa (inicjowanie, inspirowanie oraz nadawanie kierunku działania);
 - d) gromadzenie materiałów edukacyjno- dydaktycznych dla osób prowadzących działalność na rzecz promocji zdrowia;
 - e) prowadzenie nadzoru merytorycznego nad działalnością osób odpowiedzialnych za promocję zdrowia na terenie klinik Szpitala;
 - f) prowadzenie wymaganej dokumentacji szkoleń;
 - g) propagowanie karmienia piersią wśród matek hospitalizowanych dzieci;
 - h) bieżąca współpraca z Sekcją Promocji Zdrowia Powiatowej Stacji Sanitarno – Epidemiologicznej.

VI. Centralna Sterylizatornia:

1. Kierownik Centralnej Sterylizatorni planuje, organizuje i koordynuje pracę Centralnej Sterylizatorni.
2. Do zadań Centralnej Sterylizatorni należy:
 - 1) przyjmowanie materiałów do sterylizacji z komórek organizacyjnych Szpitala;
 - 2) przygotowanie narzędzi chirurgicznych i materiałów do sterylizacji;
 - 3) sterylizacja materiału zgodnie z przepisami i standardami jakościowymi obowiązującymi w tym zakresie;

- 4) wydawanie materiału sterylnego do poszczególnych medycznych komórek organizacyjnych UDSK w Białymstoku;
- 5) stała kontrola bakteriologiczna materiałów poddawanych procesom sterylizacji\ prowadzenie dokumentacji związanej z przyjmowaniem myciem i dezynfekcją, przygotowaniem, sterylizacją i wydawaniem do jednostek organizacyjnych UDSK w Białymstoku materiału podlegającego opracowaniu w Centralnej Sterylizatorni;
- 6) wszechstronne podnoszenie kwalifikacji zawodowych personelu Centralnej Sterylizatorni poprzez szkolenia wewnętrzne i zewnętrzne;
- 7) systematyczne wprowadzanie standardów postępowania wynikających ze zmian w przepisach dotyczących tej dziedziny;
- 8) ścisła współpraca z: Zespołem ds. Zakażeń Szpitalnych, Inspektorem ds. Bezpieczeństwa i Higieny Pracy, Stacją Sanitarno-Epidemiologiczną, Blokiem Operacyjnym oraz pozostałymi medycznymi komórkami organizacyjnymi UDSK w Białymstoku.

VII. **Pracownik Socjalny:**

1. Do zadań Pracownika Socjalnego należy:
 - 1) pomoc w organizacji środowiska opiekuńczego w środowisku domowym lub opieki instytucjonalnej dla pacjentów wymagających takiej pomocy oraz reprezentowanie pacjenta na zewnątrz Szpitala w celu rozwiązywania pilnych spraw socjalno-bytowych;
 - 2) pomoc osobom i rodzinom przezwycięzania trudnych sytuacji życiowych, których nie są one w stanie pokonać wykorzystując własne uprawnienia, zasoby i możliwości;
 - 3) zbieranie i analizowanie danych dotyczących sytuacji socjalno-bytowej pacjenta;
 - 4) ustalanie zakresu pomocy, jakiej będzie potrzebował pacjent opuszczający Szpital, danych dotyczących wydolności samoopiekuńczej chorego i jego środowiska domowego;
 - 5) ustalenie wspólnie z pacjentem i jego rodziną kierunków działań zmierzających do zapewnienia właściwego środowiska domowego, rodzinnego, zawodowego i szkolnego;
 - 6) informowanie chorego i jego rodziny o możliwościach pomocy instytucjonalnej w zakresie opieki socjalno-bytowej;

- 7) pomoc rodzinie w stworzeniu normalnych warunków domowych powracającemu choremu ze Szpitala, przy współpracy z Ośrodkami Pomocy Społecznej w terenie;
 - 8) pomoc choremu i jego rodzinie w nawiązywaniu kontaktu z instytucjami opieki zdrowotnej i pomocy socjalnej w rozwiązywaniu różnorodnych problemów życiowych;
 - 9) podejmowanie działań zmierzających do uregulowania sytuacji prawnej dziecka dla zapewnienia prawidłowej opieki z umieszczeniem dziecka w placówce opiekuńczo-wychowawczej włącznie;
 - 10) stałe pogłębianie i aktualizowanie wiadomości potrzebnych do realizacji zadań.
2. Zadania Pracownika Socjalnego realizowane są od poniedziałku do piątku w godzinach od 7.30 do 15.05.

VIII. Specjalista ds. Koordynacji Żywienia Pacjentów:

1. Specjalista ds. koordynacji żywienia pacjentów nadzoruje realizację umowy dotyczącej usługi żywienia w zakresie przygotowania i dystrybucji posiłków dla pacjentów.
2. Do głównych zadań Specjalisty ds. koordynacji żywienia pacjentów należy:
 - 1) zbieranie i dostarczanie do kuchni zapotrzebowania na diety określonego rodzaju, w określonej liczbie, których dokonują na piśmie pielęgniarki oddziałowe;
 - 2) sporządzanie zestawienia zbiorczego do Kuchni i kontrola liczby i jakości wybranych posiłków;
 - 3) sporządzanie zestawienia liczby wydanych posiłków w oparciu o raporty przyjęć i wypisów sporządzanych przez pielęgniarki oddziałowe oraz uzgadnianie tych ilości z przedstawicielem podmiotu realizującego usługę żywienia pacjentów;
 - 4) wyliczanie zapotrzebowania na mleko dla poszczególnych oddziałów, wypisywanie receptariuszy do Apteki Szpitalnej, odbieranie i dostarczanie mleka do Kuchni Niemowlęcej;
 - 5) odbieranie i potwierdzanie liczby tac na obiad na poszczególne oddziały;
 - 6) nadzór na realizacją usługi przez firmę zewnętrzną, a w szczególności:
 - a) kontrolowanie stanowisk pracy, obserwacji, wglądu do dokumentacji dotyczącej żywienia pacjentów i kontrolowania innych czynności technologicznych;

- b) ocena przygotowanych posiłków pod względem temperatury, wartości odżywczej, energetycznej, zgodności z normami oraz ocena organoleptycznej;
 - c) przeprowadzanie dochodzenia epidemicznego w przypadku podejrzenia zatrucia pokarmowego wraz z Zespołem do Spraw Zakażeń Szpitalnych;
 - d) doradzanie w zakresie prawidłowego żywienia dietetycznego;
 - e) doradztwo w zakresie zakupów dokonywanych przez wykonawcę usługi na potrzeby żywienia chorych.
- 7) uczestniczenie w cotygodniowych odprawach pielęgniarek oddziałowych z Zastępcą Dyrektora ds. Pielęgniarstwa, w czasie których zgłaszane są ewentualne uwagi dotyczące usługi żywienia;
- 8) współpraca z Głównym Księgowym w zakresie sporządzanej dokumentacji związanej z przedmiotem umowy w zakresie żywienia oraz z Zastępcą Dyrektora ds. Administracyjno – Technicznych w zakresie realizacji umowy z firmą dostarczającą usługi żywienia dla UDSK.

Pion Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomicznych

§ 59

I. Zastępca Dyrektora ds. Ekonomicznych:

1. Do podstawowych zadań Z-cy Dyrektora ds. Ekonomicznych należy:
 - 1) współtworzenie, organizowanie i nadzorowanie pracy podległych komórek organizacyjnych w sposób zapewniający prawidłowe wykonywanie powierzonych zadań;
 - 2) koordynowanie prac związanych z przygotowywaniem planów, programów, strategii Szpitala, a także kontrolowanie ich realizacji;
 - 3) uczestniczenie w podejmowaniu kluczowych dla Szpitala decyzji finansowych, jak również związanych z przyszłością Szpitala;
 - 4) nadzorowanie i koordynowanie przygotowania budżetu, jego realizacji i kontroli;
 - 5) nadzorowanie zgodności procedur finansowych z przepisami prawnymi i podatkowymi;
 - 6) nadzór nad realizacją przyjętych i zatwierdzonych planów;

- 7) nadzór nad prawidłowym prowadzeniem gospodarki finansowej Szpitala;
- 8) wspieranie kluczowych decyzji Dyrektora poprzez dostarczanie informacji na temat aktualnej kondycji finansowej Szpitala, możliwości zwiększenia efektywności finansowej, planowanych działaniach i prognozach;
- 9) przygotowanie materiałów niezbędnych do prowadzenia polityki finansowej Szpitala;
- 10) nadzorowanie systemu gromadzenia przetwarzania, analizowania i przepływu danych finansowych w Szpitalu;
- 11) poszukiwanie rozwiązań zapewniających optymalną rentowność Szpitala;
- 12) dokonywanie oceny ryzyka finansowego inwestycji, transakcji, lokat itp.;
- 13) koordynowanie prac związanych z przygotowywaniem ofert na świadczenia zdrowotne finansowane przez płatnika, MZ, UE i inne podmioty;
- 14) uczestniczenie w negocjacjach z płatnikiem świadczeń zdrowotnych;
- 15) bieżące nadzorowanie realizacji świadczeń zdrowotnych wykonywanych w Szpitalu na podstawie umów z płatnikiem, MZ i innymi podmiotami;
- 16) bieżąca współpraca z płatnikiem, a także współpraca z Zastępcą Dyrektora ds. Lecznictwa przy sporządzaniu rozliczeń i sprawozdawczości przekazywanej do płatnika, MZ i innych podmiotów;
- 17) analizowanie ekonomicznych skutków polityki zatrudnienia i ścisła współpraca w tym zakresie z Działem Spraw Pracowniczych;
- 18) współpraca z Zastępcą Dyrektora ds. Lecznictwa przy ustalaniu i weryfikacji cen na usługi medyczne świadczone w Szpitalu;
- 19) koordynowanie sprawozdawczości ekonomiczno-finansowej Szpitala prowadzonej dla jednostek własnych i zewnętrznych;
- 20) analizowanie i ocenianie sytuacji ekonomiczno-finansowej Szpitala;
- 21) sporządzanie comiesięcznych zestawień wykonania umów z płatnikiem, kosztów i wyniku finansowego Szpitala (analizy wyrywkowe) we współpracy z Zastępcą Dyrektora ds. Lecznictwa;
- 22) uczestniczenie w pracach związanych z opracowywaniem projektów mających na celu pozyskiwanie dodatkowych środków finansowych z funduszy strukturalnych regionu, kraju niezbędnych dla dalszego rozwoju Szpitala;
- 23) nadzorowanie realizacji planów Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych: podpisywanie wydatków z ZFŚS (pożyczek, zapomóg, wniosków o wczasy i wypoczynek dzieci);

- 24) analizowanie i podpisywanie przelewów;
- 25) wnioskowanie i opiniowanie w sprawach awansowania, wynagradzania, zatrudniania i karania pracowników nadzorowanego pionu.

§ 60

Komórki organizacyjne i stanowiska bezpośrednio podległe Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomicznych:

I. Główny Księgowy:

1. Obowiązki i uprawnienia Głównego Księgowego jednostki sektora finansów publicznych reguluje art. 54 ustawy o Finansach Publicznych.
2. Do najważniejszych zadań Głównego Księgowego należy:
 - 1) Sprawowanie nadzoru nad prawidłowym prowadzeniem rachunkowości jednostki zgodnie z obowiązującymi przepisami, a w szczególności:
 - a) organizowanie sporządzania, przyjmowania, obiegu, archiwizowania oraz kontroli dokumentów w sposób zapewniający właściwy przebieg operacji gospodarczych;
 - b) ochronę mienia będącego w posiadaniu jednostki, a także sporządzanie kalkulacji wynikowych kosztów wykonywanych zadań oraz sprawozdawczości finansowej;
 - c) bieżące prowadzenie księgowości i sprawozdawczości finansowej umożliwiające przekazywanie informacji ekonomicznych;
 - d) rozliczanie osób majątkowo odpowiedzialnych za te mienie;
 - e) prawidłowe i terminowe dokonywanie rozliczeń finansowych;
 - f) nadzorowanie całokształtu prac w zakresie rachunkowości, wykonywanych przez poszczególne komórki organizacyjne;
 - g) nadzorowanie prawidłowości i terminowości dokonywania rozliczeń publiczno-prawnych;
 - h) sporządzanie sprawozdania finansowego za rok obrachunkowy i poddawania go kontroli przez biegłego rewidenta;
 - i) nadzorowanie sporządzania sprawozdawczości za okresy obrachunkowe;
 - j) aktualizowanie zasad przyjętej polityki rachunkowości jednostki;

- 2) prowadzenie gospodarki finansowej UDSK w Białymstoku zgodnie z obowiązującymi zasadami, polegającymi zwłaszcza na:
 - a) terminowym wykonywaniu dyspozycji środkami pieniężnymi i innymi będącymi w dyspozycji Szpitala;
 - b) przestrzeganiu zasad rozliczeń pieniężnych i ochrony wartości pieniężnych;
 - c) zapewnieniu terminowego ściągania należności i dochodzenia roszczeń spornych oraz spłaty zobowiązań;
 - d) analizie wykorzystania środków będących w dyspozycji jednostki;
 - e) dbałość o najbardziej ekonomiczne wykorzystanie majątku jednostki przy zachowaniu jak najlepszych efektów gospodarczych.
- 3) Dokonywanie wstępnej kontroli wewnętrznej:
 - a) zgodności operacji gospodarczych i finansowych z planem finansowym;
 - b) kompletności i rzetelności dokumentów dotyczących operacji gospodarczych i finansowych stanowiących przedmiot księgowania;
 - c) prawidłowości, terminowości i rzetelności składanych sprawozdań finansowych;
 - d) prawidłowości i terminowości dochodzenia roszczeń oraz terminowego ściągania należności;
 - e) należytego przechowywania i zabezpieczania dokumentów księgowych oraz sprawozdań finansowych;
 - f) prawidłowego i terminowego dokonywania rozliczeń finansowych;
 - g) prawidłowości i terminowości przeprowadzanych inwentaryzacji majątku;
 - h) stanu gotówki oraz kont rozrachunkowych;
 - i) prawidłowości i zabezpieczenia, przechowywania i transportu gotówki;
 - j) prawidłowości gospodarki magazynowej;
3. Akceptowanie dokumentów finansowych i bankowych zgodnie z obowiązującymi przepisami.
4. Należyte przechowywanie, zabezpieczanie i archiwizacja dokumentów księgowych.
5. Obsługa bankowości elektronicznej, w tym zatwierdzanie przelewów do zapłaty.

6. Opracowywanie projektów przepisów wewnętrznych dotyczących prowadzenia rachunkowości, a w szczególności zakładowego planu kont, obiegu dokumentów (dowodów księgowych), zasad prowadzenia i rozliczania inwentaryzacji i innych.
7. Koordynowanie, organizacja i ocenianie pracowników Sekcji Księgowości Finansowej oraz Sekcji Kosztów.

II. **Sekcja Księgowości Finansowej:**

1. Do zadań Sekcji Księgowości Finansowej należy:
 - 1) prowadzenie rejestru dokumentów księgowych przekazywanych przez kancelarię, ich weryfikacja, kontrola i podpisywanie pod względem formalnym i rachunkowym,
 - 2) prowadzenie ksiąg rachunkowych na podstawie dokumentów księgowych rzetelnie, bezbłędnie, sprawdzalnie i na bieżąco;
 - 3) kompletowanie, weryfikacja, dekretowanie i ewidencja w systemie komputerowym dokumentów księgowych dotyczących ogółu operacji księgowych związanych z przychodami i kosztami Szpitala,
 - 4) kompletowanie, weryfikacja, dekretowanie i ewidencja w systemie komputerowym dokumentów księgowych dotyczących ogółu operacji księgowych związanych z gospodarką magazynową (zakup materiałów, leków, odczynników) zgodnie z obowiązującymi przepisami;
 - 5) weryfikacja i ewidencja w systemie komputerowym wyciągów bankowych;
 - 6) prowadzenie rejestrów VAT i wszystkich spraw związanych z podatkiem VAT zgodnie z obowiązującymi przepisami,
 - 7) weryfikacja zobowiązań Szpitala, w tym potwierdzanie kontrahentom sald zobowiązań;
 - 8) monitorowanie na bieżąco terminowości regulowania przez dłużników należności zgodnie z aktualnie obowiązującą Instrukcją windykacji, w tym m. in. naliczanie odsetek należnych jednostce, wystawianie wezwań do zapłaty, występowanie z wnioskiem do Rady Prawnego o windykację należności;
 - 9) inwentaryzacja należności, drogą potwierdzenia sald lub weryfikacji;
 - 10) wystawianie w systemie komputerowym faktur VAT, not obciążeniowych, PK i innych dokumentów księgowych;
 - 11) analiza i uzgadnianie zapisów analitycznych i syntetycznych na kontach księgowych w terminach i na zasadach określonych w obowiązujących przepisach;

- 12) rozliczanie delegacji służbowych związanych z podróżami służbowymi pracowników zgodnie z obowiązującymi przepisami;
- 13) obsługa bankowości elektronicznej, w tym terminowe i rzetelne przygotowywanie przelewów bankowych na podstawie „zatwierdzonych do zapłaty” dokumentów księgowych, zgodnie z ich terminami płatności;
- 14) prowadzeniem Kasy Szpitala zgodnie z aktualnie obowiązującą Instrukcją gospodarki kasowej, w tym przyjmowanie wpłat środków pieniężnych wynikających z działalności szpitala oraz dokonywanie wypłaty środków pieniężnych na podstawie „zatwierdzonych do zapłaty” dokumentów księgowych i ich ewidencja w systemie komputerowym;
- 15) sporządzanie raportu kasowego oraz kontrola stanu gotówki w kasie na koniec każdego dnia, w tym zasilanie kasy w brakujące środki pieniężne i odprowadzanie nadwyżki gotówki do banku;
- 16) kompletowanie, weryfikacja, dekretowanie i ewidencja w systemie komputerowym dokumentów księgowych dotyczących ogółu operacji księgowych związanych ze środkami trwałymi, i wyposażeniem szpitala, zgodnie z obowiązującymi przepisami, w tym zakupy, dary, kasacje;
- 17) rozliczanie projektów, dotacji, darowizn i innych zadań inwestycyjnych, zgodnie z zawartymi umowami, z uwzględnieniem źródeł finansowania;
- 18) naliczanie i księgowanie amortyzacji środków trwałych i wartości niematerialnych i prawnych zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz jej analiza;
- 19) ewidencja w systemie komputerowym dokumentów dotyczących ogółu operacji związanych z działalnością ZFŚS;
- 20) sporządzanie i aktualizacja rocznego planu inwentaryzacji majątku Szpitala zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz sporządzanie rocznego sprawozdania z inwentaryzacji;
- 21) organizowanie, przeprowadzanie oraz rozliczanie spisów z natury zgodnie z obowiązującym w Szpitalu zarządzeniem o Inwentaryzacji;
- 22) znakowanie na bieżąco kodami kreskowymi majątku będącego na ewidencji Szpitala, w tym nowoprzyjętego;
- 23) organizowanie, przeprowadzanie oraz księgowanie w systemie komputerowym spisów z natury zapasu leków, odczynników oraz drobnego sprzętu medycznego, (odpisane w koszty w dniu pobrania z magazynu, a nie zużyte do dnia bilansowego);

- 24) terminowe i rzetelne sporządzanie sprawozdań finansowych i analiz;
 - 25) należyte przechowywanie, zabezpieczanie i archiwizacja dokumentów księgowych;
 - 26) obsługa organów przeprowadzających kontrole.
2. Bezpośredni nadzór nad prawidłowością pracy Sekcji Księgowości Finansowej sprawuje Kierownik Sekcji Księgowości Finansowej.

III. Sekcja Kosztów:

1. Do zadań Sekcji Kosztów należy:
 - 1) ustalanie i wprowadzanie do systemu komputerowego kluczy rozdziału kosztów;
 - 2) rozliczanie kosztów w systemie komputerowym - moduł koszty;
 - 3) ewidencja w systemie komputerowym, danych statystycznych otrzymanych z Działu Statystyki Medycznej, Kontraktowania Świadczeń Zdrowotnych i Rejestracji dotyczących działalności szpitala m. in. liczba osobodni, porad, hospitalizowanych;
 - 4) kompletowanie, dekretowanie i ewidencja w systemie komputerowym dokumentów księgowych dotyczących kosztów działalności Szpitala jak następuje:
 - umowy cywilnoprawne w zakresie wynagrodzeń na świadczenia medyczne,
 - wynagrodzenia i umowy zlecenie pracowników;
 - 5) opracowywanie danych niezbędnych do kalkulacji i rozliczeń kosztów;
 - 6) ustalanie kosztów i przychodów oraz wyniku finansowego z działalności poszczególnych ośrodków kosztów;
 - 7) analiza kosztów funkcjonowania poszczególnych komórek organizacyjnych Szpitala;
 - 8) opracowywanie kosztów leczenia pacjentów ubezpieczonych i nieubezpieczonych;
 - 9) rozliczanie kosztów świadczeń medycznych udzielonych cudzoziemcom;
 - 10) opracowywanie cen na usługi medyczne, w tym komercyjne;
 - 11) obliczanie i analiza kosztów jednostkowych procedur medycznych (m.in. leczonego pacjenta, porady, badania);
 - 12) ustalanie wartości przychodów i kosztów z tytułu sprzedaży wewnętrznej;
 - 13) terminowe i rzetelne sporządzanie obowiązującej sprawozdawczości i analiz;

- 14) należyte przechowywanie, zabezpieczanie i archiwizacja dokumentów księgowych.
2. Bezpośredni nadzór nad prawidłowością funkcjonowania Sekcji Kosztów sprawuje Kierownik Sekcji Kosztów.

IV. Dział Statystyki Medycznej, Kontraktowania Świadczeń Zdrowotnych i Rejestracji:

- 1) Kierownik Działu Statystyki Medycznej, Kontraktowania Świadczeń Zdrowotnych i Rejestracji koordynuje, organizuje i ocenia pracę kierowanego działu.
- 2) Do zadań Działu Statystyki Medycznej i Kontraktowania Świadczeń Zdrowotnych i Rejestracji należy:
 - a) kontraktowanie świadczeń zdrowotnych;
 - b) współpraca z NFZ, MZ w sprawach związanych ze świadczeniami zdrowotnymi;
 - c) współpraca we wprowadzaniu zmian w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, mających na celu dostosowanie księgi UDSK w Białymstoku do wymogów NFZ;
 - d) monitorowanie opublikowanych aktualnych Zarządzeń Prezesa NFZ i przekazywanie ich do poszczególnych komórek organizacyjnych;
 - e) monitorowanie postępowań konkursowych ogłaszanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, Ministerstwo Zdrowia – w zakresie kontraktowania świadczeń zdrowotnych;
 - f) przygotowywanie (pod względem formalnym), we współpracy z właściwymi komórkami organizacyjnymi UDSK w Białymstoku, wniosków ofertowych wraz z niezbędnymi dokumentami dotyczącymi postępowań;
 - g) obsługa umów kontraktowanych świadczeń zdrowotnych;
 - h) aktualizowanie informacji w systemie informatycznym NFZ w zakresie danych o potencjale wykonawczym i zasobach świadczeniodawcy w ramach działalności leczniczej zgodnie z obowiązującymi wymogami;
 - i) prowadzenie i aktualizowanie na bieżąco monitoringu wykonania umów oraz przekazywanie informacji Dyrektorowi oraz kierownikom klinik;

- j) współpraca z Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji-
składanie wniosków i dokumentacji, zgodnie z wymaganiami
formalnymi;
 - k) merytoryczne rozliczanie i sprawozdawanie świadczeń zdrowotnych
w systemie informatycznym;
 - l) nadzór nad prawidłowym prowadzeniem Księgi Głównej Przyjęć
i Wypisów, Księgi Chorych Oddziału, zgodnie z obowiązującymi
przepisami prawa;
 - m) nadzór nad prawidłowym prowadzeniem księgi odmów i przyjęć
ambulatoryjnych, Księgi Przyjęć (ambulatoryjna);
 - n) nadzór nad prawidłowymi trybami przyjęcia i wypisu pacjenta
ze Szpitala zgodnie z zapisami w dokumentacji medycznej z pobytu
pacjenta;
 - o) nadzór nad prawidłowym wpisem niezbędnych informacji dotyczących
udzielnego świadczenia w zakresie ICD - 10, wykonanych procedur
medycznych ICD - 9 oraz kodów świadczeń umożliwiających
rozliczenie udzielonych świadczeń zdrowotnych;
 - p) sporządzanie i przesyłanie comiesięcznych raportów do NFZ celem
rozliczenia zakontraktowanych świadczeń ambulatoryjnych
i szpitalnych;
 - q) prowadzenie sprawozdawczości statystycznej dotyczącej przekazywania
danych do sprawozdań ZD i MZ;
 - r) monitorowanie przekazywania przez kliniki/oddziały historii chorób
pacjentów po zakończeniu hospitalizacji oraz weryfikacja kompletności
przekazywanych historii chorób – poprzedzająca oddanie dokumentacji
do Składnicy Akt – określonym szczegółowymi przepisami w tym
zakresie,
 - s) nadzór nad weryfikacją uprawnień pacjentów do świadczeń
zdrowotnych (wyjaśnianie zaistniałych problemów);
- 3) Do zadań **Sekcji Rejestracji** należy:
- a) weryfikowanie uprawnień pacjentów do świadczeń zdrowotnych;
 - b) rejestrowanie pacjentów z zachowaniem sprawiedliwego dostępu
do świadczeń i zakładanie w programie informatycznym historii
zdrowia i choroby;

- c) przygotowanie historii zdrowia i choroby pacjentów zapisanych do poradni na dany dzień;
- d) prowadzenie list oczekujących pacjentów zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa w wewnętrznym systemie informatycznym i aplikacji AP – KOLCE, jak również informowanie pacjenta o konieczności dostarczenia oryginału skierowania w ciągu 14 dni roboczych od dnia zapisu w kolejkę oczekujących (dotyczy wizyty pierwszorazowej);
- e) archiwizowanie i udostępniania dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
- f) aktualizowanie harmonogramów pracy poradni w systemie informatycznym i na drzwiach poradni;
- g) aktualizowanie harmonogramów pracy poradni i lekarzy w ramach e-rejestracji.

V. Sekcja Zamówień Publicznych:

1. Sekcja zamówień publicznych przygotowuje i przeprowadza postępowania o udzielenie zamówienia publicznego zgodnie z ustawą Prawo zamówień publicznych
 - 1) Do zadań Sekcji Zamówień Publicznych należy:
 - a) współpraca z kierownikami komórek organizacyjnych Szpitala w sprawach związanych z udzielaniem i realizacją zamówień publicznych;
 - b) prowadzenie rejestru wszystkich zamówień poprzez wprowadzanie stosownych uwag, zapisów, sygnatur;
 - c) prowadzenie rejestru wszystkich postępowań o zamówienie publiczne bez względu na wartość;
 - d) prowadzenie rejestru obowiązujących umów dotyczących dostaw, usług oraz robót budowlanych;
 - e) zabezpieczenie dokumentacji przetargowej w celu jej archiwizacji;
 - f) prowadzenie rejestru dokumentów przekazanych do Składnicy Akt;
 - g) przygotowanie rocznego planu Zamówień Publicznych Szpitala na następny rok;
 - h) występowanie z wnioskiem do Dyrektora o wszczęcie wszystkich, bez względu na wartość i tryb, postępowań o zamówienie publiczne;
 - i) uczestniczenie w pracach komisji przetargowej;

- j) prowadzenie dokumentacji postępowania o udzielenie zamówienia publicznego;
 - k) przedkładanie Dyrektorowi protokołów komisji przetargowych w celu ich zatwierdzenia;
 - l) koordynowanie i kontrolowanie czynności związanych z zawarciem umowy z wybranym oferentem, poprzez dokonywanie wstępnej kontroli projektów umów przed przedłożeniem jej do podpisu Dyrektorowi;
 - m) prowadzenie korespondencji z Urzędem Zamówień Publicznych;
 - n) kontrola zgodności realizacji procedur przetargowych oraz składania wniosków przetargowych z Regulaminem udzielania zamówień publicznych;
 - o) sporządzanie ogłoszeń o rozpoczęciu i zakończeniu postępowań, w tym przesyłanie ogłoszeń do Biuletynu Zamówień Publicznych, Urzędu Oficjalnych Publikacji Wspólnot Europejskich.
2. Bezpośredni nadzór nad prawidłowością pracy Sekcji sprawuje Kierownik Sekcji.

Pion Zastępcy Dyrektora ds. Administracyjno-Technicznych

§ 61

I. Zastępca Dyrektora ds. Administracyjno- Technicznych:

1. Do podstawowych zadań Z-ca Dyrektora ds. Administracyjno-Technicznych należy:
 - 1) nadzorowanie i koordynacja działań oraz wszelkie czynności zapewniające sprawne wykonywanie zadań realizowanych przez podporządkowane piony, w sposób zapewniający optymalne warunki funkcjonowania komórek działalności podstawowej UDSK;
 - 2) planowanie i opracowywanie wniosków dotyczących preliminarza budżetowego w zakresie środków finansowych potrzebnych do realizacji wykonywanych zadań, udział w opracowaniu planów rzeczowych i finansowych do budżetu Szpitala z uwzględnieniem realiów w zakresie mocy wykonywanej, priorytetów potrzeb, dostępności materiałów i terminów realizacji;

- 3) prowadzenie gospodarki środkami budżetowymi – realizując wydatki konieczne do wykonywania przydzielonych zadań, prowadzenie sprawozdawczości w tym zakresie;
- 4) opracowywanie planów rzeczowych, inwestycji, kapitalnych remontów oraz czuwanie nad ich realizacją;
- 5) sprawowanie bezpośredniego nadzoru nad pracą kierowników pionów odpowiedzialnych za wykonywanie czynności związanych z utrzymaniem w ruchu i sprawności technicznej budynków, urządzeń, maszyn i instalacji technicznych oraz aparatury medycznej i naukowo-medycznej, oprogramowania i wyposażenia informatycznego, planowanie i organizowanie pracy w zakresie administracyjnym, gospodarczym, zaopatrzeniowym, magazynowym, zabezpieczenia transportu, ochrony obiektów Szpitala;
- 6) nadzór nad opracowaniem perspektywicznych planów remontów obiektów, maszyn, urządzeń, aparatury medycznej, sprzętu IT itp. oraz wynikających z nich planów rocznych i nadzór nad ich sukcesywną oraz terminową realizacją;
- 7) koordynowanie wykonywania konserwacji i napraw maszyn, urządzeń, instalacji i aparatury we własnym zakresie lub też przez zlecenie ich wykonania na zewnątrz;
- 8) nadzór nad realizacją usług zleczanych na zewnątrz, dotyczących m.in. utrzymania czystości i porządku, usług telekomunikacyjnych, dostaw mediów, serwisowania urządzeń itp.;
- 9) sprawowanie nadzoru nad gospodarką przedmiotami, częściami zamiennymi i materiałami w oparciu o aktualnie obowiązujące przepisy;
- 10) organizacja okresowych i doraźnych przeglądów stanu technicznego budynków, maszyn, urządzeń, instalacji i aparatury medycznej;
- 11) akceptowanie zapotrzebowań na materiały techniczne, wydawane do napraw i remontów oraz kontrola prawidłowego, oszczędnego i racjonalnego ich zużycia;
- 12) zabezpieczenie sprawnego działania systemów informatycznych funkcjonujących w Szpitalu;

- 13) zapewnienie odpowiedniego, zgodnego z przepisami i standardami zabezpieczenia przeciwpożarowego Szpitala oraz nadzorowanie realizacji tych zadań przez kierowników poszczególnych komórek organizacyjnych;
- 14) nadzorowanie dyscypliny pracy pracowników podległych pionów;
- 15) współpraca w opracowywaniu projektów i wniosków inwestycyjnych w celu pozyskiwania dodatkowych środków finansowych z funduszy strukturalnych regionu, Ministerstwa Zdrowia i UE dla dalszego rozwoju Szpitala, współpraca z Uniwersytetem Medycznym;
- 16) prowadzenie obowiązującej sprawozdawczości;
- 17) stałe monitorowanie stanu technicznego nieruchomości znajdujących się we władaniu UDSK w Białymstoku;
- 18) opracowywanie planów zakupów i remontów sprzętu i urządzeń technicznych;
- 19) sprawowanie nadzoru nad prawidłową eksploatacją nieruchomości, sprzętu i urządzeń technicznych;
- 20) sprawowanie nadzoru nad prowadzonymi przez Szpital inwestycjami i remontami;
- 21) w porozumieniu z Dyrektorem UDSK w Białymstoku - opracowywanie regulaminów i instrukcji korzystania z pomieszczeń, sprzętu i urządzeń UDSK w Białymstoku;
- 22) nadzór nad realizacją umów zawieranych przez Szpital na usługi remontowe, budowlane, serwisowe i inne;
- 23) wnioskowanie i opiniowanie w sprawach awansowania, wynagradzania, nagradzania i karania podporządkowanych pracowników;
- 24) wykonywanie innych poleceń wydanych przez Dyrektora UDSK w Białymstoku.

§ 62

Komórki organizacyjne i stanowiska bezpośrednio podległe Zastępcy Dyrektora ds. Administracyjno-Technicznych:

I. Dział Techniczny:

1. Bezpośredni nadzór nad prawidłowością pracy Działu Technicznego sprawuje Kierownik Działu. Kierownik odpowiada za sprawne funkcjonowanie całego Działu oraz za terminową i właściwą realizację n/w zadań.

2. Do głównych zadań Działu Technicznego należy:
- 1) utrzymywanie w ruchu i sprawności technicznej budynków Uniwersyteckiego Dziecięcego Szpitala Klinicznego wraz z podstawową infrastrukturą techniczną poprzez przeprowadzanie przeglądów stanu technicznego, sprawności i przydatności do użytkowania budynków i zainstalowanych w nim urządzeń; zgodnie z przepisami zawartymi w ustawie Prawo Budowlane;
 - 2) bieżące prowadzenie eksploatacji infrastruktury budowlano-technicznej;
 - 3) prowadzenie racjonalnej gospodarki mediami w tym:
 - a) zapewnienie dostaw (zakup, wytworzenie), przesyłania i dystrybucji mediów komunalnych oraz gazów medycznych;
 - b) techniczne utrzymanie urządzeń zapewniających dostawę mediów;
 - c) utrzymanie w należyтым stanie technicznym sieci i instalacji przesyłowych poszczególnych mediów;
 - d) nadzór nad utrzymaniem w ciągłej sprawności dźwigów osobowych i towarowych;
 - e) nadzór nad utrzymaniem w ciągłej sprawności instalacji i urządzeń technicznych elektrycznych oraz energetycznych;
 - f) zabezpieczenie sprawności instalacji, urządzeń wentylacji mechanicznej, klimatyzacji, instalacji zasilających urządzenia, aparaturę medyczną wraz z automatyką;
 - 4) zapewnienie ciągłości dostaw poszczególnych mediów oraz gazów medycznych z uwzględnieniem zapasowych źródeł zasilania;
 - 5) prowadzenie planowej konserwacji maszyn i urządzeń stanowiących wyposażenie techniczne Szpitala;
 - 6) nadzór nad realizacją umów dotyczących konserwacji sprzętu p.poż i instalacji alarmowej;
 - 7) ciągle monitorowanie poprzez służby dyżurne (7/24) sprawności podstawowych systemów bezpieczeństwa i funkcjonowania Szpitala oraz odbieranie w systemie powiadamiania kryzysowego sygnałów o zaistniałych zagrożeniach dla Szpitala. Przekazywanie raportów, informacji o zaistniałych zdarzeniach do Dyrektora Szpitala i jego Zastępców- zgodnie z kompetencjami;

- 8) nadzór nad realizacją inwestycji i remontów w Szpitalu, a zwłaszcza czuwanie nad zgodnością przyjętych rozwiązań z przepisami określającymi wymagania szczególne, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia Szpitala;
- 9) prowadzenie właściwej gospodarki energetycznej i paliwowej;
- 10) zapewnienie pełnej sprawności techniczno- ruchowej urządzeń, maszyn itp. zainstalowanych w Szpitalu, a także czuwanie nad ich właściwą eksploatacją zgodnie z instrukcjami podanymi przez producenta;
- 11) zapewnienie bezawaryjnego zasilania Szpitala w energię elektryczną, energię cieplną, parę technologiczną, gaz, wodę, tlen i gazy medyczne (tlenek azotu, podtlenek azotu, sprężone powietrze, próżnia);
- 12) zapewnienie łączności zewnętrznej i wewnętrznej;
- 13) zgłaszanie reklamacji w ramach zawartych umów serwisowych;
- 14) remontowo-budowlanych oraz umów na dostawę sprzętu i mediów;
- 15) przygotowywanie/zlecanie projektów technicznych, modernizacyjnych itp. na potrzeby Szpitala;
- 16) wystawianie faktur podmiotom zewnętrznym za wykonane przez dział usługi/ zlecenia;
- 17) planowanie i realizacja inwestycji budowlanych i remontów pomieszczeń, obiektów, budowli Szpitala w zakresie budowlanym oraz branżowym w oparciu o Plan Inwestycyjny;
- 18) rozliczanie kosztów wykonanych usług i zakupów zgodnie z kompetencjami działu;
- 19) nadzór nad funkcjonowaniem instalacji alarmowej i przeciwpożarowej, utrzymanie w ruchu i sprawności technicznej systemów przeciwpożarowych oraz bieżące reagowanie na ich uruchomienie;
- 20) w zakresie zarządzania kryzysowego wypełnianie zaleceń Planu Zarządzania Kryzysowego Szpitala, aktywacja procesu postępowania na wypadek zaistnienia sytuacji kryzysowej;
- 21) organizowanie szkoleń pracowników z zakresu wynikającego z obszaru ich działań;
- 22) kontrola pod względem ilościowym i jakościowym dostarczanych towarów oraz stanu zasobów, merytoryczne zatwierdzanie faktur;

- 23) monitorowanie funkcjonujących systemów powiadamiania i ostrzegania o zaistniałych awariach i sytuacjach kryzysowych oraz zgłaszanie tych zdarzeń Dyrektorowi Szpitala i innym osobom odpowiedzialnym za likwidację skutków ich powstania;
 - 24) realizacja napraw sprzętu na podstawie wniosków składanych przez użytkowników przez:
 - a) serwis wewnętrzny;
 - b) serwisy zewnętrzne zgodnie z obowiązującym Regulaminem udzielenia zamówień publicznych;
 - 25) współpraca z serwisami specjalistycznymi w zakresie zawartych umów serwisowych i innych;
 - 26) opracowywanie dokumentacji, udział w pracach komisji przetargowych oraz realizacja zakupów/dostaw i usług będących w kompetencji Działu zgodnie z Regulaminem udzielenia zamówień publicznych. Przygotowywanie SIWZ w zakresie objętym przedmiotem zadań, współpraca z Sekcją Zamówień Publicznych w przygotowaniu przetargów związanych z zakresem zadań;
 - 27) przyjmowanie zgłoszeń użytkownika/dysponenta o awariach lub przeglądach urządzeń lub instalacji;
 - 28) prowadzenie niezbędnej dokumentacji wewnętrznej i zewnętrznej.
3. W ramach Działu Technicznego funkcjonują sekcje:
- **Sekcja Energetyczna** - zajmuje się obsługą i konserwacją węzła CO, obsługą urządzeń tlenowych i gazów medycznych, konserwacją instalacji i urządzeń wodno-kanalizacyjnych oraz naprawą z zakresu prac stolarskich i ślusarskich;
 - **Sekcja Elektryczna**- obsługuje i konserwuje stacje SN (średniego napięcia), NN (niskiego napięcia), agregatory, urządzenia elektryczne, urządzenia wentylacji w zakresie elektrycznym, urządzenia myjące i sterylizujące, a także dźwigi osobowe i towarowe;
 - **Sekcja Aparatury Medycznej i Technik Audiowizualnych oraz Monitoringu**, której główne zadania to:
 - 1) utrzymanie w ruchu i sprawności technicznej aparatury i sprzętu medycznego szpitala;

- 2) nadzór nad terminowym wykonaniem przeglądów okresowych, konserwacji, legalizacji przedłużających ważność dopuszczenia aparatury medycznej i sprzętu kontrolno-pomiarowego do używania na podstawie opracowanego planu zabezpieczenia usług serwisowych zgodnie z dokumentacją techniczną i zaleceniami producenta, okresowych przeglądów, konserwacji, remontów, modernizacji i legalizacji aparatury medycznej i sprzętu kontrolno-pomiarowego;
- 3) utrzymanie w ruchu i sprawności technicznej systemów kontroli dostępu, monitoringu wewnętrznego i zewnętrznego oraz urządzeń audiowizualnych;
- 4) prowadzenie ewidencji napraw i przeglądów aparatury i sprzętu medycznego oraz stosownej dokumentacji i korespondencji;
- 5) kwalifikacja sprzętu pod kątem dokonywania zewnętrznych zleceń napraw i przeglądów;
- 6) opracowywanie opinii na temat stanu urządzeń medycznych, opracowanie wniosków w sprawie likwidacji aparatury zbędnej i zużytej;
- 7) nadzór nad instalacją/montażem nowych urządzeń medycznych oraz nad serwisem, naprawą i konserwacją istniejących, wykonywanymi przez uprawnione serwisy;
- 8) systematyczne podnoszenie kwalifikacji zawodowych, udział w stosownych szkoleniach wewnętrznych i zewnętrznych;
- 9) współuczestnictwo w opracowywaniu planów inwestycyjnych z zakresu aparatury medycznej, obsługa wniosków kierowników jednostek medycznych w sprawie kupna aparatury medycznej, wycena i opiniowanie celowości jej zakupu;
- 10) prowadzenie rozliczeń wykorzystanych materiałów i części zamiennych;
- 11) przygotowanie przetargów w zakresie objętym zadaniami Sekcji - udział w opracowywaniu SIWZ oraz umów na dostawę aparatury i sprzętu medycznego;
- 12) obsługa szpitalnego systemu monitoringu i kontroli dostępu, pomoc w obsłudze sprzętu audio-wizualnego;
- 13) sukcesywne szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi i bieżącej konserwacji aparatury oraz zasad bezpiecznego jej użytkowania;

- 14) prowadzenie ewidencji i systemu nadzoru nad aparaturą medyczną i sprzętem kontrolno-pomiarowym w celu utrzymania wyposażenia i aparatury medycznej, w stanie ciągłej zdatości do użycia;
- 15) dbałość o bezpieczeństwo stosowania aparatury medycznej w procesie usług medycznych;
- 16) okresowa kontrola stanu aparatury medycznej, w tym: zgodności stanu fizycznego z ewidencją, aktualności dopuszczenia do użytku, warunków przechowywania zabezpieczania i używania aparatury w jednostkach medycznych;
- 17) prowadzenie gospodarki magazynowej w zakresie zaopatrzenia w aparaturę medyczną oraz instrumentarium chirurgiczne oraz naprawami przez serwis wewnętrzny i zewnętrzny wraz z ewidencją i analizą potrzeb w zakresie zaopatrzenia w aparaturę medyczną oraz instrumentarium chirurgiczne komórek organizacyjnych szpitala;
- 18) zapewnienie płynności dostaw sprzętu i aparatury medycznej dla komórek organizacyjnych zgodnie z ich potrzebami z uwzględnieniem budżetów, oraz planu inwestycyjnego Szpitala;
- 19) przy wykonywaniu swoich zadań Sekcja Aparatury Medycznej i Technik Audiowizualnych oraz Monitoringu współpracuje z następującymi komórkami organizacyjnymi UDSK w Białymstoku:
 - a) komórkami medycznymi w zakresie kompleksowego utrzymywania aparatury i sprzętu medycznego;
 - b) Działem Administracyjno-Gospodarczym w zakresie dokonywania zakupu podzespołów i materiałów;
 - c) Sekcją Zamówień Publicznych w zakresie opracowywania SIWZ oraz umów na dostawę aparatury i sprzętu medycznego;
 - d) Działem Administracyjno-Gospodarczym w zakresie przyjmowania sprzętu i aparatury medycznej do ewidencji szpitalnej;
 - e) Działem Informatyki w zakresie eksploatacji urządzeń medycznych pracujących pod systemami operacyjnymi.

II. Dział Administracyjno-Gospodarczy:

1. Bezpośredni nadzór nad prawidłowością pracy Działu Administracyjno-Gospodarczego sprawuje Kierownik Działu. Kierownik odpowiada za sprawne funkcjonowanie Działu A-G oraz za terminową i właściwą realizację n/w zadań.
2. Do głównych zadań Działu Administracyjno-Gospodarczego należy:
 - 1) **w zakresie administracji:**
 - a) realizacja zadań związanych z należyтым utrzymaniem zaplecza UDSK w Białymstoku, terenów zewnętrznych oraz budynków, nadzór nad właściwym stanem terenów UDSK w Białymstoku;
 - b) administrowanie wszystkimi budynkami, nieruchomościami i pomieszczeniami UDSK w Białymstoku;
 - c) nadzór nad prawidłowym stanem nieruchomości, przedstawianie wniosków w sprawie konserwacji i napraw, w tym zakresie ściśle współdziałanie z Działem Technicznym;
 - d) przedstawianie wniosków w sprawie właściwego wykorzystania i użytkowania pomieszczeń i terenów;
 - e) nadzór nad prawidłową realizacją zadań powierzonych zewnętrznym usługodawcom, m.in. w zakresie:
 - dozoru i ochrony mienia,
 - utrzymania czystości terenu wewnętrznego i zewnętrznego UDSK w Białymstoku,
 - wywozu i utylizacji odpadów komunalnych, medycznych i niebezpiecznych,
 - dezynfekcji, dezynsekcji i deratyzacji,
 - utrzymanie porządku i czystości na terenie UDSK w Białymstoku,
 - prania bielizny i odzieży pracowników;
 - f) obsługa administracyjna i nadzór nad realizacją usług odpłatnych, w tym m.in.: wykonywanych przez podmioty zewnętrzne, z którymi zostały podpisane stosowne umowy (w powierzonym zakresie);
 - g) nadzór nad właściwym oznakowaniem dróg i wejść;

- h) współpraca z firmą obsługującą wjazd i zarządzającą parkingiem wokół UDSK;
 - i) kontrola wykonania umów najmu i innych zgodnie z zadaniami Działu dla podmiotów zewnętrznych, nadzór nad ich prawidłową realizacją;
 - j) prowadzenie rozliczeń z tytułu czynszów i opłat za usługi zewnętrzne w zakresie umów będących w gestii Działu;
 - k) wystawianie faktur dla najemców, firm zewnętrznych oraz jednostek organizacyjnych UDSK w Białymstoku w zakresie umów będących w gestii Działu, oraz prowadzenie ich ewidencji, analizy i opisywania;
 - l) organizowanie, we współpracy z Sekcją Zamówień Publicznych, przetargów na usługi sprzątnia i dezynsekcji pomieszczeń UDSK w Białymstoku, unieszkodliwiania odpadów medycznych, dozoru i ochrony mienia oraz innych usług pomocniczych (pomoc merytoryczna w opracowaniu SIWZ);
 - m) organizowanie wywozu odpadów wytworzonych w UDSK w Białymstoku;
 - n) nadzór nad prawidłowym sporządzaniem dokumentów związanych z wytwarzaniem odpadów oraz sporządzanie sprawozdań w tym zakresie;
 - o) nadzór nad właściwym wykorzystaniem pomieszczeń UDSK w Białymstoku, w tym prowadzenie spraw w zakresie wykorzystania pomieszczeń UDSK w Białymstoku na potrzeby konferencji, spotkań, zjazdów oraz realizacji zadań dydaktyczno-naukowych;
 - p) prowadzenie niezbędnej dokumentacji wewnętrznej i zewnętrznej;
 - q) sporządzanie sprawozdań rocznych;
 - r) współpraca z Uniwersytetem Medycznym, Ministerstwem Zdrowia oraz innym instytucjami i organami kontroli;
- 2) **w zakresie gospodarczym:**
- a) zaopatrzenie w bieliznę szpitalną, środki czystości, sprzęt gospodarczy, odzież ochronną, roboczą, materiały medyczne jednorazowego użytku, materiały biurowe i druki, recepty i prowadzenie w tym zakresie ewidencji magazynowej;

- b) zabezpieczenie transportu sanitarnego, prania bielizny szpitalnej, odbioru, transportu i utylizacji odpadów medycznych i komunalnych, usług sprzątanania zgodnie z obowiązującym w Szpitalu zarządzeniami;
- c) zapewnienie płynności zapotrzebowania komórek organizacyjnych zgodnie z ich potrzebami z uwzględnieniem budżetów, limitów oraz planu finansowego Szpitala;
- d) planowanie i prowadzenie ewidencji zapotrzebowań na asortyment zgodny z kompetencjami Działu;
- e) nadzorowanie terminowości dostaw, kontrola pod względem ilościowym i jakościowym dostarczanych towarów;
- f) kontrola stanu zapasów;
- g) sporządzanie zamówień do kontrahentów zgodnie z obowiązującym Regulaminem udzielenia zamówień publicznych;
- h) opracowywanie dokumentacji, udział w pracach komisji przetargowych oraz realizacja zakupów/dostaw i usług będących w kompetencji Działu zgodnie z obowiązującymi przepisami;
- i) współpraca z dostawcami zewnętrznymi w zakresie kompetencji Działu;
- j) zamawianie prasy oraz jej rozdysponowanie
- k) weryfikacja faktur pod kątem zgodności ze złożonym zamówieniem, umową, zleceniem;
- l) prowadzenie kontroli nad ciągłością zawieranych umów, weryfikacja realizacji umów w zakresie wykorzystania wartości określonej umową;
- m) opracowywanie rocznych planów zakupów na podstawie zapotrzebowania poszczególnych komórek organizacyjnych oraz analizy zużycia wykonania w zakresie jak w punkcie 1 powyżej;
- n) realizacja zakupu i dystrybucja odzieży ochronnej, roboczej dla pracowników na podstawie zapotrzebowani kierowników komórek organizacyjnych UDSK, prowadzenie w tym zakresie wymaganej ewidencji – kartoteki osobistego wyposażenia pracowników;
- o) gospodarowanie szatniami, szafkami dla pracowników Szpitala oraz identyfikatorami dla pracowników, prowadzenie ewidencji w tym zakresie;
- p) zabezpieczenie transportu własnego w zakresie:

- materiałów biologicznych (próbek), wyników badań laboratoryjnych, onkologicznych, przesiewowych, toksykologicznych, krwi i preparatów krwiopochodnych, leków,
 - materiałów do badań diagnostycznych wysyłanych do innych podmiotów,
 - korespondencji z Kancelarii Szpitala,
 - zasobów magazynów Działu, uprawnionych pracowników;
- q) zabezpieczenie transportu zewnętrznego w zakresie:
- pacjentów poddawanych zabiegom dializoterapii,
 - pacjentów do domu lub do innych podmiotów leczniczych,
 - pacjentów hospitalizowanych na badania do innych podmiotów leczniczych bądź diagnostycznych,
 - zakupionych lub wysyłanych przez Szpital materiałów i sprzętu,
 - odpadów szpitalnych,
 - narzędzi i wyposażenia medycznego;
- r) realizacja polityki zapobiegania zakażeniom szpitalnym i higieny szpitalnej;
- s) zgłaszanie reklamacji do kontrahentów w zakresie realizacji podpisanych umów będących w kompetencji Działu;
- t) obsługa pokoi noclegowych dla opiekunów pacjentów;
- u) przygotowanie pomieszczeń i zabezpieczenie obsługi narad, zjazdów itp., odbywających się na terenie Szpitala;
- v) prowadzenie wszystkich spraw związanych z dzierżawieniem powierzchni i pomieszczeń szpitalnych, łącznie z koordynowaniem projektów umów w tym zakresie oraz wystawianie faktur za te usługi;
- w) zaopatrywanie Szpitala we wszystkie niezbędne środki, materiały, wyposażenie biurowe, usługi itp.;
- x) prowadzenie niezbędnej dokumentacji zaopatrzeniowej, magazynowej i częściowo księgowej, zgodnie z obowiązującymi przepisami;
- y) analizowanie stanu zapasów i zapewnienie odpowiedniego ich poziomu odpowiadającego potrzebom Szpitala;
- z) przygotowywanie informacji i dokumentów niezbędnych do podejmowania decyzji w sprawie zakupów będących w kompetencji

Działu zgodnie z Regulaminem udzielenia zamówień publicznych;
ściśła współpraca z Sekcją Zamówień Publicznych.

III. Dział Informatyki:

1. Bezpośredni nadzór nad prawidłowością pracy Działu Informatyki sprawuje Kierownik Działu. Kierownik odpowiada za sprawne funkcjonowanie Działu Informatyki oraz za terminową i właściwą realizację n/w zadań.
2. Do głównych zadań Działu Informatyki należy:
 - 1) opracowanie, wdrożenie i nadzór nad realizacją strategii z zakresu informatyzacji Szpitala;
 - 2) projektowanie, opiniowanie i wdrażanie nowych rozwiązań teleinformatycznych wynikających z bieżącej działalności UDSK;
 - 3) konfiguracja, utrzymanie i nadzór zarządczo-techniczny nad systemami teleinformatycznymi, stały nadzór nad prawidłową pracą sieci oraz zapewnienie ochrony danych i informacji w sieci;
 - 4) instalacja, opieka i aktualizacja oraz nadzór użytkowo-techniczny nad sprzętem teleinformatycznym oraz oprogramowaniem, w tym prowadzenie gospodarki magazynowej w zakresie: materiałów eksploatacyjnych, sprzętu oraz urządzeń teleinformatycznych;
 - 5) stały nadzór nad systemami IT realizującymi zadania wynikające z działalności statutowej Uniwersyteckiego Dziecięcego Szpitala Klinicznego: Zintegrowanego Systemu Informatycznego, Elektronicznego Obiegu Dokumentów, Systemu poczty elektronicznej oraz innych systemów dziedzinowych funkcjonujących w Szpitalu;
 - 6) archiwizacja danych informatycznych i właściwe zabezpieczenie ich przed utratą;
 - 7) wsparcie i szkolenie użytkowników aplikacji informatycznych w zakresie użytkowania, konfigurowania i użytkowania oprogramowania informatycznego;
 - 8) prowadzenie polityki bezpieczeństwa w zakresie dostępu do zasobów teleinformatycznych Szpitala, ustalania poziomu szyfrowania i zabezpieczania danych, dostępu do pomieszczeń teleinformatycznych (punkty serwerowe, serwerownie);
 - 9) współpraca z dostawcami oprogramowania i usług telekomunikacyjnych. Kontrola realizacji zapisów umów;

- 10) bieżąca współpraca z Działem Statystyki Medycznej, Kontraktowania Świadczeń Zdrowotnych i Rejestracji oraz innymi merytorycznymi komórkami organizacyjnymi w zakresie aktualizacji danych do systemu SZOI;
- 11) stały nadzór nad legalnością zainstalowanego oprogramowania;
- 12) administrowanie serwerami oraz zasobami udostępnianymi użytkownikom, nadzór nad prawidłową pracą sieci oraz zapewnienie ochrony danych i informacji w sieci;
- 13) uczestnictwo w zakupach sprzętu komputerowego, specjalistycznych materiałów eksploatacyjnych oraz oprogramowania komputerowego oraz odpowiedzialność za prawidłowe realizowanie umów zawieranych w tym zakresie;
- 14) ciągły nadzór nad sprawnością sprzętu komputerowego i jego bieżąca konserwacja, w tym dostosowywanie posiadanego sprzętu do potrzeb użytkowników i wymagań systemów informatycznych Szpitala;
- 15) współpraca ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Szpitala w zakresie nadzoru nad pracą sieci i urządzeń, stały nadzór nad sprawnością sprzętu komputerowego i jego bieżąca konserwacja, w tym dostosowywanie posiadanego sprzętu do potrzeb użytkowników;
- 16) obsługa transmisji i wymiany danych do uprawnionych podmiotów (do PZH);
- 17) prowadzenie szkoleń z zakresu wdrażanych systemów i rozwiązań informatycznych;
- 18) współpraca z IODO w zakresie RODO.

IV. Stanowisko ds. Przeciwpożarowych:

1. Osoba na stanowisku ds. przeciwpożarowych odpowiedzialna jest za właściwe zabezpieczenie przeciwpożarowe Szpitala zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami.
2. Do podstawowych zadań osoby na stanowisku ds. przeciwpożarowych należy w szczególności:
 - 1) opracowanie i systematyczne uaktualnianie Instrukcji Bezpieczeństwa Pożarowego, będącej częścią Planu Zarządzania Kryzysowego Szpitala osób w przypadku powstania pożaru, klęski żywiołowej lub innego miejscowego zagrożenia na terenie Szpitala;

- 2) ocena skuteczności przyjętych rozwiązań w zakresie ewakuacji osób, poprzez organizację cyklicznych treningów i ćwiczeń w tym obszarze, przygotowanie Szpitala do prowadzenia akcji ratowniczej;
- 3) analiza stanu i nadzór nad wyposażeniem obiektów w elementy zautomatyzowanego systemu ostrzegania alarmowego, podręczny sprzęt gaśniczy, instrukcje przeciwpożarowe, tablice ostrzegawcze i informacyjne;
- 4) utrzymanie w ruchu i sprawności technicznej systemów przeciwpożarowych oraz bieżące reagowanie na ich uruchomienie;
- 5) przeprowadzanie regularnych kontroli i dokonywanie oceny stanu zabezpieczenia przeciwpożarowego obiektów Szpitala;
- 6) sprawowanie nadzoru nad rozmieszczeniem, sprawnością oraz konserwacją sprzętu oraz innych urządzeń przeciwpożarowych, oznakowaniem i utrzymaniem we właściwym stanie dróg ewakuacyjnych oraz alarmowych środków łączności;
- 7) prowadzenie szkoleń dla pracowników z zakresu przepisów przeciwpożarowych;
- 8) zgłaszanie wniosków zmierzających do poprawy stanu ochrony przeciwpożarowej lub wniosków o wyłączenie z użytkowania urządzeń, instalacji lub aparatury stwarzającej zagrożenie pożarowe;
- 9) współpraca z organami kontroli.

Komórki administracyjne podległe Dyrektorowi Szpitala

§ 63

I. Dział Prawny:

1. Do zadań Działu Prawnego należy wspomaganie procesów zarządczych Dyrekcji poprzez ogólne doradztwo formalno-prawne, organizowanie, koordynowanie i kontrolowanie przepływu informacji oraz obiegu dokumentów, jak również współtworzenie, ewidencjonowanie wewnętrznych aktów prawnych obowiązujących w Szpitalu, przy ścisłej współpracy z Radcą Prawnym oraz komórkami organizacyjnymi inicjującymi wprowadzenie tych aktów wewnętrznych;
2. Do podstawowych zadań Działu należy w szczególności:

- a) współpraca z podmiotem tworzącym- Uniwersytetem Medycznym w Białymstoku w zakresie przekazywania formalnych sprawozdań oraz uchwał Rady Społecznej podlegających zatwierdzeniu/zaopiniowaniu przez Senat Uniwersytetu Medycznego;
- b) opracowywanie i aktualizacja danych Szpitala tj. KRS, REGON, NIP, Księga Rejestrowa prowadzona przez Wojewodę Podlaskiego;
- c) opracowywanie i aktualizowanie we współpracy z komórkami merytorycznymi Szpitala wewnętrznych aktów prawnych UDSK tj. Statutu, uchwał Rady Społecznej, zarządzeń Dyrektora, regulaminów;
- d) prowadzenie rejestru umów, zarządzeń wewnętrznych;
- e) przechowywanie najważniejszych dokumentów dotyczących utworzenia i działalności Szpitala;
- f) prowadzenie rejestru dotyczącego wyrażania zgód dla studentów/pracowników Uczelni wyższych w zakresie prowadzonych prac naukowych;
- g) merytoryczny (prawny) nadzór w zakresie podpisywanych umów/porozumień o charakterze cywilno - prawnym we wszystkich dziedzinach pracy Szpitala;
- h) załatwianie formalności związanych z zawieraniem i rozwiązywaniem umów cywilno-prawnych, w tym organizowanie i przeprowadzanie konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez podmioty zewnętrzne;
- i) obsługa umów dotyczących badań klinicznych realizowanych w UDSK;
- j) prowadzenie spraw związanych z wolontariatem;
- k) bieżąca weryfikacja przepisów dotyczących działalności Szpitala oraz informowanie jednostek i komórek merytorycznych o zmianach w przepisach;
- l) sporządzanie opinii prawnych na wniosek komórek organizacyjnych USK;
- m) bieżąca współpraca z ubezpieczycielem w postępowaniu likwidacyjnym dotyczącym zgłaszanych szkód z tytułu odpowiedzialności Szpitala w związku z udzielanymi świadczeniami zdrowotnymi i innymi;
- n) nadzorowanie egzekucji należności Szpitala pod względem prawnym;
- o) załatwianie we współpracy z komórkami odpowiedzialnymi wpływających skarg i wniosków. Prowadzenie rejestru i sprawozdawczość w tym zakresie;

- p) prowadzenie spraw związanych z odbywaniem staży specjalizacyjnych w UDSK (porozumienia, rejestry itp.) w zawodach medycznych.

II. Dział Organizacji i Jakości

1. Do podstawowych zadań Działu należy w szczególności:

- a) koordynowanie projektów dotyczących wprowadzania, usprawniania i utrzymania jakości;
- b) prowadzenie dokumentacji związanej z organizowaniem i przeprowadzaniem konkursów na niektóre stanowiska kierownicze w UDSK;
- c) sporządzanie identyfikatorów pracownikom UDSK;
- d) przygotowywanie informacji do umieszczenia na stronie internetowej Szpitala oraz publikowanie ich na stronie;
- e) prowadzenie kampanii związanych z organizacją imprez i spotkań dla pacjentów UDSK;
- f) koordynowanie spraw związanych z darami przekazywanymi pacjentom UDSK (m.in. zabawki, art. biurowe);
- g) czuwanie nad terminowym przekazywaniem sprawozdań, protokołów, planów pracy przez komórki organizacyjne, komitety, komisje, zespoły itp.;
- h) aktualizowanie Intranetu;
- i) organizowanie posiedzeń Rady Społecznej, przygotowywanie materiałów na posiedzenia oraz komplementowanie dokumentacji z posiedzeń Rady;
- j) prowadzenie rejestru umów, kontroli zewnętrznych prowadzonych w UDSK, pełnomocnictw i upoważnień Dyrektora;

2. W skład Działu wchodzi:

1) Sekretariat Dyrekcji:

- a) zakres działania Sekretariatu Dyrektora obejmuje:
 - przyjmowanie z Kancelarii korespondencji zaadresowanej do Dyrekcji lub ogólnie na adres UDSK w Białymstoku, jej rejestracja oraz wstępna merytoryczna selekcja,
 - organizacja i obsługa spotkań Dyrektora,
 - ewidencjonowanie korespondencji zgodnie z instrukcją kancelaryjną,

- sporządzanie kopii dokumentacji i wydawanie jej uprawnionym osobom i organom,
- współpraca z Dyrekcją i Zespołem ds. Jakości Świadczeń Zdrowotnych w zakresie wdrożenia standardów akredytacyjnych,

2) Stanowisko ds. obsługi kancelaryjnej:

a) zakres działania stanowiska ds. obsługi kancelaryjnej obejmuje:

- przyjmowanie, rejestrowanie oraz rozdział korespondencji wpływającej do UDSK w Białymstoku,
- przyjmowanie i rejestrowanie korespondencji wpływającej ze Szpitala,
- przekazywanie pism, zarządzeń i komunikatów do poszczególnych komórek organizacyjnych,
- ewidencjonowanie rachunków, faktur i innych dokumentów księgowych,
- przyjmowanie wniosków pacjentów/ rodziców dotyczących udostępnienia dokumentacji medycznej i wydawanie jej osobom upoważnionym,
- wykonywanie usług poligraficznych,
- przechowywanie dokumentów i akt prowadzonych spraw,

3) Składnica akt:

a) zakres działania Składnicy akt obejmuje:

- przejmowanie dokumentacji,
 - spraw zakończonych z poszczególnych komórek organizacyjnych,
 - na nośniku papierowym ze składu chronologicznego,
 - elektronicznej na informatycznych nośnikach danych, zgromadzonych w składzie informatycznych nośników danych, których zawartości nie skopiowano do systemu EZD.
- przechowywanie i zabezpieczanie zgromadzonej dokumentacji oraz prowadzenie jej ewidencji,
- przeprowadzanie skontrum dokumentacji (*kontrola zbiorów archiwalnych*),
- porządkowanie przechowywanej dokumentacji, przejętej w latach wcześniejszych w stanie nieuporządkowanym,
- udostępnianie przechowywanej dokumentacji,

- wycofywanie dokumentacji ze stanu składnicy akt w przypadku wznowienia sprawy w komórce organizacyjnej,
- przeprowadzanie kwerend archiwalnych, czyli poszukiwanie w dokumentacji informacji na temat osób, zdarzeń, czy problemów,
- inicjowanie brakowania dokumentacji niearchiwalnej oraz udział w jej komisyjnym brakowaniu,
- sporządzanie rocznych sprawozdań z działalności składnicy akt i stanu dokumentacji w składnicy akt,
- doradzanie komórkom organizacyjnym w zakresie właściwego postępowania z dokumentacją, (we współdziałaniu z pracownikiem kancelarii ogólnej) w zakresie właściwego postępowania z dokumentacją, niezależnie od tego, czy dokumentowanie przebiegu załatwiania i rozstrzygnięcia spraw przebiegało w systemie EZD, czy poza nim.

III. Dział Spraw Pracowniczych:

1. Do głównych zadań Działu Spraw Pracowniczych należy:
 - 1) całokształt spraw związanych z zatrudnianiem i zwalnianiem, prowadzenie spraw osobowych, socjalnych i płacowych pracowników zatrudnionych w UDSK w Białymstoku;
 - 2) udział przy opracowywaniu przez Dyrektora UDSK założeń polityki personalnej, prognozowanie, planowanie, bilansowanie potrzeb kadrowych we wszystkich grupach zawodowych.
2. Dział Spraw Pracowniczych współdziała z:
 - 1) Urzędem Pracy w zakresie zatrudniania i staży;
 - 2) Zakładem Ubezpieczeń Społecznych;
 - 3) Urzędem Skarbowym;
 - 4) Państwowym Funduszem Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych;
 - 5) Głównym Urzędem Statystycznym;
 - 6) organizacjami związkowymi i samorządowymi pracowników UDSK w Białymstoku;
 - 7) stanowiskami pracy ds. bhp, p.poż. i ds. obronnych;
 - 8) wszystkimi komórkami organizacyjnymi UDSK w Białymstoku w sprawach osobowych i socjalnych;

- 9) Ministerstwem Zdrowia w zakresie zatrudniania lekarzy rezydentów oraz rozliczania środków finansowych z tym związanych, a także sporządzanie sprawozdawczości;
3. W skład Działu wchodzi:
- 1) **Sekcja Spraw Osobowych:**
- a) Do głównych zadań Sekcji Spraw Osobowych należy:
- prowadzenie spraw związanych z zatrudnianiem i zwalnianiem pracowników, a głównie prowadzenie całości dokumentacji pracowniczej, tj. akt osobowych, ewidencji czasu pracy i absencji, ewidencji wyjazdów służbowych i wystawianie delegacji na podstawie złożonych wniosków,
 - prowadzenie ewidencji w zakresie ruchu osobowego i stanu zatrudnienia w poszczególnych grupach zawodowych i komórkach organizacyjnych Szpitala, realizowanie obowiązków pracodawcy w sprawach związanych ze zgłaszaniem pracowników i członków ich rodzin do ubezpieczeń społecznych i zdrowotnych,
 - kontrola prawidłowości sporządzania planowanych i wykonanych harmonogramów czasu pracy (grafików), kart ewidencji czasu pracy,
 - prowadzenie dokumentacji w zakresie posiadanych kwalifikacji pracowników udzielających świadczeń medycznych,
 - prowadzenie ewidencji pracowników wykonujących prace w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze,
 - nadzorowanie i kontrolowanie dyscypliny pracy w Szpitalu oraz prowadzenie spraw związanych z jej naruszeniem,
 - kompletowanie wniosków i załatwianie spraw związanych z przejściem pracowników na emeryturę lub rentę chorobową,
 - opracowywanie obowiązującej statystyki i sprawozdawczości w zakresie spraw osobowych,
 - prowadzenie działalności socjalnej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa i obowiązującym w Szpitalu Regulaminem Zakładowego Regulaminu Świadczeń Socjalnych,
 - ustalanie corocznego odpisu podstawowego na Zakładowy Fundusz Świadczeń Socjalnych Szpitala oraz korekta ustalonego odpisu,

- określanie potrzeb socjalnych pracowników Szpitala w zakresie różnych form wypoczynku, działalności kulturalno- oświatowej, sportowo-rekreacyjnej,
- udzielanie pomocy materialnej, a także pożyczek na cele mieszkaniowe na warunkach określonych w Regulaminie ZFŚS i w umowach,
- opracowywanie projektu rzeczowo- finansowego działalności socjalnej Szpitala - plan wykorzystania środków z ZFŚS Szpitala;

2) Sekcja Płac:

b) Do głównych zadań Sekcji Płac należy:

- przygotowywanie list wynagrodzeń pracownikom, tj. naliczanie wynagrodzeń, odpraw, nagród jubileuszowych, godzin nocnych, świątecznych, dyżurów medycznych, itp.,
- naliczanie zasiłków przysługujących pracownikom zgodnie z ustawą o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa oraz prowadzenie obowiązującej w tym zakresie dokumentacji,
- dokonywanie wymaganych z mocy prawa lub zgłoszonych przez pracownika potrąceń z wynagrodzeń,
- systematyczne i prawidłowe naliczanie składek na ubezpieczenie społeczne, zdrowotne, wypadkowe, fundusz emerytur pomostowych, Fundusz Pracy (obsługa elektroniczna rozliczeń z ZUS) oraz obliczanie zaliczek na podatek dochodowy od osób fizycznych,
- kontrola pod względem rachunkowym faktur z umów cywilnoprawnych w zakresie udzielanych świadczeń zdrowotnych przez podmioty wykonujące działalność leczniczą,
- przygotowywanie analiz i informacji dotyczących kosztów pracy oraz sporządzanie sprawozdawczości,
- prowadzenie dokumentacji płacowej (kartotek płacowych, podatkowych i zasiłkowych),
- wydawanie zaświadczeń o osiągniętych dochodach pracownikom Szpitala,

- sporządzanie i wydawanie rocznych informacji o dochodach oraz o pobranych zaliczkach na podatek dochodowy pracownikom i zleceniobiorcom,
- rozliczanie umów rezydenckich,
- przygotowywanie deklaracji podatku dochodowego, PFRON i innych,
- Dział Spraw Pracowniczych załatwia sprawy i wykonuje inne czynności określone odpowiednimi przepisami lub zlecone przez Dyrektora UDSK w Białymstoku lub Zastępcę Dyrektora ds. Ekonomicznych.

Samodzielne stanowiska podległe Dyrektorowi Szpitala

§ 64

Osoby na następujących samodzielnych stanowiskach pracy:

I. Radca Prawny:

Dział Prawny w swoich strukturach posiada odrębne stanowisko Radcy Prawnego, który koordynuje pracę całego Działu.

1. Radca prawny realizuje swoje obowiązki w oparciu o ustawę z 6 lipca 1982r o radcach prawnych. Do zadań Radcy Prawnego należy w szczególności:
 - a) sporządzanie opinii prawnych i udzielanie porad prawnych;
 - b) sporządzanie projektów umów i opiniowanie umów;
 - c) przygotowywanie projektów wewnętrznych aktów prawnych, opracowywanie zarządzeń wewnętrznych, instrukcji, poleceń oraz materiałów niezbędnych do funkcjonowania Szpitala pod względem prawnym (przy współpracy i porozumieniu z innymi komórkami organizacyjnymi Szpitala);
 - d) bieżące informowanie kierowników komórek organizacyjnych o zmianach przepisów prawnych w zakresie funkcjonowania szpitala oraz przepisów wykonawczych;
 - e) organizowanie obsługi prawnej posiedzeń Rady Społecznej Szpitala;
 - f) opracowywanie aktualizacji Regulaminu Organizacyjnego i Statutu Szpitala;
 - g) szczegółowa współpraca z Sekcją Zamówień Publicznych w szczególności:

- opiniowanie pod względem prawnym wszystkich umów przygotowanych przez Sekcję Zamówień Publicznych oraz aneksów do umów;
 - przedkładanie propozycji odpowiedzi na zapytania dotyczące kwestii prawnych w postępowaniach o zamówienia publiczne;
 - opiniowanie odwołań złożonych przez wykonawców w częściach dotyczących kwestii prawnych;
 - rozstrzyganie wszystkich wątpliwości związanych z postępowaniami przetargowymi zgłaszanymi przez pracowników Sekcji Zamówień Publicznych;
 - czynne uczestnictwo w pracach Komisji Przetargowej (jeżeli jest członkiem Komisji);
- h) reprezentowanie UDSK przed organami wymiaru sprawiedliwości i urzędami;
- i) prowadzenie rejestru wewnętrznych aktów prawnych;
- j) zapewnienie w ramach powyższych działań wszelkich wymaganych prawem czynności niezbędnych do skutecznej ochrony interesów Szpitala;
- k) wykonywanie innych czynności wynikających z zajmowanego stanowiska i zleczanych przez Dyrektora Szpitala;
- l) przestrzeganie przepisów w zakresie ochrony danych osobowych oraz tajemnicy służbowej.

II. **Inspektor Ochrony Danych Osobowych:**

1. Do zadań Inspektora Ochrony Danych Osobowych należy:
 - 1) informowanie administratora, podmiotu przetwarzającego oraz pracowników, którzy przetwarzają dane osobowe, o obowiązkach spoczywających na nich na mocy RODO oraz innych przepisów dot. ochrony danych osobowych, a także doradzanie ww. podmiotom w sprawie ochrony danych osobowych;
 - 2) monitorowanie przestrzegania RODO oraz innych przepisów dot. ochrony danych osobowych oraz polityki 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) współpraca z organem nadzorczym;
- 5) 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;
- 6) pełnienie funkcji punktu kontaktowego dla osób, których dane dotyczą, we wszystkich sprawach związanych z przetwarzaniem ich danych osobowych oraz wykonywaniem praw przysługujących im na mocy RODO oraz innych przepisów.

III. Pełnomocnik ds. Praw Pacjenta:

1. Do zadań Pełnomocnika ds. Praw Pacjenta należy:
 - 1) dbałość o zapewnienie przestrzegania praw przysługujących pacjentom UDSK w Białymstoku, w szczególności szybkie i pełne wyjaśnianie i rozpatrywanie zgłaszanych przez pacjentów lub ich opiekunów oraz rodziców przypadków naruszeń praw pacjenta określonych w obowiązującym prawie lub przepisach wewnętrznych UDSK w Białymstoku;
 - 2) przeprowadzanie okresowej analizy skarg i wniosków pacjentów lub ich opiekunów oraz rodziców, a także przekazywanie ich Dyrektorowi UDSK;
 - 3) udzielanie informacji oraz odpowiedzi na pytania rodziców lub opiekunów pacjentów i pacjentów dotyczących praw im przysługujących w UDSK w Białymstoku, w szczególności zasad przyjęcia, leczenia, warunków pobytu oraz wypisu;
 - 4) zapewnienie, we współpracy z Pielęgniarkami Oddziałowymi, dostępności informacji o prawach pacjenta w UDSK w Białymstoku oraz ustalenie trybu informowania przyjmowanych do UDSK w Białymstoku pacjentów o ich prawach;
 - 5) zgłaszanie zauważonych nieprawidłowości przy postępowaniu z pacjentami osobom odpowiedzialnym za te nieprawidłowości lub ich zwierzchnikom;
 - 6) zgłaszanie propozycji polepszenia opieki nad pacjentem odpowiednim komórkom organizacyjnym, a w pierwszej kolejności Dyrektorowi i jego Zastępcom;
 - 7) interweniowanie w razie naruszenia praw pacjenta oraz łagodzenie sytuacji konfliktowych;

- 8) kontrola w komórkach organizacyjnych Szpitala w zakresie informowania pacjentów o ich prawach, a także przestrzegania tych praw z wyszczególnieniem: prawa wstępu do pomieszczeń UDSK związanego z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, prawa wglądu do dokumentacji medycznej;
- 9) występowanie z wnioskiem do personelu podmiotu leczniczego w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, w szczególności do lekarza prowadzącego, kierownika/koordynatora (lekarza kierującego oddziałem) lub Dyrektora UDSK w Białymstoku o podjęcie działań zmierzających do usunięcia przyczyny skargi lub zaistniałych naruszeń;
- 10) uczestnictwo w posiedzeniach Komisji ds. Jakości w UDSK w Białymstoku oraz w przeprowadzaniu badań ankietowych oceny satysfakcji pacjentów w wybranych komórkach organizacyjnych UDSK w Białymstoku;
- 11) w zakresie zadań wyżej wymienionych Pełnomocnik ds. Praw Pacjenta UDSK w Białymstoku współpracuje z Rzecznikiem Praw Dziecka.

IV. Audytor Wewnętrzny:

1. Audyt wewnętrzny jest działalnością niezależną i obiektywną, której celem jest wspieranie Dyrektora Szpitala w realizacji celów i zadań przez systematyczną ocenę kontroli zarządczej oraz czynności doradcze. Ocena dotyczy w szczególności adekwatności, skuteczności i efektywności kontroli zarządczej w UDSK w Białymstoku.
2. Do zadań Audytora wewnętrznego należy:
 - a) opracowywanie rocznych planów audytu wewnętrznego;
 - b) opracowywanie sprawozdań z prowadzenia audytu wewnętrznego w roku poprzednim oraz sporządzanie i przekazywanie, w szczególności do Ministerstwa Finansów i innych instytucji sprawozdań i informacji związanych z prowadzeniem audytu wewnętrznego;
 - c) realizowanie zadań zapewniających dostarczenia niezależnej i obiektywnej oceny kontroli zarządczej;
 - d) monitorowanie realizacji zaleceń z zadań zapewniających ich wykonywanie, prowadzenie czynności sprawdzających w odniesieniu do tych zaleceń;
 - e) realizacja czynności doradczych służących wspieraniu Dyrektora Szpitala w realizacji celów i zadań;
 - f) prowadzenie dokumentacji czynności i zdarzeń mających znaczenie dla prowadzenia audytu wewnętrznego.

V. **Stanowisko ds. Obronnych i OC:**

1. Do zadań osoby zatrudnionej na Samodzielnym Stanowisku ds. Obrony realizującej zadania obronne w czasie pokoju, w wypadku zaistnienia nadzwyczajnych zagrożeń i stanu kryzysowego oraz w czasie stanu zagrożenia państwa i wojny należy w szczególności:
 - 1) kierowanie działalnością oraz koordynacja prac w zakresie przygotowywania planów organizacji struktury i funkcjonowania UDSK w Białymstoku w warunkach zagrożenia i wojny;
 - 2) prowadzenie i koordynacja działalności szkoleniowej w kierunku przygotowania pracowników do pracy w warunkach zagrożenia i wojny;
 - 3) doradzanie Dyrektorowi i poszczególnym Zastępcom Dyrektora w dokonywaniu oceny sytuacji w stanach zagrożenia państwa oraz wypracowywanie wniosków i decyzji potrzebnych do realizacji zadań obronnych.

VI. **Stanowisko ds. BHP:**

1. Do zadań osoby zatrudnionej na Stanowisku ds. BHP należy:
 - a) przeprowadzanie kontroli warunków pracy w komórkach organizacyjnych UDSK w Białymstoku;
 - b) bieżące informowanie Dyrektora UDSK w Białymstoku i pracowników o stwierdzonych zagrożeniach zawodowych, oraz wyciąganie wniosków zmierzających do usuwania tych zagrożeń, poprzez informowanie odpowiednich służb UDSK w Białymstoku;
 - c) codzienne kontrole pomagające w zbieraniu informacji o zagrożeniach, mających istotny wpływ na bieżące monitorowanie oceny ryzyka zawodowego na wszystkich stanowiskach pracy;
 - d) coroczne modernizowanie i weryfikowanie oceny ryzyka zawodowego na wszystkich stanowiska pracy w UDSK w Białymstoku;
 - e) uczestniczenie w ocenie założeń i dokumentacji dotyczących modernizacji oddziałów, laboratoriów, pracowni w ich części, a także nowych inwestycji – zgłaszanie wniosków dotyczących uwzględniania aktualnych wymagań bezpieczeństwa i higieny pracy w tych założeniach i dokumentacjach;
 - f) uczestnictwo w opracowywaniu wewnętrznych zarządzeń, regulaminów i instrukcji ogólnych dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy

- oraz ustalaniu zadań osób kierujących pracownikami w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy;
- g) prowadzenie rejestru wypadków przy pracy oraz całej dokumentacji powypadkowej, jak również wypadków w drodze do i z pracy i chorób zawodowych, oraz branie udziału w ustalaniu okoliczności i przyczyn wypadków przy pracy, oraz w opracowaniu wniosków wynikających z tych wypadków – wspólnie ze Społecznym Inspektorem Pracy;
 - h) współpraca z Działem Spraw Pracowniczych, Komitetem i Zespołem ds. Zakażeń Szpitalnych, Komisją ds. BHP, Zastępcą Dyrektora ds. Pielęgniarstwa, Zastępcą Dyrektora ds. Administracyjno –Technicznych, pielęgniarkami i oddziałowymi/koordynującymi – w szczególności w zakresie organizowania i zapewnienia odpowiedniego poziomu szkoleń w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy, oraz zapewnienia adaptacji zawodowej nowo zatrudnionych pracowników;
 - i) prowadzenie kontroli stanowisk pracy;
 - j) współpraca z organami Państwowej Inspekcji Sanitarnej, Społecznym Inspektorem Pracy oraz organizacjami związkowymi UDSK w Białymstoku;
 - k) coroczne przedstawianie Dyrektorowi UDSK w Białymstoku analizy stanu bezpieczeństwa i higieny pracy zawierającej propozycje przedsięwzięć technicznych i organizacyjnych mających na celu zapobieganie zagrożeniom życia i zdrowia pracowników, oraz poprawę warunków pracy.

VII. Pełnomocnik Ochrony Informacji Niejawnych:

1. Do zadań Pełnomocnika Ochrony Informacji Niejawnych należy:
 - 1) zapewnienie ochrony informacji niejawnych;
 - 2) zarządzanie ryzykiem bezpieczeństwa i szacowanie ryzyka;
 - 3) kontrola ochrony informacji niejawnych oraz przestrzeganie przepisów o ochronie, kontrola ewidencji, materiałów i obiegu dokumentów;
 - 4) opracowanie i aktualizowanie Planu ochrony informacji niejawnych zatwierdzonego przez Dyrektora, w tym w stanie zagrożeń bezpieczeństwa państwa i nadzór;
 - 5) prowadzenie szkolenia w zakresie informacji niejawnych;
 - 6) prowadzenie zwykłych postępowań sprawdzających;

- 7) prowadzenie aktualnego wykazu osób zatrudnionych posiadających uprawnienia do dostępu do informacji niejawnych;
- 8) współpraca z ABW w sprawach ochrony informacji niejawnych;
- 9) bezpośredni nadzór nad obiegiem dokumentów;
- 10) udostępnienie lub wydanie dokumentów osobom uprawnionym;
- 11) egzekwowanie zwrotu dokumentów;
- 12) właściwe oznaczenie i rejestrowanie dokumentów;
- 13) prowadzenie bieżącej kontroli pracy Kancelarii Tajnej;
- 14) wykonywanie poleceń Pełnomocnika Ochrony.

VIII. Inspektor Ochrony Radiologicznej

1. Do zadań Inspektora Ochrony Radiologicznej należy w szczególności:
 - 1) nadzór nad przestrzeganiem w Uniwersyteckim Dziecięcym Szpitalu Klinicznym warunków ochrony radiologicznej związanych z prowadzoną działalnością medyczną;
 - 2) nadzór nad przestrzeganiem prowadzenia działalności według instrukcji pracy z aparatami rentgenowskimi oraz nad prowadzeniem dokumentacji dotyczącej ochrony radiologicznej;
 - 3) nadzór nad działaniem sygnalizacji ostrzegawczej i prawidłowym oznakowaniem miejsc pracy ze źródłami promieniowania jonizującego;
 - 4) nadzór nad wykonywaniem podstawowych i specjalistycznych testów wewnętrznej kontroli parametrów aparatury rentgenowskiej;
 - 5) nadzór nad sprawnym działaniem aparatury dozymetrycznej oraz aparatury do wykonywania testów wewnętrznej kontroli parametrów aparatury rentgenowskiej;
 - 6) dokonywanie wstępnej oceny narażenia pracowników na podstawie wyników pomiaru dawek indywidualnych lub pomiarów dawek indywidualnych lub pomiarów dozymetrycznych w środowisku pracy, przekazanie informacji o otrzymanych dawkach promieniowania jonizującego pracownikom;
 - 7) współpraca ze służbą bezpieczeństwa i higieny pracy, osobami wdrażającymi program ochrony radiologicznej w zakresie ochrony przed promieniowaniem jonizującym;
 - 8) nadzór nad dokumentacją, o której mowa w przepisach regulujących szczegółowe warunki bezpiecznej pracy ze źródłami promieniowania jonizującego;

- 9) przedstawianie opinii i wniosków do Dyrektora Szpitala w zakresie objętym nadzorem inspektora ochrony radiologicznej.

IX. Kapelani Szpitalni:

1. Do zadań Kapelana Szpitalnego należy zaspokojenie potrzeb religijnych i duchowych chorych dzieci i ich opiekunów poprzez:
 - 1) odwiedziny duszpasterskie;
 - 2) posługę Słowa i osobistą rozmowę;
 - 3) sprawowanie sakramentów i nabożeństw;
 - 4) otoczenie szczególną opieką umierających i ich najbliższych;
 - 5) pożegnanie zmarłych i pomoc w przeżywaniu żałoby po stracie dziecka;
 - 6) troskę o kaplicę szpitalną i bibliotekę religijną;
 - 7) merytoryczny nadzór nad katechezą.

X. Komitety, Zespoły i Komisje.

ROZDZIAŁ XI

WSPÓLNE UPRAWNIENIA, OBOWIĄZKI I ODPOWIEDZIALNOŚĆ KIEROWNIKÓW KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH

§ 65

I. Kierownik/ Ordynator Kliniki/Oddziału:

1. Podlega Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.
2. Kierownik/ordynator odpowiada za stan i jakość opieki leczniczo-profilaktycznej kliniki/oddziału.
3. Kierownik/ordynator ponosi odpowiedzialność materialną, organizacyjną i merytoryczną związaną z funkcjonowaniem kliniki/oddziału.
4. Kierownikowi/ ordynatorowi podlegają pracownicy zatrudnieni przez Dyrektora UDSK w Białymstoku na terenie kliniki/oddziału tj.:
 - 1) bezpośrednio:
 - zastępca kierownika/ ordynatora,
 - starsi asystenci,
 - młodszy asystenci/lekarze rezydenci,

- pielęgniarka oddziałowa – w zakresie procesu leczenia;
- 2) pośrednio przez pielęgniarki oddziałowe: pozostały personel.

5. Standardowe obowiązki wynikające z zajmowanego stanowiska:

- 1) koordynowanie pracy komórki organizacyjnej oraz współdziałanie z innymi komórkami organizacyjnymi Szpitala/Uczelni;
- 2) Sprawowanie nadzoru i kontroli nad:
 - a) realizacją zadań przez poszczególnych pracowników;
 - b) obiegiem dokumentacji wewnętrznej i zewnętrznej w zakresie dotyczącym kierowanej komórki organizacyjnej;
 - c) przestrzeganiem przez podległych pracowników porządku i dyscypliny pracy;
 - d) przestrzeganiem tajemnicy państwowej, służbowej, ochrony danych osobowych zgodnie z obowiązującymi przepisami;
 - e) przestrzeganiem zasad i przepisów bhp oraz przepisów przeciwpożarowych;
- 3) zapewnienie równomiernego podziału zadań pomiędzy pracowników komórki organizacyjnej;
- 4) utrzymywanie wysokiego poziomu świadczeń medycznych, adekwatnego do wiodącej roli szpitala uniwersyteckiego w zakresie wysokospecjalistycznych świadczeń medycznych;
- 5) stosowanie metod leczniczych zgodnie ze współczesną wiedzą lekarską, a w razie konieczności zastosowania leczenia wybiegającego poza standardy;
- 6) sprawowanie nadzoru nad procesem leczenia pacjentów hospitalizowanych w podległej komórce poprzez obchody i codzienne odprawy z udziałem lekarzy zatrudnionych w klinice/oddziale, pielęgniarki oddziałowej oraz innych pracowników niezbędnych do prowadzenia prawidłowego postępowania diagnostycznego i leczniczego;
- 7) opracowywanie standardów dla procedur diagnostycznych i leczniczych stosowanych w klinice/oddziale, mających na celu ujednoczenie postępowania diagnostyczno-terapeutycznego;
- 8) przestrzeganie obowiązujących w UDSK w Białymstoku zasad pobierania, przechowywania i wydawania środków narkotycznych i silnie działających;
- 9) dbanie o racjonalne wykorzystywanie łóżek i zapewnienie koniecznych miejsc dla chorych przyjmowanych w czasie dyżuru;

- 10) dążenie do zapewnienia bezpieczeństwa chorym w klinice/oddziale oraz kontrolowanie wykonania wydanych w tym przedmiocie zarządzeń i wytycznych Dyrekcji;
- 11) dbanie o stałe utrzymanie kliniki/oddziału w należyтым stanie pod względem sanitarno – higienicznym i porządkowym;
- 12) powiadamianie Dyrektora UDSK w Białymstoku o każdym przypadku, co do którego zachodzi podejrzenie, iż jest wynikiem przestępstwa, błędu w sztuce lub naruszeniem kodeksu etyki zawodowej;
- 13) nadzorowanie prowadzenia list pacjentów oczekujących na świadczenia zdrowotne w trybie hospitalizacji;
- 14) dążenie do maksymalizacji przychodów i minimalizacji kosztów, respektując istniejące warunki finansowania świadczeń zdrowotnych oraz ustalone przez Dyrekcję wskaźniki ekonomiczne;
- 15) dbanie o racjonalne gospodarowanie lekami i materiałami medycznymi w klinice/oddziale;
- 16) dbanie o przestrzeganie przez podwładnych ustalonych zasad sporządzania, gromadzenia, przechowywania i udostępniania dokumentacji lekarskiej z zachowaniem zasad ochrony danych osobowych;
- 17) dbanie o pogłębianie wiedzy przez podległych lekarzy oraz inny personel medyczny;
- 18) zachęcanie podległych lekarzy oraz inny wyższy personel medyczny do pracy naukowej i udzielanie pomocy przy prowadzeniu prac badawczych i zdobywaniu stopni naukowych;
- 19) dbanie o ukształtowanie właściwego, zgodnego z kanonami etycznymi stosunku pracowników kliniki/oddziału do pacjentów i ich opiekunów, do kolegów oraz podwładnych i przełożonych;
- 20) opiniowanie kandydatów do pracy w podległej komórce organizacyjnej;
- 21) sporządzanie ewidencji czasu pracy oraz planów urlopów wypoczynkowych podległych pracowników;
- 22) szczegółowe obowiązki wynikające z kierowania określoną komórką organizacyjną.

6. Zakres odpowiedzialności kierownika/ ordynatora.

Kierownik komórki organizacyjnej ponosi służbową odpowiedzialność za:

- 1) właściwe i terminowe wykonywanie zadań ustalonych w Regulaminie Organizacyjnym dla kierowanej komórki organizacyjnej, szczegółowym zakresie zadań i obowiązków oraz wynikających z poleceń bezpośredniego przełożonego;
- 2) właściwe i zgodne z obowiązującymi przepisami gospodarowanie składnikami majątkowymi powierzonymi do użytkowania;
- 3) podjęte decyzje dotyczące procesu diagnostyczno – leczniczego;
- 4) pracę personelu lekarskiego i pielęgniarskiego;
- 5) bezpieczeństwo pracy podległego personelu oraz bezpieczeństwo pacjentów;
- 6) przestrzeganie obowiązków stosowania procedur ochrony danych osobowych zgodnie z przepisami RODO oraz innych przepisów wynikających z zajmowanego stanowiska/zawodu/specjalności. Zastępca kierownika kliniki/ ordynatora oddziału ponosi odpowiedzialność za prawidłowe wykonywanie nałożonych na niego zadań, a w czasie nieobecności kierownika kliniki/ordynatora oddziału za kierowanie komórką organizacyjną w zastępstwie
- 7) Lekarze zatrudnieni w klinice/oddziale (starsi asystenci, asystenci, młodszy asystenci) podlegają kierownikowi kliniki/ ordynatorowi oddziału lub jego zastępcy – podległość lekarzy w czasie trwania dyżuru opisuje regulamin lekarzy dyżurujących.

7. Kierownik komórki organizacyjnej jest uprawniony do:

- 1) określenia zadań oraz zapewnienia niezbędnych środków i informacji potrzebnych do należytego ich wykonania;
- 2) uzyskania świadczeń i uprawnień wynikających z przepisów i regulaminów wewnętrznych;
- 3) dobierania właściwych metod i technik pracy zgodnie z posiadaną wiedzą i kwalifikacjami oraz przyjętymi standardami postępowania;
- 4) czynnego udziału w szkoleniach organizowanych na terenie Szpitala oraz poza zakładem pracy w ramach obowiązków pracodawcy po uzyskaniu zgody przełożonego.

II. Starszy asystent kliniki/oddziału:

1. Podlega kierownikowi/ ordynatorowi kliniki/oddziału.
2. **Do standardowych obowiązków starszego asystenta kliniki/ oddziału należy:**
 - 1) znajomość i przestrzeganie regulaminów, przepisów, procedur, standardów obowiązujących w UDSK w Białymstoku;

- 2) znajomość i przestrzeganie wszelkich przepisów prawnych związanych z zawodem lekarza oraz pełnionej funkcji starszego asystenta;
- 3) sprawowanie opieki nad chorymi hospitalizowanymi w klinice/oddziale zgodnie z obowiązującym podziałem pracy, w szczególności przeprowadzanie wstępnego obchodu, referowanie kierownikowi/ ordynatorowi stanu zdrowia chorych powierzonych jego opiece; wydawanie personelowi pielęgniarskiemu zaleceń dotyczących opieki nad chorymi oraz kontrolowanie ich wykonywania;
- 4) sporządzanie, prowadzenie na bieżąco, udostępnianie oraz przekazywanie do składnicy akt dokumentacji medycznej pacjentów powierzonych jego opiece, zgodnie z obowiązującymi przepisami;
- 5) w przypadku śmierci chorego powierzonego jego opiece sporządzenie dokumentacji medycznej dotyczącej zgonu pacjenta, zgodnie z obowiązującymi przepisami;
- 6) udzielanie konsultacji pacjentom hospitalizowanym w innych klinikach/oddziałach UDSK w Białymstoku zgodnie z grafikiem ustalonym przez kierownika/ordynatora;
- 7) udział w naradach i obchodach lekarskich;
- 8) pełnienie dyżurów lekarskich w UDSK w Białymstoku, zgodnie z ustalonym harmonogramem;
- 9) realizacja obowiązków lekarza dyżurnego polega w szczególności na:
 - sprawowaniu opieki nad pacjentami kliniki/oddziału;
 - konsultowaniu pacjentów w innych komórkach Szpitala na zlecenie;
 - sporządzaniu i prowadzeniu Księgi Raportów Lekarskich;
- 10) udzielanie opiekunom pacjentów, którzy pozostają pod jego opieką informacji o stanie zdrowia chorego;
- 11) stosownie do poleceń kierownika/ordynatora udzielanie porad i konsultacji w nadzorowanej przez klinikę Poradni w godzinach pracy Poradni;
- 12) zawiadamianie kierownika/ordynatora o wszelkich ważnych wydarzeniach w klinice/oddziale oraz o wykroczeniach popełnionych zarówno przez personel jak i chorych;
- 13) szkolenie młodszych lekarzy i dzielenie się z nimi zdobytą wiedzą i umiejętnościami;
- 14) podnoszenie kwalifikacji;

- 15) przestrzeganie przepisów o ochronie danych osobowych, zachowanie tajemnicy służbowej;
- 16) noszenie identyfikatora;
- 17) zachowanie życzliwego i kulturalnego stosunku do pacjentów, ich opiekunów oraz współpracowników i przełożonych;
- 18) wykonywanie innych czynności zleconych przez przełożonego zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami, a nieujętych w niniejszym zakresie czynności;
- 19) udział w pracach komitetów, komisji, zespołów działających w UDSK;
- 20) oraz szczegółowe obowiązki wynikające z pracy/dziedziny specjalizacji w danej komórce organizacyjnej.

3. Starszy asystent ponosi odpowiedzialność w szczególności za:

- 1) decyzje dotyczące diagnostyki i leczenia prowadzonego pacjenta;
- 2) wykonywane samodzielnie zabiegi diagnostyczne i lecznicze;
- 3) wykonywane zabiegi diagnostyczne i lecznicze pod jego nadzorem;
- 4) powierzony sprzęt i środki (w przypadku delegowania odpowiedzialności);
- 5) bezpieczeństwo pracy (wykonywania pracy zgodnie z zasadami bhp, nadzór nad bezpieczeństwem pracy personelu);
- 6) przestrzeganie procedur i polityki przetwarzania danych osobowych obowiązujących w zakładzie pracy, oraz na wyznaczonym stanowisku pracy.

4. Starszy asystent jest uprawniony do:

- 1) jednoznacznego określenia zadań oraz zapewnienia niezbędnych środków i informacji potrzebnych do należytego ich wykonania;
- 2) uzyskania świadczeń i uprawnień wynikających z przepisów i regulaminów wewnętrznych;
- 3) dobierania właściwych metod i technik pracy zgodnie z posiadaną wiedzą i kwalifikacjami oraz przyjętymi normami postępowania;
- 4) czynnego udziału w szkoleniach organizowanych na terenie Szpitala oraz poza zakładem pracy w ramach obowiązków pracodawcy po uzyskaniu zgody przełożonego.

5. Szczególne uprawnienia:

- 1) wydawanie zleceń leczniczych lekarzom na niższych stanowiskach (np., starszy asystent młodszemu asystentowi itp.) i kontrolowanie ich realizacji;
- 2) wydawanie zleceń leczniczych i pielęgnacyjnych współpracującym pielęgniarkom i kontrolowanie ich realizacji.

III. **Kierownik komórki medycznej (zakładu, pracowni):**

1. Podlega Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.
2. Do podstawowych zadań Kierownika komórki medycznej należy:
 - 1) znajomość przepisów, regulaminów, procedur i standardów postępowania obowiązujących w UDSK w Białymstoku (np. Statutu, Regulaminu Organizacyjnego zarządzeń Dyrektora i innych);
 - 2) pełnienie obowiązków kierownika zakładu określonych przez kierownictwo UDSK w Białymstoku;
 - 3) zapewnienie jakości, efektywności pracy, badań wykonywanych w kierowanej komórce;
 - 4) odpowiedzialność za prawidłowe funkcjonowanie kierowanej komórki;
 - 5) prowadzenie dokumentacji zgodnie z obowiązującymi przepisami w tym zakresie;
 - 6) przedstawienie wniosków przełożonemu w sprawie przyjęć, zwolnień, nagród i kar podległym pracownikom;
 - 7) ponoszenie odpowiedzialności za prawidłową organizację pracy, podnoszenie kwalifikacji pracowników, przestrzeganie przez nich przepisów BHP i p.poż.;
 - 8) przygotowywanie zakresów czynności dla podległych pracowników;
 - 9) prowadzenie dokumentacji sprzętu znajdującego się na stanie komórki organizacyjnej;
 - 10) zabezpieczanie materiałów i sprzętu potrzebnych do bieżącej pracy;
 - 11) odpowiedzialność za pełne i efektywne wykorzystanie czasu pracy na realizację obowiązków służbowych;
 - 12) wykonywanie innych czynności zleconych przez przełożonego zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami i kompetencjami.
3. Zakres odpowiedzialności kierownika komórki organizacyjnej:
 - 1) właściwe, terminowe wykonywanie zadań kierowanej komórki organizacyjnej;
 - 2) właściwe i zgodne z przepisami użytkowanie i gospodarowanie majątkiem kierowanej komórki organizacyjnej;
 - 3) kierowanie pracą podległego personelu;
 - 4) jakość i rzetelność wykonywanych badań, przestrzeganie obowiązujących procedur, standardów postępowania, przepisów dotyczących bhp i ppoż.
4. Uprawnienia kierownika komórki organizacyjnej:
 - 1) określenia zadań i obowiązków a także zapewnienia niezbędnych środków do ich realizacji;

- 2) dobierania właściwych metod i technik pracy zgodnie z posiadaną wiedzą, kwalifikacjami, kompetencjami;
- 3) udział w szkoleniach i podnoszeniu kwalifikacji za zgodą pracodawcy.

IV. **Kierownicy wszystkich komórek organizacyjnych UDSK w Białymstoku**

1. Poza innymi wskazanymi obowiązkami odpowiedzialni są za właściwe organizowanie pracy w podległych komórkach oraz za zapewnienie prawidłowego i terminowego wykonywania powierzonych zadań i obowiązków w szczególności:
 - 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 RODO o zachowaniu tajemnicy zawodowej, państwowej i służbowej;
 - 7) wnioskowanie o udzielenie nagród i kar zgodnie z zasadami określonymi w Regulaminie wynagradzania, współdziałanie we właściwym doborze kadr oraz tworzenie właściwej atmosfery pracy w zespole;
 - 8) wnioskowanie o przeszerogowanie podległych pracowników podległej komórki;
 - 9) sporządzanie planów urlopów;
 - 10) delegowanie pracowników w sprawach służbowych poza terenem UDSK w Białymstoku;
 - 11) współdziałanie z innymi komórkami organizacyjnymi w celu należytej realizacji zadań wymagających uzgodnień;
 - 12) udzielanie wyjaśnień w sprawach skarg i wniosków;
 - 13) prowadzenie i aktualizacja baz danych w postaci zapisów elektronicznych według kompetencji merytorycznych;
 - 14) usprawnienie organizacji, metod i form pracy komórki organizacyjnej, udział w szkoleniach;
 - 15) optymalizowanie działań i dbałość o racjonalny rachunek kosztów.

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

ROZDZIAŁ XII

ZASADY KIEROWANIA SZPITALEM

§ 66

1. Dyrektor jest przełożonym wszystkich pracowników Szpitala. Kieruje Szpitalem i reprezentuje go na zewnątrz.
2. Dyrektor jest pracodawcą w rozumieniu przepisów Kodeksu Pracy oraz stroną umów cywilnoprawnych.
3. Dyrektor kieruje działalnością Szpitala przy pomocy:
 - 1) Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa;
 - 2) Zastępcy Dyrektora ds. Pielęgniarstwa;
 - 3) Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomicznych;
 - 4) Zastępcy Dyrektora ds. Administracyjno-Technicznych;
 - 5) Głównego Księgowego
 - 6) Kierowników Komórek Organizacyjnych.
4. Dyrektor Szpitala zatrudnia i zwalnia swoich zastępców, ustanawia pełnomocników i doradców.
5. Dyrektora Szpitala w czasie nieobecności, zastępuje jeden ze wskazanych przez niego zastępców na podstawie udzielonego w formie pisemnej pełnomocnictwa.
6. Klinikami lub oddziałami Szpitala kierują kierownicy klinik lub ordynatorzy powoływani przez Dyrektora Szpitala.

7. Do obowiązków i uprawnień Dyrektora należy w szczególności:
 - a) organizowanie pracy w sposób zapewniający osiągnięcie celów oraz realizację zadań statutowych Szpitala;
 - b) gospodarowanie mieniem jednostki;
 - c) prowadzenie polityki kadrowej Szpitala;
 - d) gospodarowanie środkami finansowymi i rzeczowymi pozostającymi w dyspozycji Szpitala;
 - e) współpraca z organizacjami związkowymi i zawodowymi działającymi na terenie Szpitala;
 - f) nadzór nad opracowywaniem planów i programów w zakresie remontów, inwestycji, zakupów inwestycyjnych oraz nadzorowanie ich realizacji;
 - g) nadzór nad przedsięwzięciami wchodzącymi w zakres przygotowania Szpitala do wykonania zadań obronnych oraz realizacji zadań w obszarze zarządzania kryzysowego.
8. Dyrektor Szpitala posiada prawo do utworzenia nowej komórki organizacyjnej Szpitala, jak również jej likwidacji w porozumieniu z Radą Społeczną Szpitala i za zgodą podmiotu tworzącego.
9. Komórką organizacyjną Szpitala, wykonującą działalność leczniczą, będącą oddziałem, kieruje lekarz kierujący oddziałem powołany przez Dyrektora.
10. Komórką organizacyjną Uniwersytetu Medycznego wykonującą działalność dydaktyczno - naukową, będącą kliniką, kieruje kierownik kliniki wyłoniony w postępowaniu konkursowym przeprowadzonym przez Uniwersytet Medyczny, z którym Dyrektor podmiotu leczniczego zawiera umowę o pracę, albo umowę o charakterze cywilnym.
11. W przypadku, gdy kwalifikacje zawodowe nie pozwalają na jednoczesne pełnienie funkcji kierownika kliniki i lekarza kierującego oddziałem, albo gdy kierownik kliniki i Dyrektor podmiotu leczniczego nie uzgodnią warunków zatrudnienia, Dyrektor podmiotu leczniczego, o którym mowa w ust. 1 w porozumieniu z rektorem powołuje lekarza kierującego oddziałem.
12. Organami opiniującymi i doradczymi Dyrektora są: Rada Społeczna Szpitala oraz Rada Klinikistów.

Strukturę wewnętrzną Szpitala określa schemat organizacyjny, stanowiący załącznik nr 1 do niniejszego Regulaminu Organizacyjnego, ustalający zależność służbową poszczególnych komórek organizacyjnych.

§ 68

1. Nadrzędnymi zewnętrznymi aktami prawnymi w oparciu, o które działa Szpital są akty prawne wskazane w § 1 niniejszego Regulaminu oraz akty wykonawcze do poszczególnych ustaw.
2. Wewnętrznymi aktami prawnymi Szpitala są:
 - 1) Statut UDSK - akt prawny regulujący zadania, strukturę organizacyjną i sposób działania Uniwersyteckiego Dziecięcego Szpitala Klinicznego im. L. Zamenhofa w Białymstoku. Statut nadaje w drodze uchwały Senatu podmiot tworzący tj. – Uniwersytet Medyczny w Białymstoku;
 - 2) Uchwały Senatu Uniwersytetu Medycznego – akt woli podmiotu tworzącego UDSK - Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, zatwierdzający uchwały Rady Społecznej UDSK zgodnie z ustawą o działalności leczniczej;
 - 3) Uchwały Rady Społecznej – akt woli organu doradczego Dyrektora Szpitala wyrażający stanowisko Rady Społecznej w zakresie określonym Ustawą z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej, wydany zgodnie z Regulaminem Rady Społecznej;
 - 4) Zarządzenia Dyrektora – akt normatywny, wydany przez Dyrektora Szpitala, regulujący wewnętrzne zasady postępowania we wszystkich obszarach działalności UDSK.

Wyróżnia się następujące zarządzenia:

- a) ogólne- regulujące ogólne zasady polityki postępowania wyrażone m.in. w formie Regulaminu, w tym w szczególności:
 - Regulamin Organizacyjny- określa sprawy wskazane w art. 24 Ustawy o działalności leczniczej, dotyczące organizacji pracy, sposobu i warunków udzielania świadczeń zdrowotnych przez Szpital, nieuregulowane w ustawie lub statucie. Dyrektor Szpitala ustala Regulamin Organizacyjny, który wymaga zaopiniowania przez Radę Społeczną UDSK;
 - Regulamin Pracy Pracowników UDSK – określa prawa i obowiązki zarówno pracownika jak i pracodawcy związane z procesem pracy. Regulamin Pracy ustala Dyrektor Szpitala w uzgodnieniu z organizacjami związkowymi Szpitala;

- Regulamin Wynagradzania Pracowników UDSK- określa zasady wynagradzania za pracę oraz przyznawania innych świadczeń związanych z pracą, z wyjątkiem świadczeń wypłacanych z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych, których zasady określone są w odrębnych przepisach. Regulamin Wynagradzania ustala Dyrektor Szpitala w uzgodnieniu z organizacjami związkowymi Szpitala;
 - inne Regulaminy;
 - b) szczegółowe – regulujące indywidualne i/lub jednorazowe zasady postępowania np. dotyczące powołania członków Komisji, Zespołów, Komitetów itp.:
 - polecenia służbowe- pisemne zlecenie pracownikowi konkretnych obowiązków lub czynności do wykonania w danym terminie, udzielone przez bezpośredniego przełożonego. pełnomocnictwo- oświadczenie woli Dyrektora Szpitala wyrażone każdorazowo w formie pisemnej, którego treścią jest upoważnienie określonej osoby do dokonania w imieniu i ze skutkiem prawnym dla Szpitala czynności prawnej indywidualnie oznaczonej albo czynności określonych rodzajowo;
 - procedury- opis koniecznych do spełnienia przez UDSK trybów postępowania wynikających ze standardów jakościowych wskazanych i ewidencjonowanych przez Zespół ds. Jakości Świadczeń Zdrowotnych, Zespół Kontroli Zakażeń, BHP i innych;
 - instrukcje- załączniki do procedur, regulaminów i zarządzeń, stanowiące dokładny opis poszczególnych czynności w danym przedmiocie.
3. Akty prawne opracowywane są z inicjatywy: Dyrektora, Zastępców Dyrektora, kierowników komórek organizacyjnych a także pracowników zajmujących samodzielne stanowiska w oparciu o obowiązujące przepisy prawne w związku z prowadzoną przez Szpital działalnością. Opracowywanie projektów aktów prawnych należy do właściwych kierowników komórek organizacyjnych Szpitala, w których zakresie działania znajduje się problematyka podlegająca regulacji w formie danego aktu prawnego oraz pracowników zajmujących samodzielne stanowiska. Projekty aktów prawnych opiniuje Dział Prawny.
4. Odpowiedzialność za merytoryczną treść projektu aktu prawnego ponosi projektodawca, a pod względem formalno-prawnym Radca Prawny Szpitala.

5. Wszyscy pracownicy Szpitala, niezależnie od podstawy prawnej zatrudnienia, zobowiązani są do zapoznawania się z treścią aktów prawnych, które mają bezpośredni wpływ na realizację ich zadań.

ROZDZIAŁ XIII

WYSOKOŚĆ OPŁAT POBIERANYCH PRZEZ SZPITAL

§69

1. Za udostępnianie dokumentacji medycznej w formie wyciągów, odpisów lub kopii Szpital pobiera opłatę. Podstawę wyliczenia kwoty odpłatności jest publikowana przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego wysokość przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale. Wysokość opłat wynosi:
 - a) za jedną stronę wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej – 0,002 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale;
 - b) za jedną stronę kopii dokumentacji medycznej – 0,00007 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale;
 - c) za sporządzenie wyciągu, odpisu dokumentacji medycznej na elektronicznym nośniku danych - 0,0004 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale.
2. Udostępnienie dokumentacji do wglądu na miejscu, po uprzednim uzgodnieniu terminu, jest bezpłatne.

§ 70

1. Szpital pobiera opłatę za pobyt pacjenta, którego stan zdrowia nie wymaga dalszej hospitalizacji. Wysokości opłaty zamieszcza się na stronie internetowej Szpitala.
2. Opłata określona w ust. 1 jest pobierana niezależnie od uprawnień do bezpłatnych świadczeń określonych w odrębnych przepisach.

§ 71

W Szpitalu ustala się opłatę zgodnie z cennikiem Zakładu Patomorfologii UMB:

1. Każdą rozpoczętą dobę przechowywania zwłok pacjenta w chłodni po okresie dłuższym niż 72 godziny, licząc od godziny, w której nastąpiła śmierć pacjenta,

pobieraną od osób lub instytucji uprawnionych do pochowania zwłok na podstawie ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych oraz od podmiotów, na zlecenie których przechowuje się zwłoki w związku z toczącym się postępowaniem karnym.

2. Okres przypadający po upływie 3 dni od dnia powiadomienia gminy o konieczności pochowania zwłok pacjenta w związku z nie pochowaniem ich przez uprawnione osoby lub instytucje, pobieraną od gminy w przypadku, o którym mowa w art. 10 ust. 3 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych.

§ 72

Wysokość opłat za wykonanie świadczeń zdrowotnych innych niż finansowane ze środków publicznych określona jest w cenniku ustalonym odrębnym zarządzeniem Dyrektora Szpitala i znajduje się na stronie internetowej UDSK.

§ 73

W przypadku przesłania dokumentów, o których mowa w § 69 ust. 1 doliczona zostaje opłata, zgodnie z cennikiem wydanym przez Centralny Zarząd Poczty Polskiej.

§ 74

1. Wysokość opłat nalicza Sekcja Kosztów.
2. Opłaty w Szpitalu pobiera:
 - 1) Kasa UDSK (w godzinach ordynacji Szpitala);
 - 2) Portiernia UDSK (po godzinach ordynacji Szpitala).
3. Opłaty mogą być dokonywane również na konto wskazane w fakturze.

ROZDZIAŁ XIV

SKARGI I WNIOSKI

§ 75

1. Jeżeli pacjent lub inna osoba uzna, że w Szpitalu doszło do naruszenia praw wynikających z ustaw dotyczących udzielania świadczeń zdrowotnych lub z ustawy

o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta może złożyć skargę lub wniosek w tym zakresie.

2. Skargi i wnioski można zgłaszać telefonicznie, listownie, osobiście bądź drogą mailową.
3. Skarżący ma prawo otrzymać pisemne potwierdzenie przyjęcia skargi lub wniosku.
4. Skargi i wnioski można składać do:
 - 1) Dyrektora Uniwersyteckiego Dziecięcego Szpitala Klinicznego im. L. Zamenhofa w Białymstoku, ul. Waszyngtona 17, 15-274 Białystok;
 - 2) kierownika danej kliniki/ oddziału;
 - 3) Pełnomocnika ds. Praw Pacjenta Uniwersyteckiego Dziecięcego Szpitala Klinicznego w Białymstoku ul. Waszyngtona 17, 15-274 Białystok;
 - 4) Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej przy Okręgowej Izbie Lekarskiej w Białymstoku ul. Świętojańska 7, 15-082 Białystok lub Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Białymstoku Ul. M. Skłodowskiej Curie 12, 15-001 Białystok ;
 - 5) Wojewódzkiej Komisji ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych, ul. A. Mickiewicza 3, 15-213 Białystok;
5. Jeśli właściwe w tym zakresie przepisy nie stanowią inaczej, wnoszący skargę lub składający wniosek winien w zwięzły sposób określić zdarzenie, które jest przedmiotem skargi lub wniosku, tak aby możliwe było podjęcie w tym zakresie postępowania wyjaśniającego.

ROZDZIAŁ XIV

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 76

Spory kompetencyjne pomiędzy komórkami organizacyjnymi Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego rozstrzyga Dyrektor Szpitala.

§ 77

Sprawy nieujęte szczegółowo w niniejszym regulaminie będą ustalone w formie odrębnych Zarządzeń Dyrektora.

§ 78

Integralną częścią Regulaminu Organizacyjnego jest schemat organizacyjny stanowiący załącznik do niniejszego Regulaminu.

§ 79

1. Niniejszy Regulamin wchodzi w życie z dniem podpisania.
2. Wszelkie zmiany Regulaminu wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
3. Tracą moc wszystkie wcześniejsze zarządzenia Dyrektora Szpitala wprowadzające Regulamin Organizacyjny.
4. Traci moc Regulamin organizacyjny z 26.04.2018 wprowadzony zarządzeniem nr 31/2018 z 26.04.2018

DYREKTOR

prof. dr hab. n med. Anna Maria Wasilewska
Podpis Dyrektora

Aneks nr 1/2022 z dnia 01.07.2022 r.
do Zarządzenia nr 45/2021 z dnia 16.06.2021 r.
do Regulaminu Organizacyjnego Uniwersyteckiego Dziecięcego Szpitala Klinicznego
im. L. Zamenhofa w Białymstoku z dnia 16.06.2021 r.

Z dniem 1 lipca 2022 roku w Regulaminie Organizacyjnym UDSK wprowadza się następujące zmiany:

§1

1. W §12 pkt. 1) zmienia się nazwy poszczególnych komórek organizacyjnych:
 - „Klinika Pediatrii, Gastroenterologii, Hepatologii , Żywienia i Alergologii z Pododdziałem Pulmonologii” otrzymuje brzmienie: **„Klinika Pediatrii, Gastroenterologii, Hepatologii, Żywienia, Alergologii i Pulmonologii”**,
 - „Poradnia Gastrologiczna” otrzymuje brzmienie **„Poradnia Gastroenterologiczna”**,
 - „Poradnia Zaburzeń Metabolicznych” otrzymuje brzmienie **„Poradnia Metaboliczna”**,
 - „Klinika Neurologii i Rehabilitacji Dziecięcej” otrzymuje brzmienie **„Klinika Neurologii Dziecięcej”**
2. W §12 dodaje się pkt. 11) o następującej treści:
 - 11) **Centrum Zdrowia Psychicznego Dzieci i Młodzieży:**
 - a) **Oddział Psychiatryczny Dzieci i Młodzieży;**
 - b) **Oddział Dzienny Psychiatryczny Dzieci i Młodzieży;**
 - c) **Poradnia Zdrowia Psychicznego Dzieci i Młodzieży;**
 - d) **Izba Przyjęć.**
3. W §13 dodaje się pkt 8) **Dział Rejestracji Medycznej.**
4. W §14 w pkt. 2) zmienia się nazwę komórki organizacyjnej: „Dział Statystyki Medycznej, Kontraktowania Świadczeń Zdrowotnych i Rejestracji” otrzymuje brzmienie **„Dział Statystyki Medycznej i Kontraktowania Świadczeń Zdrowotnych”**.
5. W §56 pkt. I ppkt 1) nowe brzmienie otrzymują:
 - lit. c) **„Klinika Pediatrii, Gastroenterologii, Hepatologii, Żywienia, Alergologii i Pulmonologii”**
 - lit. g) **„Klinika Neurologii Dziecięcej”**
6. W §58 nadaje się poprawną numerację poszczególnych punktów oraz dodaje się pkt X o następującej treści:
 - X. **Dział Rejestracji Medycznej:**

- 1) Do zadań **Działu Rejestracji Medycznej** należy:
 - a) weryfikowanie uprawnień pacjentów do świadczeń zdrowotnych;
 - b) rejestrowanie pacjentów z zachowaniem sprawiedliwego dostępu do świadczeń i zakładanie w programie informatycznym historii zdrowia i choroby;
 - c) przekładanie wizyt pacjentów w przypadku nieplanowanej nieobecności lekarza;
 - d) prowadzenie list oczekujących pacjentów zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa w wewnętrznym systemie informatycznym i aplikacji AP – KOLCE, jak również informowanie pacjenta o konieczności dostarczenia oryginału skierowania w ciągu 14 dni roboczych od dnia zapisu w kolejkę oczekujących (dotyczy wizyty pierwszorazowej);
 - e) archiwizowanie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
 - f) aktualizowanie harmonogramów pracy poradni w systemie informatycznym i na drzwiach poradni;
 - g) aktualizowanie harmonogramów pracy poradni i lekarzy w ramach e-rejestracji.

7. W §60 pkt. IV zmienia się nazwa komórki organizacyjnej : „Dział Statystyki Medycznej, Kontraktowania Świadczeń Zdrowotnych i Rejestracji” otrzymuje brzmienie **„Dział Statystyki Medycznej i Kontraktowania Świadczeń Zdrowotnych”**

8. W §60 pkt. IV wykreśla się ppkt 3).

§2

1. Pozostałe zapisy Regulaminu nie ulegają zmianie.
2. Zmiany wprowadzone niniejszym aneksem uwzględnia nowy schemat organizacyjny stanowiący Załącznik do aneksu.

§3

Niniejszy aneks obowiązuje od dnia 01.07.2022 r, z pominięciem zapisu §1 pkt 2, który wchodzi w życie z dniem 01.09.2022 r.

DYREKTOR

prof. dr hab. n med. Anna Maria Wasilewska

Aneks nr 2/2023 z dnia 01.02.2023 r.
do Zarządzenia nr 45/2021 z dnia 16.06.2021 r.
do Regulaminu Organizacyjnego Uniwersyteckiego Dziecięcego Szpitala Klinicznego
im. L. Zamenhofs w Białymstoku z dnia 16.06.2021 r.

Z dniem 01 lutego 2023 r. w Regulaminie Organizacyjnym UDSK wprowadza się następujące zmiany:

§1

1. §12 pkt. 11) otrzymuje brzmienie:

11) Centrum Zdrowia Psychicznego Dzieci i Młodzieży:

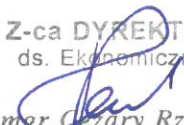
- a) Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży;**
- b) Oddział Dzienny Psychiatryczny Dzieci i Młodzieży;**
- c) Poradnia Zdrowia Psychicznego Dzieci i Młodzieży;**
- d) Izba Przyjęć Dzieci i Młodzieży.**

§2

Pozostałe zapisy Regulaminu nie ulegają zmianie.

§3

Niniejszy aneks wchodzi w życie z dniem podpisania.

Z-ca DYREKTORA
ds. Ekonomicznych

mgr Cezary Rzemek

Aneks nr 3/2024 z dnia 11.09.2024 r.
do Zarządzenia nr 45/2021 z dnia 16.06.2021 r.
do Regulaminu Organizacyjnego Uniwersyteckiego Dziecięcego Szpitala Klinicznego
im. L. Zamenhofa w Białymstoku z dnia 16.06.2021 r.

Z dniem 1 października 2024 r. w Regulaminie Organizacyjnym UDSK wprowadza się następujące zmiany:

§1

W §12 pkt. 1) otrzymuje brzmienie:

1) Kliniki/oddziały szpitalne wraz z podległymi poradniami i pracownikami specjalistycznymi:

- Klinika Pediatrii i Nefrologii:
 - Poradnia Nefrologiczna,
 - Poradnia Patologii Noworodka;
- Klinika Pediatrii, Endokrynologii, Diabetologii z Pododdziałem Kardiologii:
 - Poradnia Endokrynologiczna,
 - Poradnia Cukrzycowa,
 - Poradnia Kardiologiczna;
- Klinika Pediatrii, Gastroenterologii, Hepatologii, Żywienia, Alergologii i Pulmonologii:
 - Poradnia Alergologiczna
 - Poradnia Gastroenterologiczna,
 - Poradnia Dermatologiczna,
 - Poradnia Żywieniowa,
 - Poradnia Pulmonologiczna,
 - Poradnia Leczenia Mukowiscydozy;
- Klinika Pediatrii, Reumatologii, Immunologii i Chorób Metabolicznych Kości:
 - Poradnia Immunologiczna,
 - Poradnia Metaboliczna,
 - Poradnia Reumatologiczna;
- Klinika Neurologii Dziecięcej z Pododdziałem Rehabilitacji Dziecięcej:
 - Poradnia Neurologiczna;
 - Pododdział Rehabilitacji Dziecięcej:
 - Poradnia Rehabilitacyjna;

- Oddział Rehabilitacji Neurologicznej;
- Klinika Chirurgii i Urologii Dziecięcej:
 - Poradnia Chirurgiczna,
 - Poradnia Neurochirurgiczna,
 - Poradnia Urologiczna,
 - Poradnie Chirurgii Ogólnej;
- Klinika Ortopedii i Traumatologii Dziecięcej:
 - Poradnia Ortopedyczna,
 - Poradnia Preluksacyjna;
- Klinika Otolaryngologii Dziecięcej:
 - Poradnia Audiologiczna,
 - Poradnia Foniatryczna,
 - Poradnia Laryngologiczna;
- Klinika Okulistyki Dziecięcej z Ośrodkiem Leczenia Zeza:
 - Poradnia Okulistyczna,
 - Poradnia Leczenia Zeza;
- Klinika Pediatrii, Onkologii i Hematologii:
 - Poradnia Onkologii i Hematologii Dziecięcej;
- Klinika Obserwacyjno- Zakaźna Dzieci:
 - Poradnia Chorób Zakaźnych;
- Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii Dzieci i Młodzieży z Pododdziałem Pooperacyjnym i Leczenia Bólu:
 - Poradnia Anestezjologiczna;

§2

W §56 pkt. I ppkt 1) otrzymuje nowe brzmienie:

I. **Kliniki/oddziały:**

- 1) Kliniki w zakresie działalności naukowo-dydaktycznej są jednostkami Wydziału Lekarskiego lub Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, kierowanymi przez Kierowników , natomiast w zakresie działalności leczniczej są komórkami UDSK w Białymstoku. Ich Kierownicy stają się Kierownikami klinik/ ordynatorami oddziałów UDSK w Białymstoku. W UDSK wyodrębnia się następujące kliniki/oddziały:
 - a) Klinika Pediatrii i Nefrologii;
 - b) Klinika Pediatrii, Endokrynologii, Diabetologii z Pododdziałem Kardiologii;

- c) Klinika Pediatrii, Gastroenterologii, Hepatologii, Żywienia, Alergologii i Pulmonologii;
- d) Klinika Pediatrii, Reumatologii, Immunologii i Chorób Metabolicznych Kości;
- e) Klinika Pediatrii, Onkologii i Hematologii;
- f) Klinika Obserwacyjno-Zakaźna Dzieci;
- g) Klinika Neurologii Dziecięcej z Pododdziałem Rehabilitacji Dziecięcej;
- h) Klinika Chirurgii i Urologii Dziecięcej;
- i) Klinika Ortopedii i Traumatologii Dziecięcej;
- j) Klinika Otolaryngologii Dziecięcej;
- k) Klinika Okulistyki Dziecięcej z Ośrodkiem Leczenia Zeza;
- l) Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii Dzieci i Młodzieży z Pododdziałem Pooperacyjnym i Leczenia Bólu.

§3

Pozostałe zapisy Regulaminu nie ulegają zmianie.

§4

Niniejszy aneks obowiązuje od dnia 01.10.2024 r.

DYREKTOR

dr hab. n med. Anna Maria Wasilewska

Aneks nr 4/2024 z dnia 24.09.2024 r.
do Zarządzenia nr 45/2021 z dnia 16.06.2021 r.
do Regulaminu Organizacyjnego Uniwersyteckiego Dziecięcego Szpitala Klinicznego
im. L. Zamenhofa w Białymstoku z dnia 16.06.2021 r.

Z dniem 1 października 2024 r. w Regulaminie Organizacyjnym UDSK wprowadza się następujące zmiany:

§1

W §11 ppkt. b) dodaje się:

- Dział Archiwizacji i Nadzoru nad Dokumentacją Medyczną;

§2

W §54 ppkt. b) dodaje się:

- Dział Archiwizacji i Nadzoru nad Dokumentacją Medyczną;

§3

W §63 w pkt. II ust. 2. usuwa się ppkt. 3).

§4

W §63 dodaje się pkt. IV:

IV. Dział Archiwizacji i Nadzoru nad Dokumentacją Medyczną

1. Do głównych zadań Działu Archiwizacji i Nadzoru nad Dokumentacją Medyczną należy:

- 1) Kodowanie procedur i kompletowanie dokumentacji wytworzonej w jednostkach medycznych UDSK
- 2) Kontrola dokumentacji medycznej wytworzonej w UDSK w Białymstoku zakończona raportem (co najmniej 2x w roku) przekazywanym jednostkom medycznym.
- 3) Digitalizacja dokumentacji medycznej wytworzonej w UDSK.
- 4) Udostępnianie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami.
- 5) Nadzór nad funkcjonowaniem sekretariatów Klinik UDSK.
- 6) Składnica akt:
 - a) zakres działania Składnicy akt obejmuje:
 - przejmowanie dokumentacji,
 - spraw zakończonych z poszczególnych komórek organizacyjnych,
 - na nośniku papierowym ze składu chronologicznego,

- elektronicznej na informatycznych nośnikach danych, zgromadzonych w składzie informatycznych nośników danych, których zawartości nie skopiowano do systemu EZD.
- przechowywanie i zabezpieczanie zgromadzonej dokumentacji oraz prowadzenie jej ewidencji,
- przeprowadzanie skontrum dokumentacji (*kontrola zbiorów archiwalnych*),
- porządkowanie przechowywanej dokumentacji, przejętej w latach wcześniejszych w stanie nieuporządkowanym,
- udostępnianie przechowywanej dokumentacji,
- wycofywanie dokumentacji ze stanu składnicy akt w przypadku wznowienia sprawy w komórce organizacyjnej,
- przeprowadzanie kwerend archiwalnych, czyli poszukiwanie w dokumentacji informacji na temat osób, zdarzeń, czy problemów,
- inicjowanie brakowania dokumentacji niearchiwalnej oraz udział w jej komisijnym brakowaniu,
- sporządzanie rocznych sprawozdań z działalności składnicy akt i stanu dokumentacji w składnicy akt,
- doradzanie komórkom organizacyjnym w zakresie właściwego postępowania z dokumentacją, (we współdziałaniu z pracownikiem kancelarii ogólnej) w zakresie właściwego postępowania z dokumentacją, niezależnie od tego, czy dokumentowanie przebiegu załatwiania i rozstrzygania spraw przebiegało w systemie EZD, czy poza nim.

§5

1. Pozostałe zapisy Regulaminu nie ulegają zmianie.
2. Zmiany wprowadzone niniejszym aneksem uwzględnia nowy schemat organizacyjny stanowiący załącznik do aneksu.

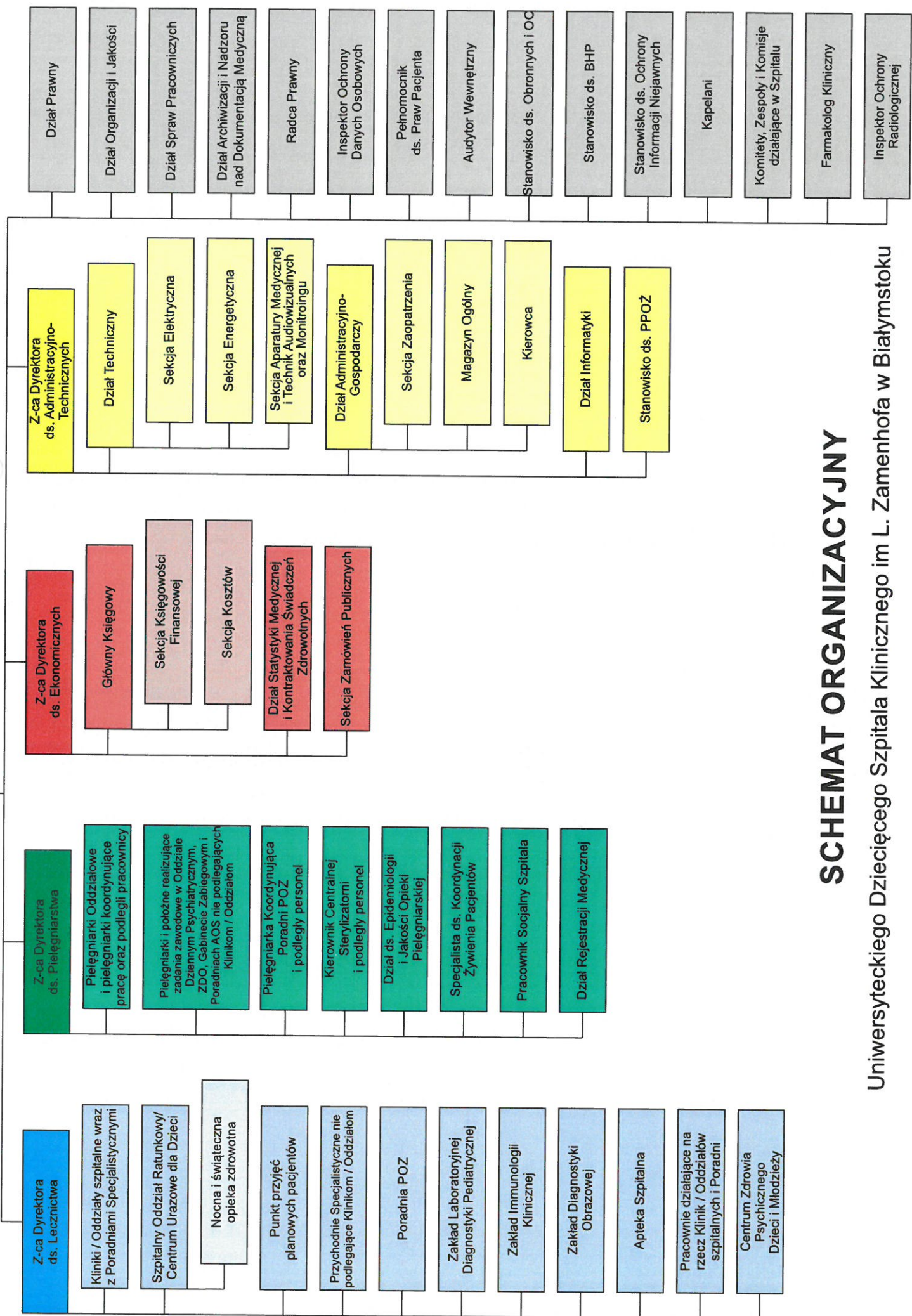
§6

Niniejszy aneks obowiązuje od dnia 01.10.2024 r.

Z-ca DYREKTORA
ds. Ekonomicznych
mgr Cezary Rzemek

Rada Społeczna

Dyrektor



SCHEMAT ORGANIZACYJNY

Uniwersyteckiego Dziecięcego Szpitala Klinicznego im L. Zamenhofa w Białymstoku

Aneks nr 5/2024 z dnia 01.10.2024 r.

do Zarządzenia nr 45/2021 z dnia 16.06.2021 r.

**do Regulaminu Organizacyjnego Uniwersyteckiego Dziecięcego Szpitala Klinicznego
im. L. Zamenhofa w Białymstoku z dnia 16.06.2021 r.**

Z dniem 1 października 2024 r. w Regulaminie Organizacyjnym UDSK wprowadza się następujące zmiany:

§1

W §63 pkt. IV otrzymuje nowe brzmienie:

IV. Dział Archiwizacji i Nadzoru nad Dokumentacją Medyczną

1. Do głównych zadań Działu Archiwizacji i Nadzoru nad Dokumentacją Medyczną należy:

- 1) Kodowanie procedur i kompletowanie dokumentacji wytworzonej w jednostkach medycznych UDSK
- 2) Kontrola dokumentacji medycznej wytworzonej w UDSK w Białymstoku zakończona raportem (co najmniej 2x w roku) przekazywanym jednostkom medycznym.
- 3) Digitalizacja dokumentacji medycznej wytworzonej w UDSK.
- 4) Udostępnianie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami.
- 5) Obsługa sekretariatów Klinik UDSK.
- 6) Składnica akt:
 - a) zakres działania Składnicy akt obejmuje:
 - przejmowanie dokumentacji,
 - spraw zakończonych z poszczególnych komórek organizacyjnych,
 - na nośniku papierowym ze składu chronologicznego,
 - elektronicznej na informatycznych nośnikach danych, zgromadzonych w składzie informatycznych nośników danych, których zawartości nie skopiowano do systemu EZD.
 - przechowywanie i zabezpieczanie zgromadzonej dokumentacji oraz prowadzenie jej ewidencji,
 - przeprowadzanie skontrum dokumentacji (*kontrola zbiorów archiwalnych*),

- porządkowanie przechowywanej dokumentacji, przejętej w latach wcześniejszych w stanie nieuporządkowanym,
- udostępnianie przechowywanej dokumentacji,
- wycofywanie dokumentacji ze stanu składnicy akt w przypadku wznowienia sprawy w komórce organizacyjnej,
- przeprowadzanie kwerend archiwalnych, czyli poszukiwanie w dokumentacji informacji na temat osób, zdarzeń, czy problemów,
- inicjowanie brakowania dokumentacji niearchiwalnej oraz udział w jej komisyjnym brakowaniu,
- sporządzanie rocznych sprawozdań z działalności składnicy akt i stanu dokumentacji w składnicy akt,
- doradzanie komórkom organizacyjnym w zakresie właściwego postępowania z dokumentacją, (we współdziałaniu z pracownikiem kancelarii ogólnej) w zakresie właściwego postępowania z dokumentacją, niezależnie od tego, czy dokumentowanie przebiegu załatwiania i rozstrzygania spraw przebiegało w systemie EZD, czy poza nim.

§5

Pozostałe zapisy Regulaminu nie ulegają zmianie.

§6

Niniejszy aneks obowiązuje od dnia 01.10.2024 r.

DYREKTOR

prof. dr hab. n med. Anna Maria Wasilewska