

ZARZĄDZENIE NR 03/2025

Prezesa Jaworskiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

z dnia 20 marca 2025 r.

w sprawie ogłoszenia tekstu jednolitego Regulaminu Organizacyjnego Jaworskiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

Na podstawie art. 23 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz § 25 pkt 10 Umowy Spółki zarządzam, co następuje:

§ 1

1. W związku z zatwierdzeniem przez Radę Nadzorczą w dniu 18 marca 2025 r. zmian w regulaminie organizacyjnym ogłaszam tekst jednolity regulaminu, który stanowi załącznik nr 1 do niniejszego zarządzenia.
2. Załączniki do Regulaminu Organizacyjnego:
 - 2.1 Załącznik nr 1 - Schemat organizacyjny
 - 2.2 Załącznik nr 2 - Prawa pacjenta
 - 2.3 Załącznik nr 3 - Kodeks etyki pracownika JCM
 - 2.4 Załącznik nr 4 - Wewnętrzna Polityka Antymobbingowa
 - 2.5 Załącznik nr 5 - Regulamin rozpatrywania skarg i wniosków

§ 2

Traci moc zarządzenie Prezesa JCM nr 18/2023 z dnia 12 września 2023 r.

Do wiadomości:

1. oddziały szpitalne
2. Izba Przyjęć
3. DOR
4. Księgowość
5. Sekcja kadr i płac
6. Pełnomocnik ds. jakości
7. Przełożona Pielęgniarek
8. Pielęgniarka epidemiologiczna
9. Sekcja techniczna
10. Inspektor BHP
11. Sekcja zaopatrzenia
12. Sekcja żywienia
13. Dział Farmacji Szpitalnej
14. Diagnostyka obrazowa
15. a/a

PREZES ZARZĄDU
Jaworskiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

Joanna Madejczyk-Białowąs

Załącznik nr 1 do Zarządzenia nr 03/2025
Prezesa Jaworskiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

REGULAMIN ORGANIZACYJNY JAWORSKIEGO CENTRUM MEDYCZNEGO SP. Z O.O.

Tekst jednolity z dnia 20 marca 2025 r.

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Regulamin organizacyjny określa organizację i porządek procesu udzielania świadczeń zdrowotnych udzielanych przez Jaworskie Centrum Medyczne Sp. z o.o. z siedzibą w Jaworze przy. ul. Szpitalnej 3, 59-400 Jawor, nr KRS 0000259564 i został opracowany na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2011 Nr 112 poz. 654 z późn. zm.), zwanej dalej ustawą.
2. Postanowienia niniejszego regulaminu nie naruszają praw pacjenta określonych i wynikających z przepisów ustawy oraz przepisów odrębnych.

§ 2

1. JCM Sp. z o.o. z posiadanych środków i uzyskiwanych przychodów pokrywa koszty działalności oraz zobowiązań i prowadzi gospodarkę finansową na zasadach określonych w ustawie.
2. W dalszej treści regulaminu przez Szpital rozumie się – JCM Sp. z o.o. w Jaworze.

§ 3

Szpital działa na podstawie:

- a) ustawy o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r. (Dz.U. 2011 Nr 112 poz. 654 z późn. zm.) i przepisów wykonawczych,
- b) ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2004 nr 210 poz. 2135 z późn. zm)
- c) ustawy z dnia 5 grudnia 1996r. o zawodach lekarza i dentysty (Dz.U. 1997 nr 28 poz. 152 z późn. zm)
- d) ustawy z dnia 15 lipca 2022r. o zawodach pielęgniarzy i położnej (Dz.U. 2022 poz. 551)
- e) ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. 2009 nr 52 poz. 417)
- f) kodeksu spółek handlowych z dnia 15 września 2000 r. (tj. Dz. U. 2000 nr 94 poz. 1037 z późn. zm.),
- g) umowy spółki,
- h) umów zawartych z NFZ,
- i) obowiązujących przepisów prawa,
- j) niniejszego regulaminu.

§ 4

Jaworskie Centrum Medyczne Sp. z o.o. z siedzibą w Jaworze przy ul. Szpitalnej 3, 59-400 Jawor, nr KRS 0000259564 wpisane jest do rejestru zakładów opieki zdrowotnej prowadzonego przez Wojewodę Dolnośląskiego pod numerem 000000020828.

MIEJSCE UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

§ 5

1. Siedzibą Jaworskiego Centrum Medycznego sp. z o.o. jest Jawor, ul. Szpitalna 3, 59-400 Jawor
2. Świadczenia zdrowotne udzielane są w siedzibie Szpitala oraz w zakresie:
 - poradni specjalistycznych przy ul. Szpitalnej 3a, 59-400 Jawor
 - geriatry i alergologii w lokalizacji przy ul. Leśnej 8, 59-300 Lubin
3. Obszarem działania Szpitala jest cały kraj.

CEL I ZADANIA PODMIOTU

§ 6

1. Celem funkcjonowania Szpitala jest ochrona zdrowia ludności objętej obszarem jego działania, poprzez udzielanie świadczeń zdrowotnych stacjonarnych i ambulatoryjnych, w tym wysokospecjalistycznych, promocję zdrowia i profilaktykę oraz udział w kształceniu kadr medycznych i działalności naukowo-badawczej.
2. Zadaniem Szpitala jest organizowanie i udzielanie świadczeń zdrowotnych służących zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania, w szczególności:
 - a) prowadzenie opieki stacjonarnej w dziedzinach reprezentowanych w podmiocie leczniczym,
 - b) udzielanie specjalistycznych i konsultacyjnych świadczeń ambulatoryjnych,
 - c) udzielanie pomocy doraźnej oraz ratownictwa medycznego,
 - d) wykonywanie badań diagnostycznych,
 - e) prowadzenie rehabilitacji i opieki pielęgnacyjnej,
 - f) orzekanie o stanie zdrowia,
 - g) promocja zdrowia i profilaktyka.

§ 7

1. Szpital realizuje świadczenia na rzecz osób uprawnionych do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, określone w umowach zawartych z dysponentem tych środków.
2. Żadne okoliczności nie mogą stanowić podstawy do odmowy udzielenia świadczenia, jeżeli osoba zgłaszająca się do Szpitala potrzebuje natychmiastowego udzielenia pomocy ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia. O tym, czy pacjent znajduje się w stanie zagrożenia życia lub zdrowia decyduje lekarz Izby Przyjęć.

§ 8

1. Szpital wdraża standardy postępowania i procedury medyczne w celu zapewnienia właściwego poziomu i jakości świadczeń zdrowotnych.
2. Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych pracownicy obowiązani są posługiwać się aktualną wiedzą medyczną i umiejętnościami oraz realizować misję Szpitala, która brzmi:
„JAWORSKI SZPITAL – TWÓJ SZPITAL”.

§ 9

1. W Szpitalu świadczenia zdrowotne udzielane są wyłącznie przez osoby wykonujące zawód medyczny oraz spełniające wymagania zdrowotne określone w odrębnych przepisach.
2. Szpital może powierzać wykonywanie świadczeń zdrowotnych innym podmiotom leczniczym albo osobom wykonującym zawód medyczny na podstawie umów prawa cywilnego, których postanowienia nie mogą być sprzeczne z postanowieniami niniejszego regulaminu.

§ 10

1. Szpital udziela świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych osobom ubezpieczonym oraz innym osobom, uprawnionym do tych świadczeń.
2. Szpital udziela świadczeń zdrowotnych również odpłatnie. Cennik świadczonych odpłatnie usług określa zarządzenie Prezesa spółki podawane do wiadomości w sposób zwyczajowo przyjęty w spółce tj. poprzez umieszczenie cennika na stronie internetowej.
3. Szpital realizuje zadania obronne w zakresie stacjonarnych, całodobowych świadczeń zdrowotnych w sytuacjach kryzysowych oraz w stanach podwyższonej gotowości obronnej i w stanie wojny.

§ 11

1. Szpital jest obowiązany prowadzić dokumentację medyczną osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych i zapewnić ochronę danych zawartych w dokumentacji.

2. Rodzaje dokumentacji prowadzonej przez Szpital, sposób jej prowadzenia oraz szczegółowe warunki jej udostępniania określają odrębne przepisy.

§ 12

Przepisy wewnętrzne regulujące sprawy o istotnym znaczeniu dla Szpitala wydawane są w formie Zarządzeń Zarządu.

§ 13

1. Szpital stosuje monitoring wizyjny (obserwację pomieszczeń za pomocą urządzeń umożliwiających rejestrację obrazu) w celu:
 - a) zapewnienia bezpieczeństwa osobom przebywającym na terenie poszczególnych lokalizacji Szpitala, w tym w szczególności pacjentom, pracownikom, współpracownikom oraz odwiedzającym;
 - b) zapewnienia ochrony mienia oraz niezbędnego bezpieczeństwa pomieszczeń, w których prowadzona jest działalność lecznicza;
 - c) wspomagania nadzoru medycznego nad pacjentami oraz wspomagania procesu ich leczenia, w zakresie dozwolonym przez obowiązujące przepisy prawa.
2. Monitoring wizyjny obejmuje teren budynków oraz teren wokół budynków.
3. Monitoring wizyjny obejmuje:
 - a) pomieszczenia ogólnodostępne;
 - b) w przypadku szpitali – pomieszczenia, w których są udzielane świadczenia zdrowotne.
4. Decyzję o zmianie zakresu monitoringu wizyjnego poprzez objęcie nim dodatkowych lokalizacji podejmuje Zarząd.
5. Rejestracji podlega wyłącznie obraz z kamer, niedozwolone jest rejestrowanie dźwięku. Monitoring wizyjny prowadzony jest z poszanowaniem intymności i godności pacjenta, w szczególności z uwzględnieniem potrzeby zastosowania monitoringu w danej lokalizacji oraz konieczności ochrony danych, a rejestrowany obraz przekazywany jest w sposób uniemożliwiający ukazywanie intymnych czynności fizjologicznych.
6. Monitoring wizyjny funkcjonuje całodobowo. Decyzję o jego trwałym lub czasowym wyłączeniu w danej lokalizacji może podjąć wyłącznie Zarząd.
7. Z zastrzeżeniem ust. 8 poniżej, nagrania z monitoringu wizyjnego są przechowywane przez czas nie dłuższy niż 14 dni od dnia nagrania. Po upływie wskazanego okresu zarejestrowane nagrania podlegają obowiązkowemu zniszczeniu w sposób trwały, przy czym dopuszcza się zniszczenie nagrań poprzez ich automatyczne nadpisanie.
8. Okres przechowywania nagrań z monitoringu wizyjnego może ulec wydłużeniu w przypadku, gdyby nagrania obrazu stanowiły dowód w postępowaniu prowadzonym na podstawie przepisów prawa lub Szpital powziąłby wiadomość, że mogą stanowić one dowód w takim postępowaniu – w takim przypadku termin przechowywania nagrań ulega przedłużeniu do czasu prawomocnego zakończenia postępowania.
9. Dostęp do materiałów z monitoringu będą miały wyłącznie osoby upoważnione do przetwarzania zawartych w nich danych. Każda z osób upoważnionych zachowuje w tajemnicy wiedzę wynikającą z tych materiałów.
10. Kierownik Sekcji Technicznej dokonuje cyklicznej, nie rzadziej niż 1 raz do roku, weryfikacji legalności, celowości i zakresu stosowania monitoringu wizyjnego w danej lokalizacji Szpitala.
11. Szpital realizuje obowiązki związane z ochroną danych osobowych w związku ze stosowaniem monitoringu wizyjnego poprzez:
 - a) opracowanie i wdrożenie procedur ochrony danych osobowych;
 - b) umieszczenie czytelnych i widocznych informacji o stosowaniu monitoringu wizyjnego w miejscach nim objętych;
 - c) udostępnienie klauzuli informacyjnej dotyczącej monitoringu wizyjnego w sposób przyjęty w Szpitalu;
 - d) realizację obowiązku zamieszczenia informacji o stosowaniu monitoringu wizyjnego na stronie internetowej Szpitala;
 - e) wprowadzenie zapisów dotyczących stosowania monitoringu wizyjnego w regulaminie organizacyjnym Szpitala.

STRUKTURA ORGANIZACYJNA

§ 14

Jaworskie Centrum Medyczne Sp. z o.o. funkcjonuje w ramach komórek:

1. Medycznych:
 - 1) Oddział Chorób Wewnętrznych, w ramach którego został wydzielony:
 - zamiejscowy pododdział geriatrici
 - zamiejscowy pododdział alergologii
 - 2) Oddział Pediatryczny
 - 3) Oddział Chirurgiczny Ogólny
 - 4) Blok Operacyjny
 - 5) Dział Anestezjologii
 - 6) Izby Przyjęć
 - 7) Poradnia Chirurgiczna
 - 8) Poradnia Ortopedyczna
 - 9) Poradnia Urologiczna
 - 10) Poradnia Kardiologiczna
 - 11) Poradnia Neurologiczna
 - 12) Poradnia Gruźlicy i Chorób Płuc
 - 13) Poradnia Dermatologiczna
 - 14) Poradnia Diabetologiczna
 - 15) Poradnia Alergologiczna
 - 16) Poradnia Chirurgii Naczyniowej
 - 17) Poradnia Hematologii Dziecięcej
 - 18) Pracownia RTG
 - 19) Pracownia USG
 - 20) Pracownia EKG
 - 21) Pracownia EEG
 - 22) Pracownia TK
 - 23) Pracownia Endoskopii
 - 24) Dział Farmacji Szpitalnej
 - 25) Nocna i świąteczna opieka zdrowotna
 - 26) Zakład Opiekuńczo-Leczniczy
 - 27) Sterylizacja.
2. Administracja i pozostałe:
 - 1) Główny Księgowy
 - 2) Przełożona Pielęgniarek
 - 3) Pielęgniarka Epidemiologiczna
 - 4) Dyrektor ds. operacyjnych
 - 5) Dyrektor ds. rozliczeń korporacyjnych
 - 6) Dział Finansowy
 - 7) Asystent Zarządu
 - 8) Sekcja kadr
 - 9) Sekcja płac
 - 10) Samodzielne stanowisko ds. BHP, P/Pož, OC,
 - 11) Sekcja techniczna
 - 12) Sekcja gospodarcza
 - 13) Dział Organizacyjno-Rozliczeniowy
 - 14) Radca Prawny
 - 15) Pełnomocnik ds. jakości
 - 16) Sekcja żywienia
 - 17) Sekcja zaopatrzenia

- 18) Sekcja higieny szpitalnej
- 19) Sekcja IT
- 20) Kapelan.

§ 15

Strukturę organizacyjną, zasady funkcjonowania, obsadę kadrową oraz zakres zadań określają regulaminy wewnętrzne Szpitala, które zatwierdza Prezes Zarządu.

§ 16

Graficzne odzwierciedlenie struktury organizacyjnej Szpitala przedstawia schemat organizacyjny stanowiący załącznik nr 1 do niniejszego regulaminu.

§ 17

W sytuacjach kryzysowych i zagrożenia epidemiologicznego Zarząd Szpitala ma możliwość przekształcania oddziałów szpitalnych w zależności od niezbędnych potrzeb i zgodnie z wytycznymi Rządu, Wojewody i NFZ.

ZARZĄDZANIE SZPITALEM

§ 18

1. Organami Jaworskiego Centrum Medycznego Sp. z o.o. są: Zgromadzenie Wspólników, Rada Nadzorcza oraz Zarząd.
2. Kompetencje organów Spółki wynikają z powszechnie obowiązujących przepisów prawa, umowy spółki, Regulaminu Rady Nadzorczej oraz Regulaminu Zarządu.

§ 19

1. Zarząd jest organem uprawnionym do kierowania Spółką, prowadzenia jej spraw i reprezentowania jej na zewnątrz zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa i umową spółki
2. Zarząd Spółki sprawuje nadzór nad przestrzeganiem praw pacjenta.

§ 20

Zarząd Spółki jest wieloosobowy i składa się z Prezesa i Wiceprezesów.

§ 21

Zarząd ponosi odpowiedzialność za całokształt działalności Szpitala, a w szczególności za:

- a) organizację i zarządzanie Szpitalem,
- b) poziom działalności leczniczo – profilaktycznej Szpitala,
- c) sprawne funkcjonowanie podległych komórek organizacyjnych,
- d) dyscyplinę pracy, przestrzeganie regulaminu pracy, przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy oraz przeciwpożarowych.

§ 22

Prezes Zarządu może także pełnić funkcję Dyrektora ds. medycznych.

§ 23

Do zadań Prezesa Zarządu należy w szczególności:

- a) podejmowanie decyzji wynikających ze stosunku pracy, w tym: zatrudnianie, awansowanie, nagradzanie, karanie, rozwiązywanie stosunku pracy, dokonywanie oceny pracy podległego personelu,

- b) rozstrzyganie sporów kompetencyjnych pomiędzy Kierownikami Oddziałów i Przełożoną Pielęgniarek,
- c) zapewnienie planowej i zorganizowanej pracy jednostek i komórek organizacyjnych Szpitala,
- d) wyznaczanie zadań dla zespołów lub poszczególnych pracowników,
- e) analiza poziomu kwalifikacji pracowników,
- f) analiza racjonalności stanu i struktury zatrudnienia,
- g) realizacja zaleceń pokontrolnych,
- h) rozpatrywanie skarg i wniosków.

§ 24

1. Do zadań wiceprezesa należy nadzór nad pionem administracyjnym, a w szczególności nadzór nad:
 - a) wykonywaniem bieżących czynności administracyjnych,
 - b) przestrzeganiem regulaminu organizacyjnego Szpitala,
 - c) wykonywaniem zarządzeń Zarządu,
 - d) realizowaniem procesów kontraktowania usług medycznych,
 - e) przebiegiem informatyzacji Szpitala
2. Wiceprezes zarządu koordynuje pracę kadr oraz działu organizacyjno-rozliczeniowego oraz specjalisty IT.
3. Wiceprezes koordynuje, kontroluje i przeprowadza instruktaż w zakresie funkcjonowania Szpitala i jego jednostek organizacyjnych.
4. Do zadań wiceprezesa należy także nadzór nad pionem techniczno-gospodarczym, a w szczególności nad:
 - a) wykonywaniem remontów i inwestycji,
 - b) działaniami zmniejszającymi koszty w Szpitalu,
 - c) eksploatacją urządzeń i sprzętu,
 - d) administrowaniem majątkiem trwałym i ruchomym,
 - e) pracą zaopatrzenia
5. Wiceprezes koordynuje pracę sekcji technicznej, zaopatrzenia oraz sekcji żywienia.
6. W przypadku gdy zarząd jest trzyosobowy czynności związane z nadzorem nad pionem administracyjnym i techniczno-gospodarczym rozdzielane są odpowiednio między wiceprezesów.

§ 25

1. Zarząd kieruje Szpitalem przy pomocy:
 - 1) Głównego Księgowego,
 - 2) Dyrektora ds. operacyjnych,
 - 3) Dyrektora ds. rozliczeń korporacyjnych.

§ 26

1. Zarząd może również upoważnić każdego pracownika do wykonywania określonych zadań oraz czynności, zgodnych ze stanem jego wiedzy lub nabytego doświadczenia.
2. Upoważnienie takie wymaga formy pisemnej

§ 27

1. Zarządowi podlegają bezpośrednio komórki organizacyjne i samodzielne stanowiska pracy, o których mowa w § 14 niniejszego Regulaminu.
2. Samodzielne stanowisko pracy może być jednoosobowe albo wieloosobowe, czynności na tym stanowisku wykonywane są zgodnie z zakresem uprawnień i obowiązków określonych przez bezpośredniego przełożonego.

§ 28

Zarząd bezpośrednio nadzoruje pracę następujących komórek organizacyjnych działalności pomocniczej i samodzielnych stanowisk pracy:

- a) Dyrektora ds. operacyjnych
- b) Dyrektora ds. rozliczeń korporacyjnych
- c) Inspektora Ochrony Danych
- d) Inspektora Ochrony Radiologicznej

- e) Pielęgniarki epidemiologicznej
- f) Pełnomocnika ds. jakości
- g) Specjalisty ds. BHP
- h) Inspektora P/POŻ
- i) Inspektora OC
- j) Radcy prawnego
- k) Asystenta zarządu
- l) Głównego Księgowego.

ZAKRESY ZADAŃ DYREKTORA DS. MEDYCZNYCH, DYREKTORA DS. OPERACYJNYCH, DYREKTORA DS. ROZLICZEŃ KORPORACYJNYCH ORAZ GŁÓWNEGO KSIĘGOWEGO

§ 29

Dyrektor ds. medycznych

1. Do jego zadań w szczególności należy:
 - 1) analizowanie i ocenianie jakości pracy personelu lekarskiego.
 - 2) ustalanie standardów jakościowych kwalifikacji i jakości pracy personelu lekarskiego.
 - 3) nadzór nad pracą personelu lekarskiego.
 - 4) ustalanie planów kształcenia personelu lekarskiego.
 - 5) nadzór nad personelem lekarskim w przypadku specjalizacji lekarskich.
 - 6) podejmowanie działań zmniejszających koszty leczenia.
 - 7) współpraca z podmiotami zewnętrznymi w sprawach dotyczących personelu lekarskiego.
 - 8) sprawuje nadzór nad kształceniem personelu lekarskiego.
 - 9) wnioskowanie o kierowanie na wybrane formy kształcenia personelu lekarskiego.
 - 10) współuczestnictwo w planowaniu zadań Szpitala.
 - 11) nadzór nad realizacją programów zdrowotnych w Szpitalu.
 - 12) prowadzenie postępowania wyjaśniającego w zakresie skarg i wniosków na udzielane świadczenia zdrowotne w Szpitalu.
 - 13) kontrolowanie gospodarki lekami i artykułami medycznymi.
 - 14) opiniowanie i składanie wniosków w sprawach dotyczących:
 - a) udzielania świadczeń zdrowotnych,
 - b) promocji zdrowia,
 - c) kształcenia osób wykonujących zawody medyczne.
2. Dyrektor ds. medycznych wykonuje swoje zadania przy pomocy Kierowników Oddziałów oraz kierowników medycznych komórek organizacyjnych, a także przy ścisłej współpracy z Głównym Księgowym i Przełożoną Pielęgniarką.

§ 30

1. Dyrektor ds. operacyjnych

Do jego zadań należy:

- 1) nadzór i współpraca z innymi działami spółki zgodnie ze schematem organizacyjnym,
- 2) dostarczanie wszystkich informacji, służących do podejmowania decyzji zarządowi,
- 3) dbanie o ciągłe usprawnianie wewnętrznych mechanizmów organizacji pracy w podmiocie,
- 4) współpraca z płatnikiem, innymi urzędami państwowymi oraz podmiotami leczniczymi w bieżących sprawach dotyczących funkcjonowania spółki,
- 5) współpraca w ramach grupy kapitałowej CDT MEDICUS oraz z MCOV,
- 6) nadzorowanie realizacji umowy z NFZ oraz świadczeń komercyjnych,
- 7) udział w tworzeniu prognoz krótko i długoterminowych dla spółki oraz planów i celów spółki,
- 8) uczestniczenie w procesie planowania i wdrażania nowych projektów,

- 9) udział w nadzorowaniu realizacji wytycznych dotyczących wdrażania nowych rozwiązań.

2. Dyrektor ds. rozliczeń korporacyjnych

Do jego zadań należy:

- 1) nadzór nad dokumentami,
- 2) sporządzanie sprawozdań finansowych i podatkowych wg standardów grupy MCOV oraz standardów określonych w ustawie o rachunkowości,
- 3) weryfikacja i ewidencjonowanie PK,
- 4) przygotowywanie budżetu rocznego oraz prognoz krótko i długoterminowych dla spółki w ramach grupy kapitałowej CDT MEDICUS oraz ścisła współpraca z MCOV,
- 5) aktywny udział w zamknięciu okresów sprawozdawczych spółki,
- 6) aktywny udział w raportowaniu wyników spółki w ramach grupy kapitałowej CDT MEDICUS oraz ścisła współpraca z MCOV,
- 7) bieżące monitorowanie wydatków i przychodów, wraz z analizą odchyłeń od założeń /planu/,
- 8) przygotowywanie i rozliczanie CAPEX w ścisłej współpracy z grupą kapitałową CDT MEDICUS i MCOV,
- 9) wykonywanie kalkulacji dotyczących oceny rentowności planowanych projektów wg standardów przyjętych dla grupy kapitałowej CDT MEDICUS i MCOV,
- 10) wykonywanie kalkulacji na potrzeby działu księgowości, wyliczanie /estymowanie/ rezerw kosztowo przychodowych, odpisów aktualizacyjnych i ich rozliczanie,
- 11) proponowanie rozwiązań usprawniających w obszarze finansowo - księgowo -rachunkowym spółki,
- 12) kontrola merytoryczna i weryfikacja dokumentacji,
- 13) sporządzanie analiz i raportów finansowych na wewnętrzne potrzeby firmy: dla kierownictwa lub dla innych działów wg przyjętych standardów w grupie kapitałowej,
- 14) dostarczanie wiarygodnej informacji zarządczej, służącej do podejmowania decyzji kierownictwu firmy,
- 15) przygotowywanie miesięcznych raportów zarządczych dla kierownictwa spółki – wg przyjętych standardów w grupie kapitałowej,
- 16) dostosowywanie planu kont do potrzeb rachunkowości zarządczej,
- 17) optymalizacja raportowania danych systemów informatyczno - ewidencyjnych używanych przez spółkę EUROSOFT, ESSAN, SAGE FK – i nadzór w procesach integracji,
- 18) przygotowanie spółki do wdrożenia elektronicznego obiegu dokumentów,
- 19) ścisła współpraca ze wszystkimi działami w spółce.

3. Główny Księgowy

1. Do jego zadań w szczególności należy:
 - a) opracowywanie strategii ekonomicznej dla Szpitala,
 - b) racjonalne gospodarowanie środkami finansowymi zgodnie z przyjętym planem finansowym,
 - c) sporządzanie planu finansowego,
 - d) organizowanie i sprawowanie kontroli wewnętrznej,
 - e) dokonywanie kontroli zgodności operacji gospodarczych i finansowych z zebraną dokumentacją i planem finansowym,
 - f) terminowe sporządzanie sprawozdań finansowych,
 - g) nadzór nad sprawami z zakresu zamówień publicznych,
2. Główny Księgowy realizuje samodzielnie powierzone mu zadania i ponosi odpowiedzialność bezpośrednio przed Zarządem za całokształt pracy.
3. Zakres zadań z zakresu administracji i finansów obejmuje kierowanie i nadzorowanie:
 - a) Działu finansowego,
 - b) Sekcji płac.
4. W sprawach finansowych niezastrzeżonych dla innych organów spółki Główny Księgowy jest upoważniony do reprezentowania Szpitala na zewnątrz.
5. Główny Księgowy wykonuje swoje obowiązki przy pomocy podległych mu pracowników.
6. W zakresie spraw finansowych z Głównym Księgowym współpracują wszyscy kierownicy komórek organizacyjnych Szpitala.
7. Do zadań Głównego Księgowego należy również:

- ustalanie wyniku finansowego netto na koncie wynik finansowy;
- bieżąca kontrola realizacji budżetów;
- sporządzanie comiesięcznych sprawozdań z realizacji budżetów.

ADMINISTRACJA I OBSŁUGA SZPITALA

§ 31

Dział finansowy (księgowość finansowa, kasa)

Do jego zadań należy:

1. racjonalne gospodarowanie środkami finansowymi przeznaczonymi na wykonanie zadań wynikających z planu finansowego,
2. sporządzanie przy współpracy z innymi działami planu finansowego,
3. organizowanie i sprawowanie kontroli wewnętrznej,
4. prowadzenie rachunkowości Szpitala,
5. dokonywanie wstępnej kontroli zgodności operacji gospodarczych i finansowych z planem finansowym
6. dokonywanie wstępnej kontroli kompletności i rzetelności dokumentów dotyczących operacji gospodarczych i finansowych,
7. sporządzanie w terminie sprawozdań finansowych,
8. wykonywanie dyspozycji środkami pieniężnymi,
9. prowadzenie ewidencji składników majątkowych oraz zagadnień inwentaryzacji i kasacji,
10. prowadzenie rachunku kosztów,
11. prowadzenie ewidencji VAT i fakturowanie wszystkich usług świadczonych przez Szpital,
12. prowadzenie ewidencji przychodów i rozchodów materiałów metodą komputerową z podziałem na rodzaje materiałów,
13. prowadzenie windykacji należności,
14. prowadzenie rozrachunków zobowiązań i należności z podziałem na kontrahentów.

§ 32

Dział organizacyjno-rozliczeniowy

1. Działem organizacyjno-rozliczeniowym kieruje kierownik, który podlega bezpośrednio Wiceprezesowi sprawującemu nadzór nad pionem administracyjnym.
2. Personel działu stanowią statystycy medyczni oraz sekretarki medyczne.
3. Do zadań działu organizacyjno-rozliczeniowego należy:
 - a) przygotowywanie ofert Szpitala na świadczenie usług zdrowotnych oraz wdrażanie kontraktów,
 - b) udzielanie opinii i wyjaśnień w zakresie stosowania przepisów ochrony zdrowia, zmianach w obowiązującym stanie prawnym w ramach współpracy z radcą prawnym,
 - c) sporządzanie sprawozdań statystycznych i analiz z działalności medycznej Szpitala,
 - d) generowanie sprawozdań statystycznych oraz korygowanie błędnie sprawozdanych danych statystycznych do NFZ,
 - e) wpisywanie danych do systemu, kodowanie i rozliczanie usług medycznych szpitala z zakresu wszystkich podpisanych umów,
 - f) prowadzenie korespondencji z NFZ w zakresie sprawozdawczości z realizacji świadczeń w ramach zawartych umów,
 - g) obsługa Portalu Świadczeniodawcy,
 - h) przyjmowanie, sprawdzanie kompletności oraz przekazywanie do archiwum szpitalnego zakończonych historii chorób,
 - i) ustalanie w przypadkach wątpliwych tożsamości osób przyjętych do szpitala,
 - j) nadzorowanie i prowadzenie ruchu chorych w Szpitalu,
 - k) udostępnianie oraz sporządzanie odpisów dokumentacji medycznej,
 - l) udzielanie pisemnych odpowiedzi na pisma dotyczące pobytów pacjentów na wnioski upoważnionych urzędów lub samych pacjentów,

- m) nadzorowanie rejestru zgonów,
- n) prowadzenie i aktualizacja baz danych o pacjentach, płatnikach i personelu medycznym,
- o) instruowanie i szkolenie pracowników medycznych innych komórek organizacyjnych w zakresie prawidłowego wypełniania druków oraz sprawozdań,
- p) prowadzenie sprawozdań analitycznych zestawień i załączników będących podstawą do comiesięcznego rozliczania finansowego kontraktów, umów i refundacji kosztów leczenia w oparciu o obowiązujące przepisy,
- q) monitorowanie wykonania zawartych umów z NFZ na świadczenia medyczne poprzez sporządzanie miesięcznych sprawozdań z wykonania poszczególnych produktów,
- r) współpraca z Informatykiem, Działem Księgowości oraz komórkami działalności medycznej Szpitala.
- s) przejmowanie dokumentacji z poszczególnych komórek organizacyjnych,
- t) przechowywanie i zabezpieczenie przejętej ogólnej dokumentacji medycznej oraz prowadzenie jej ewidencji,
- u) koordynacja i nadzorowanie pracy sekretarek medycznych.

§ 33

Sekcja kadr

Do jej zadań należy:

- 1) przygotowywanie materiałów i wniosków związanych z zawieraniem i rozwiązywaniem stosunków pracy, zmiana stosunków pracy i wynagrodzeń,
- 2) prowadzenie ewidencji pracowników, akt osobowych, zaświadczeń o zatrudnieniu,
- 3) prowadzenie archiwum akt osobowych pracowników,
- 4) kontrola porządku i dyscypliny pracy,
- 5) prowadzenie ewidencji urlopów oraz spraw związanych z czasową niezdolnością do pracy pracowników,
- 6) prowadzenie ewidencji pracowników podlegających powszechnemu obowiązkowi obrony,
- 7) prowadzenie spraw związanych ze szkoleniem pracowników,
- 8) przygotowywanie wniosków w sprawie nadawania odznaczeń, wyróżnień, nagradzania i karności pracowników,
- 9) załatwianie spraw związanych z przechodzeniem pracowników na emeryturę lub rentę,
- 10) analizowanie stanu zatrudnienia i wykorzystania czasu pracy w komórkach organizacyjnych Szpitala,
- 11) opracowywanie wniosków w sprawie obsady osobowej i właściwego rozmieszczenia kadr,
- 12) opracowywanie sprawozdań dotyczących zakresu działania sekcji i uzgadnianie regulaminów,
- 13) zgłaszanie pracowników i członków ich rodzin do ubezpieczenia społecznego lub zdrowotnego oraz wszelkich zmian w tym zakresie,
- 14) współdziałanie ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Szpitala,
- 15) współpraca z organami administracji samorządowej, szkołami medycznymi, ZUS, PIP,
- 16) sporządzanie sprawozdań do GUS i innych jednostek.

§ 34

Sekcja płac

Do jej zadań należy:

- 1) wstępna kontrola dokumentacji stanowiącej podstawę sporządzenia list płac i list zasiłkowych,
- 2) obliczanie wynagrodzeń, składek do ZUS, refundacji z Urzędu Pracy, Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych,
- 3) prowadzenie kart wynagrodzeń, kart zasiłków do ZUS,
- 4) wydawanie zaświadczeń o wysokości wynagrodzenia oraz dochodach pracowników do zasiłków,
- 5) przeliczanie, potrącanie, przygotowywanie przelewów z potrąceń z wynagrodzenia,
- 6) przygotowywanie przelewów na ROR-y pracowników,
- 7) sporządzanie kopii z wynagrodzeń, składek do ZUS opłacanych przez pracownika i pracodawcę oraz innych potrąceń z list płac w formie odcinków,
- 8) sporządzanie wykazów, zestawień płacowych,
- 9) opracowywanie sprawozdań dotyczących płac do GUS i innych,
- 10) kompletowanie dokumentacji do zasiłków rodzinnych, wychowawczych, pielęgnacyjnych,
- 11) sporządzanie raportów rozliczeniowych RCA, RSA, RPA, DRA,

- 12) rozliczanie składek z ZUS, wyliczanie składek finansowanych z budżetu państwa – zasiłki macierzyńskie, wychowawcze, rozliczanie składek osób niepełnosprawnych, finansowanych ze środków PERON,
- 13) obsługa programu „Płatnik” oraz komunikacja elektroniczna z ZUS poprzez SDWI
- 14) obliczanie dochodów pracowników do rent, emerytur, kapitału początkowego, świadczeń przedemerytalnych,
- 15) uzgadnianie dokumentów płatniczych ZUS – DRA, deklaracji PIT – 4 oraz rozrachunków kont związanych z rozliczaniem płac i pochodnych,
- 16) właściwe segregowanie i przechowywanie dokumentów płacowych.

§ 35

Sekcja techniczna

Do jej zadań należy:

- 1) kontrola i nadzór nad utrzymaniem czystości na terenie Szpitala,
- 2) prowadzenie i nadzór nad usuwaniem odpadów komunalnych i medycznych,
- 3) współpraca w zakresie realizacji umów najmu i dzierżawy nieruchomości w oparciu o obowiązujące przepisy prawne,
- 4) obsługa techniczna centrali telefonicznej i kotłowni,
- 5) realizacja zagadnień związanych z ochroną środowiska,
- 6) zapewnienie prawidłowego funkcjonowania szpitalnej sieci informatycznej,
- 7) współpraca z innymi komórkami,
- 8) zapewnienie prawidłowej eksploatacji:
 - a) budynków i budowli wchodzących w skład nieruchomości Szpitala pod względem technicznym i zgodnie z obowiązującymi przepisami,
 - b) gospodarki paliwowo – energetycznej,
 - c) eksploatacji urządzeń rezerwowego i normalnego zaopatrzenia w wodę,
 - d) eksploatacji sieci wodno – kanalizacyjnych i centralnego ogrzewania,
 - e) eksploatacji instalacji gazów medycznych,
 - f) eksploatacji instalacji elektrycznej rezerwowego i normalnego zasilania budynków Szpitala,
 - g) eksploatacji instalacji wentylacji i klimatyzacji,
 - h) eksploatacji sprzętu techniczno – gospodarczego i chłodniczego,
 - i) realizacja remontów i inwestycji,
 - j) wykonywanie bieżących napraw i remontów oraz usuwanie awarii sprzętu i urządzeń,
 - k) zakupywanie drobnych materiałów niezbędnych do należytego funkcjonowania Szpitala,
 - l) zgłaszanie awarii sprzętu medycznego do wyspecjalizowanych firm,
 - m) nadzorowanie pracy urządzeń kuchni szpitalnej.

§ 36

Stanowisko ds. BHP, przeciwpożarowych, obronnych

Do zadań w zakresie obronności należy w ramach realizacji zadań obronnych:

- 1) wykonywanie i aktualizacja planów związanych ze świadczeniem przez Szpital pomocy medycznej w sytuacjach kryzysowych oraz w stanach podwyższonej gotowości obronnej i w okresie wojny,
- 2) wykonywanie i aktualizacja planów obronnych i obrony cywilnej Szpitala,
- 3) opracowywanie i realizacja planów szkolenia obronnego pracowników Szpitala,
- 4) współudział i uzgadnianie działania w zakresie obronności i obrony cywilnej z odpowiednimi stanowiskami w samorządzie powiatowym i gminnym,
- 5) współpraca z WKU w zakresie spraw wojskowych i obronnych,
- 6) wykonywanie obowiązków pełnomocnika ds. ochrony informacji niejawnych oraz nadzór nad obiegiem dokumentów zawierających informacje niejawne o klauzuli „zastrzeżone”.

Do zadań w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy należy w ramach realizacji służby bezpieczeństwa i higieny pracy:

- 1) sporządzanie i przedstawianie Zarządowi co najmniej raz w roku okresowych analiz stanu bezpieczeństwa i higieny pracy zawierających propozycje przedsięwzięć organizacyjnych i technicznych, mających na celu zapobieganie zagrożeniom życia i zdrowia pracowników oraz poprawę warunków pracy,
- 2) bieżące informowanie Zarządu o stwierdzonych zagrożeniach zawodowych, wraz z wnioskami usuwania tych zagrożeń,
- 3) dokonywanie systematycznych kontroli stanu technicznego bezpieczeństwa i higieny pracy, przeprowadzanie kontroli warunków pracy oraz przestrzegania zasad i przepisów BHP,
- 4) udział w opracowywaniu planów modernizacji rozwoju Szpitala oraz przedstawianie propozycji dotyczących uwzględnienia w tych planach rozwiązań techniczno-organizacyjnych, zapewniających poprawę stanu BHP,
- 5) zgłaszanie wniosków dotyczących wymagań BHP do opracowywanych w Szpitalu założeń i dokumentacji modernizacji całości lub jego części, nowych inwestycji, a także udział w ocenie tych dokumentacji,
- 6) udział w odbiorach technicznych nowobudowanych i przebudowywanych budynków i urządzeń, mających wpływ na warunki BHP,
- 7) udział w opracowywaniu wewnętrznych zarządzeń, regulaminów i instrukcji ogólnych dotyczących BHP oraz ustalaniu zadań kierowników komórek organizacyjnych i innych osób kierujących zespołami pracowników z zakresu BHP,
- 8) opiniowanie szczegółowych instrukcji dotyczących BHP na poszczególnych stanowiskach pracy,
- 9) prowadzenie rejestrów, kompletowanie i przechowywanie dokumentów dotyczących wypadków przy pracy, stwierdzonych chorób zawodowych i podejrzeń o takie choroby, a także przechowywanie wyników badań środowiska pracy,
- 10) udział w dochodzeniach powypadkowych oraz w opracowywaniu wniosków wynikających z badania przyczyn i okoliczności wypadków przy pracy oraz zachorowań na choroby zawodowe i kontrola realizacji tych wniosków,
- 11) udzielanie informacji o ryzyku dla zdrowia oraz doradztwo w zakresie doboru najwłaściwszych środków ochrony indywidualnej i zbiorowej na stanowiskach pracy, na których występują czynniki niebezpieczne i szkodliwe dla zdrowia,
- 12) współpraca z innymi komórkami organizacyjnymi, w szczególności w zakresie organizowania i zapewnienia odpowiedniego poziomu szkoleń w zakresie BHP oraz zapewnienia właściwej adaptacji zawodowej nowo zatrudnionych pracowników,
- 13) współpraca z organami Państwowej Inspekcji Sanitarnej oraz laboratoriami środowiskowymi w zakresie organizowania systematycznych badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia i uciążliwych oraz sposobów ochrony pracowników przed tymi czynnikami,
- 14) współdziałanie z poradnią medycyny pracy w zakresie profilaktyki zdrowotnej pracowników, a w szczególności przy organizowaniu okresowych badań lekarskich pracowników,
- 15) współdziałanie z organizacjami związków zawodowych przy przedsięwzięciach mających na celu poprawę warunków pracy, podejmowaniu przez nie działań mających na celu przestrzeganie przepisów i zasad BHP w trybie i zakresie ustalonym w odrębnych przepisach,
- 16) inicjowanie i rozwijanie na terenie Szpitala różnych form popularyzacji problematyki BHP,
- 17) prowadzenie kartotek w zakresie odzieży oraz obuwia ochronnego i roboczego.

Do zadań w zakresie realizacji spraw przeciwpożarowych należy:

- 1) prowadzenie dokumentacji i spraw związanych z ochroną przeciwpożarową,
- 2) przeprowadzanie kontroli stanu bezpieczeństwa pożarowego oraz udział w prowadzonych przez właściwą komendę powiatową straży pożarnej kontrolach na terenie Szpitala,
- 3) współdziałanie w zakresie ochrony przeciwpożarowej z Komendą Powiatową Straży Pożarnej,
- 4) wydawanie zaleceń zmierzających do należytego zabezpieczenia przeciwpożarowego komórek organizacyjnych Szpitala,
- 5) nadzorowanie przestrzegania przez pracowników Szpitala przepisów przeciwpożarowych i wykonania nałożonych na nich zadań w tym zakresie oraz stosowanie odpowiednich form i środków oddziaływania w odniesieniu do tych pracowników, którzy swym działaniem lub zaniedbaniem spowodują zagrożenie przeciwpożarowe,

- 6) sprawowanie nadzoru nad rozmieszczeniem, sprawnością i konserwacją sprzętu oraz innych urządzeń przeciwpożarowych, oznakowaniem i utrzymaniem we właściwym stanie dróg ewakuacyjnych i pożarowych, środków łączności i alarmowania, punktów czerpania wody do celów gaśniczych,
- 7) prowadzenia działalności propagandowej w zakresie ochrony przeciwpożarowej,
- 8) dokonywanie, co najmniej raz w roku oceny stanu bezpieczeństwa pożarowego oraz wdrażania wniosków wynikających z tej oceny,
- 9) szkolenie wstępne nowo przyjętych pracowników oraz współdziałanie w organizowaniu szkoleń okresowych pracowników w zakresie bezpieczeństwa przeciwpożarowego,
- 10) zaznajamianie pracowników z zagrożeniem pożarowym występującym w danej komórce organizacyjnej, sposobami zapobiegania pożarom i postępowaniem w czasie pożaru oraz z organizacją i prowadzeniem ewakuacji,
- 11) czuwanie nad bezpieczeństwem pożarowym i niezwłoczne usuwanie dostrzeżonych braków i usterek, mogących wywołać pożar, w szczególności występowanie do Zarządu z wnioskami o poprawę stanu bezpieczeństwa pożarowego,
- 12) ustalenie warunków ochrony przeciwpożarowej przy prowadzeniu prac niebezpiecznych pożarowo,
- 13) analizowanie przyczyn i skutków zaistniałych pożarów oraz przedstawianie odpowiednich wniosków,
- 14) opracowywanie i aktualizowanie planów ewakuacji i instrukcji przeciwpożarowej,
- 15) udział w komisjach oceny projektów inwestycyjnych budowy, przebudowy lub modernizacji obiektów i urządzeń oraz udział w komisjach odbiorczych.

§ 36a

Inspektor ochrony danych osobowych

Do jego zadań należy:

- 1) informowanie Administratora oraz pracowników, którzy przetwarzają dane osobowe o obowiązkach spoczywających na nich na mocy rozporządzenia oraz innych przepisów Unii lub państw członkowskich o ochronie danych osobowych oraz doradzanie im w tej sprawie,
- 2) monitorowanie przestrzegania niniejszego rozporządzenia oraz Polityki Ochrony Danych i Polityki Zarządzania Systemami Informatycznymi,
- 3) prowadzenie działań zwiększających świadomość, szkolenie personelu uczestniczącego w operacjach przetwarzania danych,
- 4) prowadzenie kontroli sprawdzających stan przestrzegania zasad ochrony danych osobowych przez personel przetwarzający dane osobowe,
- 5) współpraca z organem nadzorczym,
- 6) pełnienie funkcji punktu kontaktowego dla organu nadzorczego w kwestiach związanych z przetwarzaniem danych oraz w stosownych przypadkach prowadzenia konsultacji we wszystkich innych sprawach,
- 7) prowadzenie rejestrów czynności przetwarzania danych osobowych Administratora.

§ 37

Radca prawny

Do zadań Radcy Prawnego należy świadczenie pomocy prawnej dla Szpitala w celu ochrony prawnej interesu Szpitala, w szczególności:

- 1) udzielanie Zarządowi oraz komórkom organizacyjnym Szpitala opinii i porad prawnych oraz wyjaśnień w zakresie stosowania prawa,
- 2) informowanie kierowników wszystkich komórek organizacyjnych Szpitala o:
 - a) zmianach w obowiązującym stanie prawnym w zakresie działalności Szpitala,
 - b) uchybieniach w ich działalności w zakresie przestrzegania prawa i skutkach tych uchybień,
- 3) nadzór prawny nad egzekucją należności Szpitala,
- 4) występowanie w charakterze pełnomocnika Szpitala w postępowaniu sądowym, administracyjnym oraz przed innymi organami orzekającymi,
- 5) opracowywanie i opiniowanie pod względem prawnym projektów aktów normatywnych i innych aktów prawnych,
- 6) uzgadnianie i opiniowanie zawieranych przez Szpital umów,

- 7) opiniowanie podejmowanych zarządzeń i decyzji Zarządu,
- 8) nadzór nad prawidłowością funkcjonowania obsługi organizacyjno-prawnej organów Spółki.

§ 38

Pełnomocnik ds. jakości

Do jego zadań należy:

- 1) opracowanie, weryfikacja, aktualizacja, wdrożenie i nadzór nad dokumentacją systemową,
- 2) weryfikacja zgodności funkcjonowania systemu z aktualnymi wydaniem normy ISO i wymaganiami aktów normatywnych wyższej rangi,
- 3) wydawanie interpretacji w zakresie SZJ,
- 4) koordynowanie zadań związanych z SZJ,
- 5) planowanie, organizowanie i przeprowadzanie auditów wewnętrznych,
- 6) inicjowanie działań korygujących i zapobiegawczych,
- 7) nadzór nad reklamacjami klientów,
- 8) zapewnienie skuteczności funkcjonowania systemu jakości oraz jego doskonalenie,
- 9) przedstawianie Zarządowi sprawozdań dotyczących funkcjonowania systemu zarządzania jakością i wszelkich potrzeb związanych z doskonaleniem,
- 10) zapewnienie upowszechniania w całej organizacji świadomości dotyczącej wymagań klienta.

§ 39

Inspektor Ochrony Radiologicznej

Do jego zadań należy w szczególności:

- 1) nadzór nad obrotem źródłami promieniotwórczymi,
- 2) dokonywanie pomiarów skażeń powierzchni w pracowniach izotopowych,
- 3) kontrola prawidłowości przechowywania i usuwania odpadów promieniotwórczych,
- 4) okresowe pomiary mocy dawki ekspozycyjnej pochodzącej od aparatów rentgenowskich,
- 5) okresowa kontrola szczelności zamkniętych źródeł promieniowania.

§ 40

Sekcja Zaopatrzenia

Sekcją Zaopatrzenia kieruje inspektor, który podlega bezpośrednio Wiceprezesowi sprawującemu nadzór nad pionem techniczno-gospodarczym. Sekcja wykonuje zadania w zakresie zakupów materiałów, sprzętu, wyposażenia i aparatury na rzecz wszystkich jednostek organizacyjnych podmiotu leczniczego, w zakresie niezastrzeżonym dla Działu Zamówień Publicznych oraz organizuje ekspedycję dostaw. Do zadań sekcji należy w szczególności:

- 1) ustalanie potrzeb zaopatrzeniowych na podstawie zamówień składanych przez kierowników komórek organizacyjnych,
- 2) opracowanie zamówienia, realizacja zakupów i organizacja dostaw,
- 3) prowadzenie dokumentacji obrotu towarowego,
- 4) opracowywanie planów zaopatrzenia i ich realizacja,
- 5) prowadzenie postępowań reklamacyjnych,
- 6) zaopatrywanie pracowników w odzież ochronną, roboczą i sprzęt ochrony osobistej oraz prowadzenie w tym zakresie wymaganej ewidencji,
- 7) prowadzenie sprawozdawczości i korespondencji z zakresu pracy sekcji.

§ 41

Sekcja IT

Do zadań sekcji IT należy w szczególności:

- 1) administrowanie siecią komputerową w podmiocie leczniczym,

- 2) diagnostyka sprzętu komputerowego,
- 3) zgłaszanie konieczności wykonania naprawy serwisowej w przypadku uszkodzeń wykraczających poza możliwość wykonania naprawy doraźnej lub sprzętu użytkowanego w okresie gwarancyjnym,
- 4) inicjowanie i opracowywanie planów rozbudowy i wykorzystania zasobów informatycznych,
- 5) prezentowanie i inicjowanie możliwych do wdrożenia rozwiązań na bazie istniejących zasobów,
- 6) wdrażanie nowych rozwiązań informatycznych,
- 7) przechowywanie danych pacjentów w systemach informatycznych (zabezpieczenie przed nieupoważnionym dostępem, przetwarzaniem, zmianą, utratą lub uszkodzeniem, tworzenie kopii zapasowych).

§ 42

Sekcja Żywienia

Do zadań Sekcji Żywienia należy w szczególności:

- 1) wykonywanie czynności związanych z żywieniem chorych na zasadach racjonalnej, nowoczesnej dietetyki i higieny żywienia,
- 2) koordynowanie pracy poszczególnych komórek podmiotu leczniczego współdziałających w żywieniu chorych,
- 3) fachowe nadzorowanie działalności kucharek oddziałowych oraz urządzeń służących do wewnątrzszpitalnego transportu posiłków,
- 4) kontrola merytoryczna w zakresie udokumentowania wydatków na zakup artykułów spożywczych, w tym mieszanek dla niemowląt,
- 5) uzgadnianie rodzaju diet z ordynatorami oddziałów/lekarzami kierującymi oddziałem lub kierownikami oddziałów, planowanie przy współudziale pielęgniarek oddziałowych jadłospisów dla chorych.

§43

Asystent zarządu:

Do zadań asystenta zarządu należy:

- 1) organizowanie i kierowanie pracą sekretariatu Zarządu,
- 2) umawianie i koordynowanie spotkań Prezesa i Wiceprezesa Zarządu według skali priorytetów,
- 3) zarządzanie hierarchią informacji napływających do sekretariatu, sortowanie i syntezywanie najbardziej istotnych danych,
- 4) prowadzenie zbioru i rejestru dokumentów wychodzących oraz przychodzących,
- 5) prowadzenie spraw związanych z zagadnieniami pracy Zarządu,
- 6) przyjmowanie wyznaczanych interesantów,
- 7) przygotowywanie odpowiednich materiałów i informacji dla Zarządu,
- 8) koordynowanie współpracy Zarządu z poszczególnymi działami Szpitala i ich pracownikami,
- 9) współpraca z instytucjami zewnętrznymi i pozostałymi działami Spółki.

§ 44

Do wykonywania zadań z zakresu administracji i obsługi, Zarząd może powołać inne osoby bądź podmioty na podstawie stosownych umów cywilno – prawnych.

OBOWIĄZKI, UPRAWNIENIA I ODPOWIEDZIALNOŚĆ OSÓB ZAJMUJĄCYCH STANOWISKA KIEROWNICZE

§ 45

Podstawowymi zadaniami kierownika są:

- 1) zapewnianie planowanej i zorganizowanej pracy podległego służbowo odcinka, komórki, działu lub pionu zgodnie z posiadanymi uprawnieniami i przydzielonymi do dyspozycji środkami,

- 2) wyznaczenie zadań operatywnych dla zespołów lub poszczególnych pracowników i przydzielanie środków na ich realizację z uwzględnieniem dysponowanych zasobów, rangi i priorytetów zadań, kwalifikacji fachowych i obciążenia pracą,
- 3) proponowanie wewnętrznej struktury organizacyjnej kierowanej komórki,
- 4) udzielanie podwładnym, w miarę potrzeb, instruktażu i wskazówek,
- 5) nadzór służbowy nad wykonywanymi przez podwładnych zadaniami,
- 6) nadzór nad warunkami pracy podwładnych,
- 7) ewidencja aktywności zawodowej podwładnych i na tej podstawie ocena wyników ich pracy,
- 8) rozliczanie wykonania zadań przydzielonych komórce lub poszczególnym stanowiskom organizacyjnym,
- 9) wnioskowanie o nagrody, kary, awanse itp., w stosunku do bezpośrednio podległych pracowników do Zarządu,
- 10) wnioskowanie w sprawie zasad systemu wynagrodzeń i premiowania w podległej komórce organizacyjnej,
- 11) przyjmowanie i rozpatrywanie wniosków, skarg i odwołań podległych pracowników,
- 12) nadzorowanie przestrzegania prawa i wewnętrznych aktów normatywnych przez podległych pracowników,
- 13) wprowadzanie nowoprzyjętych pracowników w przydzielone im zadania oraz udzielanie wyjaśnień dotyczących ich obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności,
- 14) analizowanie poziomu kwalifikacji podwładnych i składanie wniosków szkoleniowych do przełożonego,
- 15) analiza racjonalności stanu i struktury zatrudnienia na podległym obszarze,
- 16) dekretacja pism kierowanych do komórki,
- 17) udział w przygotowywaniu i realizacji planu finansowego i inwestycyjnego wyznaczonej komórki,
- 18) reprezentowanie kierowanego obszaru wobec Zarządu,
- 19) reprezentowanie kierownictwa firmy w stosunku do podwładnych,
- 20) organizowanie stanowisk pracy zgodnie z przepisami i zasadami bezpieczeństwa i higieny pracy,
- 21) dbanie o sprawność środków ochrony indywidualnej oraz ich stosowanie zgodnie z przeznaczeniem,
- 22) organizowanie, przygotowanie i prowadzenie prac z uwzględnieniem zabezpieczenia pracowników przed wypadkami przy pracy, chorobami zawodowymi i innymi chorobami związanymi z warunkami środowiska pracy,
- 23) dbanie o bezpieczny i higieniczny stan pomieszczeń pracy i wyposażenia technicznego, a także o sprawność środków ochrony zbiorowej i ich stosowanie zgodnie z przeznaczeniem,
- 24) egzekwowanie przestrzegania przez pracowników przepisów i zasad bezpieczeństwa i higieny pracy,
- 25) zapewnienie wykonania zaleceń lekarza sprawującego opiekę zdrowotną nad pracownikiem.

§ 46

Kierownik jest upoważniony do:

- 1) wydawania podległym pracownikom poleceń służbowych w zakresie przydzielonych im obowiązków; polecenia te mogą dotyczyć miejsca i czasu pracy, a w przypadku gdy przepisy nie stanowią inaczej także kolejności i sposobów działania oraz rodzaju użytych środków,
- 2) domagania się udostępnienia informacji niezbędnych dla realizacji przydzielonych zadań w wymaganych terminach i na właściwym poziomie jakościowym,
- 3) domagania się przestrzegania drogi służbowej w zakresie kontaktów służbowych z podległymi pracownikami i zwierzchnikami,
- 4) opracowywania wniosków do bezpośrednich zwierzchników w sprawach organizacji kierowanej komórki, obsady personalnej oraz systemu wynagrodzeń, wyróżnień, nagród i sankcji dyscyplinarnych,
- 5) dysponowania przyznanymi kierowanej komórce funduszami i środkami,
- 6) wyznaczania zadań poszczególnym pracownikom lub zespołom o ile nie zostało to uściślone w procedurach i regulaminach szpitala przy zachowaniu wymagań wynikających z warunków pracy i płacy,
- 7) doboru lub akceptacji kandydatów na dane stanowisko pracy (dotyczy bezpośrednio podwładnych),
- 8) oceny, nagradzania i karania podległych pracowników zgodnie z regulaminem pracy,
- 9) występowania do przełożonych o weryfikację wniosków wynikających z kontroli i oceny pracy własnej oraz podległego zespołu,
- 10) reprezentowania interesów podległych pracowników wobec zwierzchników,
- 11) decydowania o:
 - a) organizacji pracy i jej podziale w podległej komórce.

- b) sposobie i formie obiegu informacji wewnątrz podległej komórki,
 - c) zakresie i formie szkolenia podległych pracowników,
 - d) zezwoleniu na opuszczenie przez bezpośrednio podległych pracowników stanowisk
 - e) pracy w godzinach służbowych,
 - f) planie urlopów,
 - g) usprawiedliwieniu spóźnień i nieobecności w pracy,
 - h) zlecaniu pracy w godzinach nadliczbowych w ramach obowiązujących przepisów i posiadanego limitu, a także o udzieleniu godzin wolnych za przepracowane godziny nadliczbowe,
- 12) podpisywania korespondencji o charakterze zobowiązań tylko w przypadku posiadania odpowiedniego pełnomocnictwa w tym zakresie,
 - 13) zatwierdzania sprawozdań wychodzących z podległej komórki,
 - 14) odmowy wykonania polecenia sprzecznego z obowiązującymi przepisami, w przypadku personelu medycznego sprzecznego z aktualną wiedzą medyczną,
 - 15) wyznaczenia swojego zastępcy i okresowego lub stałego delegowania części posiadanych uprawnień oraz udzielania upoważnień do załatwiania określonych spraw podległym pracownikom jeżeli nie regulują tego stosowne przepisy organizacyjne,
 - 16) incydentalnie do wydawania poleceń swoim podwładnym wykraczających poza zakres ich obowiązków, o ile ich realizacja jest konieczna lecz nie wiąże się z narażeniem życia i zdrowia (zastrzeżenie to nie dotyczy służb medycznych), nie powoduje naruszania prawa.

§ 47

Kierownik ponosi odpowiedzialność proporcjonalnie do rzeczywistej możliwości wpływania na wyniki i przebieg działań podległych mu osób. Ponosi odpowiedzialność za:

- 1) zgodną ze znanymi mu kryteriami oceny realizację powierzonych mu obowiązków kierowniczych i prawidłowe wykorzystanie przyznanych uprawnień,
- 2) prawidłową realizację zadań, zleceń i poleceń wykonywanych w komórce,
- 3) racjonalność doboru wykonawców do realizacji zadań w podległej komórce,
- 4) przestrzeganie dyscypliny formalnej, merytorycznej, finansowej, ekonomicznej i organizacyjnej na podległym mu służbowo obszarze.
- 5) poziom dyscypliny pracy oraz przestrzeganie regulaminu pracy, przepisów BHP, przeciwpożarowych przez podległych pracowników,
- 6) stan i bezpieczeństwo powierzonego mienia,
- 7) racjonalność wykorzystania pozostawionych do dyspozycji kadr, majątku oraz przydzielonych środków rzeczowych, finansowych i informacyjnych,
- 8) terminowość i rzetelność dokumentów sprawozdawczych, analitycznych oraz udzielanych informacji dotyczących kierowanego obszaru a sygnowanych jego nazwiskiem,
- 9) przestrzeganie tajemnicy służbowej, kodeksów etyki zawodowej, karty praw pacjenta,
- 10) realizację przyjętych zaleceń pokontrolnych,
- 11) zachowanie ciągłości kierowania podległą komórką,
- 12) działania podwładnych na niekorzyść szpitala lub pacjentów, nieprzestrzeganie norm prawa, procedur i regulaminów organizacyjnych.

OBOWIĄZKI, UPRAWNIENIA I ODPOWIEDZIALNOŚĆ PRACOWNIKÓW NA STANOWISKACH WYKONAWCZYCH

§ 48

Do obowiązków pracownika wykonawczego należy:

- 1) kompetentne i terminowe wywiązywanie się z przyjętych obowiązków w sposób zgodny z wymaganiami Szpitala,

- 2) znajomość i przestrzeganie przepisów, zarządzeń, instrukcji i regulaminów dotyczących powierzonego odcinka pracy oraz regulaminu organizacyjnego swojej jednostki, komórki,
- 3) informowanie przełożonych o nie dających się samodzielnie przezwyciężyć przeszkodach w realizacji zadań,
- 4) informowanie przełożonych o nowych możliwościach osiągania celów i realizacji zadań,
- 5) utrzymywanie własnych kwalifikacji (wiedzy, umiejętności, kondycji psychofizycznej) na poziomie niezbędnym do realizacji przyjętych zadań,
- 6) zgodne z przepisami i przeznaczeniem wykorzystywanie powierzonego majątku, zabezpieczenie go dostępnymi środkami przed zniszczeniem, niewłaściwym użyciem lub nieuzasadnionym obniżeniem wartości,
- 7) wykorzystanie posiadanych kwalifikacji zgodnie z interesem Szpitala, normami prawa i procedurami oraz obowiązującymi przepisami.
- 8) wykonanie, w sytuacjach incydentalnych każdego polecenia zwierzchnika jeśli nie wiąże się to z narażeniem go na utratę życia lub zdrowia (z wyjątkiem, gdy prawo nie stanowi inaczej), złamaniem prawa lub regulaminu organizacyjnego oraz nie przekracza jego zdolności fizycznych lub intelektualnych,
- 9) znajomość i przestrzeganie przepisów i zasad bezpieczeństwa i higieny pracy,
- 10) branie udziału w szkoleniach i instruktażach z zakresu bhp oraz poddawanie się egzaminom sprawdzającym,
- 11) wykonywanie pracy w sposób zgodny z przepisami i zasadami bhp oraz stosowanie się do wydawanych w tym zakresie poleceń i wskazówek przełożonych,
- 12) dbanie o należyty stan maszyn, urządzeń, narzędzi i sprzętu oraz porządek i ład w miejscu pracy,
- 13) stosowanie środków ochrony zbiorowej, a także używanie przydzielonych środków ochrony indywidualnej oraz odzieży i obuwia roboczego, zgodnie z przeznaczeniem,
- 14) poddawanie się wstępnym, okresowym i kontrolnym badaniom lekarskim,
- 15) niezwłoczne zawiadomienie przełożonego o zauważonym w zakładzie wypadku albo zagrożeniu życia lub zdrowia ludzkiego oraz ostrzeganie współpracowników, a także innych osób znajdujących się w miejscu zagrożenia, o grożącym im niebezpieczeństwie,
- 16) współdziałanie z pracodawcą i przełożonym w wypełnianiu obowiązków dotyczących bhp.

§ 49

Do uprawnień pracownika wykonawczego należy:

- 1) żądanie formalnego określenia zakresu obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności,
- 2) żądanie umożliwienia mu dostępu do środków działania niezbędnych do wywiązania się z przyjętych zadań,
- 3) żądanie zapewnienia mu bezpiecznych i odpowiednich warunków pracy,
- 4) odmowa wykonania polecenia sprzecznego z obowiązującymi przepisami prawa, polecenia narażającego go na realną utratę życia lub zdrowia,
- 5) żądanie zmiany warunków pracy i płacy, jeśli przypisano mu na czas przekraczający trzy miesiące obowiązki wykraczające poza ustalenia wynikające z umowy,
- 6) zwracanie się o pomoc do przełożonego służbowego lub służb funkcjonalnych w przypadku niemożności samodzielnego wywiązania się z zadań,
- 7) zwracanie się do przełożonego wyższego szczebla w sprawach spornych lub nie rozstrzygniętych przez bezpośredniego przełożonego.

§ 50

Pracownik wykonawczy ponosi odpowiedzialność za:

- 1) termin, ilość, jakość i bezpieczeństwo wykonanych zadań stosownie do posiadanych uprawnień dotyczących doboru środków, metod i warunków działania,
- 2) stan i sposób wykorzystania powierzonego majątku i środków działania stosownie do przyznanych mu uprawnień decyzyjnych w tym zakresie,
- 3) przestrzeganie obowiązującego prawa, regulaminów, zarządzeń i procedur działania.

§ 51

1. W Szpitalu obowiązuje Kodeks etyki pracowników, który stanowi załącznik nr 3 do niniejszego Regulaminu.
2. Szpital prowadzi politykę antymobbingową a jej szczegółowe zasady zostały określone w Wewnętrznej Polityce Antymobbingowej, która stanowi załącznik nr 4 do niniejszego Regulaminu.

PION MEDYCZNY

§ 52

1. Komórkami organizacyjnymi kierują odpowiednio:
 - a. oddziałami szpitalnymi – Kierownicy Oddziałów,
 - b. poradniami specjalistycznymi – Koordynator Poradni,
 - c. zakładami – Kierownicy Zakładów,
2. Podczas nieobecności Kierownika Oddziału jego obowiązki pełni Zastępca lub lekarz dyżurny albo inna wyznaczona przez Kierownika Oddziału osoba, która podczas zastępstwa kieruje pracą Oddziału.
3. Koordynatorem Okołooperacyjnej Karty Kontrolnej jest osoba wskazana przez Kierownika Bloku.
4. Czas pracy pracowników określa Regulamin Pracy Szpitala.

§ 53

1. Oddziały szpitalne są podstawową komórką organizacyjną Szpitala, udzielającego świadczeń w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne.
2. Oddziałem kieruje Kierownik przy współpracy zastępców i pielęgniarki oddziałowej. Kierownik podlega Dyrektorowi ds. medycznych i odpowiada za:
 - a. cały proces diagnostyczno-leczniczy w stosunku do każdego przyjętego do Oddziału pacjenta, przy zapewnieniu odpowiedniego poziomu merytorycznego udzielanych świadczeń w odniesieniu do aktualnych osiągnięć i obowiązujących standardów oraz możliwości podmiotu leczniczego,
 - b. monitorowanie, analizę i ocenę jakości udzielanych świadczeń w Oddziale,
 - c. jakość faktyczną i merytoryczną dokumentacji medycznej, jej prawidłowy przepływ, bezpieczeństwo oraz archiwizację, dostosowując się do obowiązujących w tym zakresie prawa i przepisów wewnętrznych podmiotu leczniczego,
 - d. terminowe sporządzanie i przekazywanie właściwym komórkom organizacyjnym obowiązującej sprawozdawczości i statystyki,
 - e. przestrzeganie praw pacjenta, kodeksu etyki lekarskiej,
 - f. udzielanie wyjaśnień dotyczących skarg i zażaleń na działalność Oddziału,
 - g. prawidłowe organizowanie i nadzorowanie pracy zespołu z zachowaniem obowiązujących w tym zakresie unormowań prawnych, w tym racjonalne i optymalne dostosowanie potencjału kadrowego do realizowanych zadań,
 - h. adaptacje nowo przyjmowanych pracowników (w tym szkolenia na stanowisku pracy, określanie ich obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności),
 - i. podnoszenie kwalifikacji zawodowych własnych oraz zespołu,
 - j. podejmowanie w trybie obowiązującym w podmiocie leczniczym działań w celu zapewnienia zasobów wymaganych dla realizacji zadań Oddziału oraz nadzorowanie prawidłowości i racjonalności ich wykorzystania,
 - k. nadzór i podejmowanie skutecznych działań w celu zapewnienia bezpieczeństwa ludzi i mienia w trakcie realizacji procesu diagnostyczno-leczniczego,
 - l. nadzór nad stanem epidemiologicznym Oddziału, podejmowanie działań profilaktycznych, eliminowanie i analiza incydentów epidemiologicznych oraz właściwe prowadzenie wymaganej dokumentacji dotyczącej zagadnień epidemiologicznych,
 - m. zgłaszanie do Pielęgniarki Epidemiologicznej wszystkich przypadków zakażeń szpitalnych, obserwacji, spostrzeżeń i wniosków w tym zakresie,

- n. współpracę z przełożoną pielęgniarek w zakresie wszystkich zagadnień związanych z zapewnieniem prawidłowej opieki pielęgniarskiej oraz działań niższego personelu medycznego podejmowanych w obszarze działań Oddziału,
- o. prawidłową realizację kontraktu i umów podpisanych przez podmiot leczniczy w części dotyczącej Oddziału z uwzględnieniem efektów ekonomicznych oraz ich okresową analizę i planowanie działalności Oddziału dla celów kontraktowania,
- p. realizacja decyzji i poleceń przełożonych lub innych służb w sytuacjach nadzwyczajnych związanych z wystąpieniem zagrożenia epidemiologicznego, klęską żywiołową, katastrofą, wypadkiem masowym, atakiem terrorystycznym lub innymi zdarzeniami o podobnym charakterze,
- q. stosowanie się do obowiązujących na terenie podmiotu leczniczego regulaminów, instrukcji, procedur, przepisów bhp, p.poż., nadzorowanie podległego personelu w ww. zakresie,
- r. sprawowanie nadzoru nad dyscypliną pracy przez pracowników Oddziału,
- s. realizowanie innych poleceń przełożonych związanych z prowadzoną działalnością nieujętych powyżej.

§ 54

Przełożona pielęgniarek

Przełożona pielęgniarek podlega merytorycznie i służbowo dyrektorowi ds. medycznych i odpowiada m.in. za:

1. pracę podległego personelu,
2. organizację kompleksowych całodobowych świadczeń pielęgniarskich nad pacjentami, w tym systematyczne szacowanie rzeczywistego zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską,
3. organizację pracy pielęgniarek poprzez planowanie i dobór prawidłowych metod postępowania pielęgnacyjnego stosownie do kwalifikacji personelu i stanu zdrowia pacjenta, ustalonego planu leczenia oraz wyposażenia Oddziałów,
4. ustalenie podziału obowiązków, odpowiedzialności i uprawnień zgodnie z kwalifikacjami i umiejętnościami podległego personelu,
5. planowanie i rozliczanie czasu pracy podległego personelu (grafiki, urlopy, zastępstwa itp.),
6. monitorowanie, ocenę i analizę jakości pielęgnowania,
7. współtworzenie planu opieki, poszukiwanie i proponowanie nowych rozwiązań na rzecz usprawnienia pracy Oddziałów oraz poprawy jakości udzielanych świadczeń,
8. współpracy z pielęgniarkami oddziałowymi,
9. nadzór nad prowadzeniem dokumentacji pacjentów sporządzonej przez podległy personel,
10. analizę poziomu satysfakcji pacjentów i ich rodzin z jakości udzielanych świadczeń pielęgniarskich,
11. sprawowanie kontroli i nadzór nad dyscypliną pracy podległego personelu,
12. podnoszenie kwalifikacji zawodowych własnych i podległego personelu.

§ 55

Pielęgniarka epidemiologiczna

Do zadań Pielęgniarki Epidemiologicznej należy w szczególności:

1. współuczestniczenie w wypracowaniu strategii działań w zakresie profilaktyki i zwalczania zakażeń szpitalnych,
2. nadzorowanie i monitorowanie stanu sanitarno – epidemiologicznego szpitala,
3. nadzorowanie pracy personelu we wszystkich działach i pomieszczeniach związanych z pobytem pacjentów,
4. monitorowanie przestrzegania standardów organizacji pracy,
5. określanie czynników ryzyka zakażeń wśród pacjentów i personelu – aktualizowanie źródła zakażeń,
6. przeprowadzanie dochodzeń epidemiologicznych, przedstawianie wyników Zarządowi,
7. sprawowanie nadzoru nad systemem izolacji pacjentów, którzy stanowią ryzyko zakażeń dla innych,
8. współpraca z członkami Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych oraz Zarządem, ordynatorami oddziałów/lekarzami kierującymi oddziałem, pielęgniarkami oddziałowymi i kierownikami innych komórek organizacyjnych, lekarzem zakładowym, inspektorem bhp,
9. organizowanie i prowadzenie edukacji personelu medycznego z zakresu zakażeń szpitalnych,

10. opracowywanie i wdrażanie programów w zakresie profilaktyki i zwalczania zakażeń szpitalnych,
11. prowadzenie bazy danych dotyczących zakażeń, na poziomie podmiotu leczniczego,
12. realizowanie innych poleceń przełożonych związanych z prowadzoną działalnością nieujętych powyżej.

§ 56

Dział farmacji

1. Dział farmacji kierowany jest przez kierownika, który podlega bezpośrednio dyrektorowi ds. medycznych. Do obowiązków działu należy w szczególności:
 - a. przygotowywanie receptariusza szpitalnego,
 - b. nadzór i kontrola receptariusza,
 - c. uczestniczenie w pracach komitetu terapeutycznego,
 - d. opracowanie zasad dotyczących polityki lekowej podmiotu leczniczego oraz kontrola ich realizacji,
 - e. kontrola zasadności zalecanych leków,
 - f. udział w systemie monitorowania działań niepożądanych leków,
 - g. prowadzenie rejestru oraz nadzór i kontrola nad badaniami klinicznymi prowadzonymi na terenie Szpitala,
 - h. prowadzenie szkoleń z zakresu farmakologii klinicznej,
 - i. określenie zasad farmakoterapii z uwzględnieniem profilu lekowrażliwości bakterii w oddziałach i innych jednostkach działalności podstawowej podmiotu leczniczego,
 - j. realizowanie innych poleceń przełożonych związanych z prowadzoną działalnością nieujętych powyżej.
 - k. sprawowanie nadzoru nad prawidłowym prowadzeniem apteczek oddziałowych.
2. Do zadań działu farmacji należy zaopatrywanie oddziałów Szpitala w:
 - a. leki gotowe
 - b. płyny infuzyjne,
 - c. środki opatrunkowe,
 - d. preparaty do żywienia enteralnego i parenteralnego,
 - e. środki dezynfekcyjne.

§ 57

Poradnie specjalistyczne:

Poradniami specjalistycznymi kieruje i odpowiada za ich pracę Koordynator, który podlega bezpośrednio dyrektorowi ds. medycznych. Do zadań Koordynatora należy w szczególności:

- 1) kierowanie i nadzorowanie pracy personelu Poradni,
- 2) analizowanie stanu zdrowotnego pacjentów Poradni oraz organizacji pracy i opracowywanie w tym zakresie odpowiednich wniosków przedkładanych Dyrektorowi ds. medycznych,
- 3) dbanie o bieżące i dokładne prowadzenie dokumentacji chorobowej oraz o terminowe sporządzanie i przekazywanie właściwym komórkom organizacyjnym obowiązującej sprawozdawczości i statystyki,
- 4) ustalanie rozkładu zajęć pracowników Poradni oraz zastępstw w razie ich nieobecności,
- 5) zapewnienie osobom korzystającym ze świadczeń Poradni wyczerpujących informacji co do działalności Przychodni, godzin pracy lekarzy i komórek działalności podstawowej,
- 6) dbanie o sprawną i właściwą obsługę osób korzystających ze świadczeń Przychodni,
- 7) dbanie o utrzymanie pomieszczeń Przychodni i jej otoczenia we wzorowym porządku i czystości,
- 8) dbanie właściwe wykorzystanie sprzętu i materiału medycznego oraz wyposażenia gospodarczego,
- 9) sprawowanie kontroli i nadzór nad dyscypliną pracy podległego personelu,
- 10) nadzór nad przestrzeganiem Praw Pacjenta na terenie Poradni,
- 11) nadzór nad przestrzeganiem przepisów BHP oraz zabezpieczeniem p.poż. właściwym zabezpieczeniem mienia Poradni
- 12) wnikliwe analizowanie wpływających skarg i wniosków dotyczących działalności Poradni
- 13) realizowanie innych poleceń przełożonych związanych z prowadzoną działalnością nieujętych powyżej.

§ 58

Kapelan Szpitalny:

Do zadań Kapelana Szpitalnego należy:

- 1) zaspokojenie pacjentom, którzy sobie tego życzą, ich potrzeb religijnych w szpitalu oraz na wezwanie,
- 2) odprawianie w kaplicy Szpitala Mszy Świętej,
- 3) udzielanie posług religijnych w salach chorych.

ZASADY I PORZĄDEK UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

§ 59

1. Każdy chory zgłaszający się ze skierowaniem do szpitala jest zbadany w izbie przyjęć przez lekarza dyżurnego oddziału, na który jest skierowany pacjent.
2. Jeżeli z rozpoznania wynikają bezwzględne wskazania do natychmiastowego leczenia szpitalnego (obserwacji), lekarz dyżurny wydaje konieczne zlecenia lecznicze (diagnostyczne i ogólne) i kieruje chorego na odpowiedni oddział.

§ 60

1. Nie wolno odmówić przyjęcia z powodu braku wolnych łóżek ciężko choremu, wymagającego natychmiastowego pozostawienia go w szpitalu.
2. Jedynie w przypadku, gdy chory został skierowany niewłaściwie (niezgodnie z przeznaczeniem), a po udzieleniu potrzebnej pomocy doraźnej, chory nadaje się do dalszego transportu, lekarz dyżurny może odesłać chorego zgodnie z kwalifikacjami do właściwego oddziału innego szpitala, po uprzednim upewnieniu się co do możliwości umieszczenia tam chorego.
3. Dyżury w Izbie Przyjęć są łączone z innymi komórkami organizacyjnymi szpitala, o których mowa w § 14 ust. 1 Regulaminu.
4. Jeżeli transport chorego wymaga przewozu karetką, pielęgniarka z izby przyjęć zgłasza ten fakt dyspozytorowi pogotowia ustalając termin wykonania transportu.
5. Fakt odmowy przyjęcia do szpitala, jest odnotowywany w księdze odmów znajdującej się w Izbie przyjęć.

§ 61

1. Pilne przypadki przyjęć do szpitala dokonywane są w ciągu całej doby.
2. Planowe przyjęcia do szpitala odbywają się w godzinach wyznaczonych w Regulaminie Izby Przyjęć.

§ 62

1. W sytuacjach pilnych i stanach zagrożenia życia dotyczących dzieci pierwszej pomocy i zaopatrzenia dokonuje każdy lekarz przebywający w izbie przyjęć, skąd pacjent jest przekazywany bezpośrednio do izby przyjęć dziecięcej. Personel izby przyjęć ma obowiązek niezwłocznie powiadomić o takim pacjencie, lekarza dyżurującego w oddziale pediatrycznym.
2. Szpital nie posiada w swojej strukturze Oddziału Położniczo-Ginekologicznego. W przypadku zgłaszania się pacjentek wymagających hospitalizacji w tego typu oddziale lekarz dyżurny izby przyjęć niezwłocznie zleca transport do najbliższego oddziału o tej specjalności.

§ 63

1. Chory zgłaszający się do leczenia szpitalnego powinien przedstawić:
 - a) skierowanie na leczenie szpitalne z ustalonym lub przypuszczalnym rozpoznaniem,
 - b) dowód stwierdzający tożsamość pacjenta,
 - c) dokument uprawniający do korzystania ze świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych,
 - d) o ile posiada - kartę informacyjną z poprzedniego leczenia szpitalnego, a także wyniki wykonanych uprzednio badań pomocniczych.
2. Jeżeli w czasie badania pacjenta lekarz przyjmujący pacjenta stwierdzi, że jest on chory na chorobę zakaźną, bezzwłocznie umieszcza się go w sali obserwacyjnej i po wcześniejszym ustaleniu miejsca lekarz dyżurny kieruje pacjenta do szpitala zakaźnego, wypisuje kartę zgłoszenia choroby zakaźnej do Sanepidu, a pielęgniarka ustala warunki transportu pacjenta.
3. Pomieszczenia, w których przebywał pacjent poddawane są dezynfekcji zgodnie z ustalonymi procedurami.

§ 64

Jeżeli lekarz dyżurny przy badaniu chorego poweźmie uzasadnione podejrzenie, że uszkodzenia ciała lub zaburzenia czynności ustroju pozostają w związku z dokonaniem czynu prawnie zabronionego jest zobowiązany bezzwłocznie powiadomić policję lub prokuraturę.

§ 65

1. Podczas przyjmowania do szpitala pacjent informowany jest o przysługujących mu prawach i wyraża zgodę na proponowane leczenie szpitalne.
2. Podczas przyjmowania do szpitala pacjent może upoważnić osobę, wyłącznie której udzielane będą informacje odnośnie przebiegu procesu leczniczego, lub której udzielone będą informacje i wydane rzeczy pacjenta w przypadku zgonu w trakcie pobytu w Szpitalu.

§ 66

1. Przy przyjęciu Pacjentowi zakładana jest dokumentacja medyczna, która jest prowadzona zgodnie z RMZ z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. 2020 poz. 666).
2. W przypadku zabiegu operacyjnego do dokumentacji dołączana jest Okołooperacyjna Karta Kontrolna, w której dokonuje wpisów Koordynator Okołooperacyjnej Karty Kontrolnej na podstawie informacji udzielanych przez członków zespołu.

§ 67

Przy przyjęciu do Szpitala, a przed umieszczeniem chorego na oddziale:

- 1) należy pacjenta doprowadzić do wymaganego stanu higienicznego,
 - 2) chory powinien oddać do depozytu szpitalnego swoje rzeczy osobiste,
 - 3) w przypadku rzeczy wartościowych, pacjent powinien je przekazać rodzinie lub innej osobie towarzyszącej mu przy przyjęciu do szpitala. W przypadkach uzasadnionych przekazuje je do depozytu szpitalnego.
- W przypadku odmowy zdeponowania, rzeczy wartościowe pacjent zabiera na oddział na własną odpowiedzialność.

§ 68

Po decyzji o przyjęciu pacjenta na leczenie szpitalne i wykonaniu wszystkich niezbędnych czynności powiadamia się odpowiedni oddział o przyjęciu, informując w jakiej pozycji ma być wykonany transport pacjenta lub pielęgniarka izby przyjęć transportuje pacjenta na oddział.

§ 69

Pacjentowi przyjętemu do szpitala zapewnia się:

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

§ 70

Pacjent przyjęty w oddział ma wykonane konieczne badania medyczne i diagnostyczne przez lekarza dyżurnego oddziału.

§ 71

1. Wypisy planowe dokonywane są w ustalonych godzinach określonych dla poszczególnych oddziałów.
2. O wypisie decyduje kierownik oddziału lub w czasie jego nieobecności zastępujący go lekarz.

§ 72

Wypis w trybie pilnym odbywa się przez całą dobę w przypadkach:

- 1) na żądanie pacjenta lub rodziny,
- 2) z winy pacjenta (np. naruszenie regulaminu),
- 3) przekazanie na leczenie do innego szpitala.

Lekarz dokonujący wypisu informuje pacjenta o dalszym postępowaniu i przekazuje go pod opiekę lekarza rodzinnego lub lekarza innego Szpitalu.

§ 73

1. Świadczenia poradni specjalistycznych obejmują diagnostykę oraz leczenie zgodnie z profilem danej poradni.
2. Rejestracja pacjentów do lekarza specjalisty odbywa się osobiście, za pośrednictwem członków rodziny lub osób trzecich bądź telefonicznie, z wyznaczeniem dnia i godziny realizacji świadczenia zdrowotnego.
3. Pacjent przyjmowany w poradni specjalistycznej zgłasza się w wyznaczonym terminie z dokumentem potwierdzającym tożsamość.

§ 74

Materiał do badań w laboratorium pobierany jest przez całą dobę we wszystkich komórkach medycznych, w zależności od potrzeb. W przypadku konieczności natychmiastowego przekazania materiału do badań laboratoryjnych, pobraną próbkę należy niezwłocznie przekazać do laboratorium, jednocześnie na zleceniu należy umieścić klauzulę „cito”.

§ 75

Do zadań Działu Diagnostyki należy wykonywanie i opisywanie badań diagnostycznych (RTG, USG, tomografia komputerowa, gastroskopia, rektoskopia, kolonoskopia, badania przezcewkowe).

§ 76

Procedura przyjmowania pacjentów komercyjnych odbywa się na zasadach określonych w par. 59-75, przy czym pacjent jest zobowiązany do uiszczenia zapłaty za wykonane świadczenia zgodnie z cennikiem.

ZAKŁAD OPIEKUŃCZO-LECZNICZY

§ 77

Jaworskie Centrum Medyczne sp. z o.o. może świadczyć usługi z zakresu opieki długoterminowej osób, które mają ukończony proces diagnozowania, leczenia operacyjnego lub intensywnego leczenia zachowawczego, nie wymagają już dalszej hospitalizacji, jednak ze względu na stan zdrowia lub stopień niepełnosprawności oraz braku możliwości samodzielnego funkcjonowania w środowisku domowym wymagają stałego nadzoru oraz profesjonalnej pielęgnacji.

§ 78

Sprawy organizacyjne związane z pobytem pacjenta w zakładzie opieki długoterminowej jak również kwestie odpłatności uregulowane są w umowie cywilno-prawnej zawartej pomiędzy pacjentem bądź osobą reprezentującą pacjenta a Spółką.

§ 79

Pracę Zakładu organizuje i nadzoruje Kierownik Zakładu.

§ 80

Pobyt w Zakładzie ma charakter czasowy.

§ 81

Pacjent może uzyskać przepustkę za jednoczesną zgodą Kierownika Zakładu, pacjenta bądź jego opiekuna (rodziny lub przedstawiciela ustawowego).

§ 82

W celu zapewnienia ciągłości i kompleksowości udzielanych świadczeń Zakład współpracuje ze Szpitalem JCM sp. z o.o. w Jaworze.

WSPÓŁPRACA Z INNYMI ZAKŁADAMI OPIEKI ZDROWOTNEJ

§ 83

Jeżeli szpital nie dysponuje wolnymi łózkami szpitalnymi, a zgłaszający się (przywieziony) chory wymaga umieszczenia w szpitalu, lekarz dyżurny po zbadaniu chorego i ustaleniu możliwości udania się (przetransportowania) chorego do innego szpitala udziela w miarę potrzeby doraźnej pomocy i kieruje do innego szpitala, po uprzednim upewnieniu się co do możliwości umieszczenia tam chorego.

84

W procesie leczenia przeprowadza się w przypadku problemów diagnostycznych:

- 1) konsultację lekarzy innych specjalności,
- 2) przewozy pacjenta na konieczne badania wysokospecjalistyczne,
- 3) przekazuje się pacjenta do szpitala o wyższym poziomie referencyjnym.

§85

Szpital w sytuacjach nadzwyczajnych (np. awarie, remonty, zdarzenia o charakterze losowym) uniemożliwiających prawidłowe prowadzenie procesu diagnostyczno-leczniczego, korzysta z pomocy sąsiednich podmiotów leczniczych.

§ 86

W przypadku braku możliwości wykonania świadczeń medycznych w miejscu, Zarząd dochowa szczególnej staranności w celu zachowania ciągłości leczenia i podpisze stosowne umowy z innymi podmiotami leczniczymi oraz podmiotami wykonującymi działalność transportu sanitarnego na wykonanie usług medycznych.

PRAWA I OBOWIĄZKI PACJENTA

PRAWA PACJENTA

§ 87

1. Prawa pacjenta wynikające z postanowień odpowiednich przepisów prawa, określa karta praw pacjenta stanowiąca załącznik nr 2 niniejszego Regulaminu.
2. Karta praw pacjenta udostępniona jest na tablicy informacyjnej izby przyjęć a także w dyżurkach pielęgniarskich poszczególnych oddziałów.
3. W JCM zorganizowano depozyt rzeczy wartościowych pacjenta. Szczegóły zawarte są w LS-Pr-01/I-01 Depozyt pacjenta

OBOWIĄZKI PACJENTÓW

§ 88

Pacjenci przebywający w Szpitalu obowiązani są przestrzegać:

- 1) rozkładu dnia w oddziale,
- 2) zasad korzystania z urządzeń i powierzonego sprzętu,
- 3) zasad bezpieczeństwa przeciwpożarowego,
- 4) niniejszego regulaminu organizacyjnego oraz odpowiednich regulaminów wewnętrznych,
- 5) bezwzględnego zakazu spożywania alkoholu na terenie szpitala,
- 6) zakazu przyjmowania środków o działaniu tożsamym lub podobnym do środków prawnie zakazanych,
- 7) zakazu palenia tytoniu.

OBOWIĄZKI OSÓB OPIEKUJĄCYCH SIĘ PACJENTEM PRZEBYWAJĄCYM W SZPITALU

§ 89

Pacjent ma prawo do opieki pielęgnacyjnej przez osobę bliską lub przez inną osobę wskazaną przez siebie, chyba że jest to niemożliwe ze względów epidemicznych lub ze względu na warunki przebywania innych osób chorych w pomieszczeniu.

§ 90

1. Rodzice lub opiekunowie mogą pozostawać w szpitalu razem z małoletnim pacjentem.
2. Dzieci i rodzice mają prawo świadomie uczestniczyć we wszelkich decyzjach dotyczących opieki nad ich zdrowiem i uzyskiwać informacje w sposób odpowiedni dla ich wieku i możliwości pojmowania.
3. Dzieci przebywające w szpitalu mają prawo do traktowania ze zrozumieniem oraz poszanowania prawa do intymności.

§ 91

Osoby opiekujące się pacjentem i przebywające wspólnie z nim w szpitalu zobowiązane są do:

1. przestrzegania zasad bezpieczeństwa obowiązujących w oddziałach w stosunku do pacjenta, nad którym sprawują opiekę,
2. przestrzegania zasad higieny osobistej,
3. w określonych przypadkach np. choroba zakaźna pacjenta, przebywania wyłącznie w wyznaczonej sali,
4. stosowania się do zaleceń lekarskich i pielęgniarskich,
5. przestrzegania regulaminu organizacyjnego,
6. przechowywania żywności dla pacjenta, po uprzedniej konsultacji z lekarzem lub pielęgniarką,
7. przestrzegania zakazu palenia tytoniu i spożywania alkoholu,

8. przestrzegania ciszy nocnej w godz. 22.00 – 6.00.

§ 92

1. Osoba opiekująca się pacjentem musi być zdrowa.
2. W przypadku zachorowania podczas sprawowania opieki, osoba opiekująca się niezwłocznie musi opuścić oddział.

OBOWIĄZKI OSÓB ODWIEDZAJĄCYCH PACJENTÓW W SZPITALU

§ 93

1. Pacjent ma prawo do osobistego kontaktu z osobami z zewnątrz w wyznaczonych godzinach, a jeżeli nie zakłóca to funkcjonowania oddziału, bądź nie wpływa ujemnie na warunki przebywania pozostałych pacjentów, również w innych godzinach po uprzedniej zgodzie kierownika oddziału lub lekarza go zastępującego.
2. Prawo to może zostać ograniczone ze względów epidemiologicznych, lub ograniczone pozwoleniem lekarza prowadzącego lub dyżurnego ze względu na zły stan zdrowia pacjenta.
3. Pacjentów mogą odwiedzać jedynie osoby zdrowe.

§ 94

Osoba odwiedzająca chorego jest zobowiązana:

- 1) przestrzegać obowiązujących zasad regulujących porządek i funkcjonowanie oddziału szpitalnego,
- 2) włożyć obuwie ochronne oraz odzież ochronną jeżeli takie są zalecenia personelu medycznego oddziału,
- 3) w czasie pobytu w szpitalu zachowywać się kulturalnie,
- 4) podporządkować się poleceniom personelu medycznego.

§ 95

Osobom odwiedzającym zabrania się:

- 1) dostarczania pacjentowi alkoholu, tytoniu oraz innych artykułów zabronionych przez personel medyczny,
- 2) siadania na łózkach,
- 3) prowadzenia głośnych rozmów oraz poruszania tematów, które mogłyby zaszkodzić zdrowiu pacjenta,
- 4) wprowadzania zwierząt.

§ 96

Osoby odwiedzające pacjenta, które nie stosują się do postanowień niniejszego regulaminu albo do wskazówek personelu medycznego, mogą zostać wydalone z Oddziału przez upoważnionych pracowników szpitala oraz pozbawione możliwości odwiedzania pacjenta.

POSTĘPOWANIE W PRZYPADKU ZGONU PACJENTA W SZPITALU

§ 97

Postępowanie w przypadku zgonu pacjenta określa procedura LS-Pr-14 Postępowanie w przypadku zgonu pacjenta.

ZESPOŁY PROBLEMOWE

§ 98

W Szpitalu funkcjonują komisje, komitety i zespoły powoływane zarządzeniem Prezesa Zarządu m.in.:

1. Komitet i Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych
2. Komitet Terapeutyczny
3. Zespół ds. Leczenia Żywnościowego
4. Zespół ds. Dokumentacji Medycznej
5. Zespół ds. Profilaktyki i Leczenia Odleżyn
6. Zespół ds. Analizy Zdarzeń Niepożądanych
7. Zespół HACCP
8. Komisja ds. Analizy Zgonów
9. i inne zadaniowe doraźnie powoływane w razie potrzeby.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

SPRAWY SKARG I WNIOSKÓW

§ 99

Postępowanie dotyczące rozpatrywania skarg i wniosków pacjentów, opiekunów lub innych osób reprezentujących pacjenta została opisana w Regulaminie rozpatrywania skarg i wniosków, który stanowi załącznik nr 5 do niniejszego Regulaminu.

§ 100

Wysokość opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej ustalonej w sposób określony w art. 28 ust. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U.2009 nr 52 poz. 417 z późniejszymi zmianami) określa się następująco:

1. jedną stronę wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej - nie może przekraczać 0,002 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale, począwszy od pierwszego dnia następnego miesiąca po ogłoszeniu przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej "Monitor Polski" na podstawie art. 20 pkt 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych;
2. jedną stronę kopii dokumentacji medycznej - nie może przekraczać 0,00007 przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa w pkt 1;
3. sporządzenie wyciągu, odpisu lub kopii dokumentacji medycznej na elektronicznym nośniku danych, jeżeli podmiot wykonujący działalność leczniczą prowadzi dokumentację medyczną w postaci elektronicznej - nie może przekraczać 0,0004 przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa w pkt 1.

§ 101

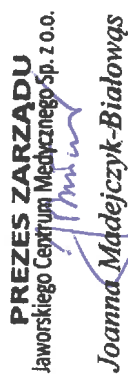
Opłaty, o której mowa w § 100, nie pobiera się w przypadku udostępnienia dokumentacji medycznej pacjentowi albo jego przedstawicielowi ustawowemu po raz pierwszy w żądanym zakresie.

§ 102

Niniejszy Regulamin wchodzi w życie z dniem ogłoszenia.

PREZES ZARZĄDU
Jaworskiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

Joanna Madejczyk-Białowas



* Wykaz komitetów, komisji i zespołów, poradni specjalistycznych oraz pracowni Działu diagnostycznego w załączniku do schematu organizacyjnego

***Wykaz komitetów i zespołów w strukturze organizacyjnej JCM Sp. z o.o.**

1. Komitet Terapeutyczny
2. Komitet Kontroli Zakażeń Szpitalnych
3. Zespół ds. Leczenia Żywnościowego
4. Zespół ds. Dokumentacji Medycznej
5. Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych
6. Zespół ds. Profilaktyki i Leczenia Odleżyn
7. Zespół HACCP
8. Zespół ds. Analizy Zdarzeń Niepożądanych
9. Zespół ds. Analizy Zgonów
10. I inne doraźne

***Wykaz poradni specjalistycznych w strukturze organizacyjnej JCM Sp. z o.o.:**

1. Poradnia Urologiczna
2. Poradnia Ortopedyczna
3. Poradnia Chirurgiczna
4. Poradnia Alergologiczna
5. Poradnia Dermatologiczna
6. Poradnia Diabetologiczna
7. Poradnia Gruzlicy i Chorób Płuc
8. Poradnia Neurologiczna
9. Poradnia Kardiologiczna
10. Poradnia Chirurgii Naczyniowej (poradnia komercyjna)
11. Poradnia Hematologii Dziecięcej (poradnia komercyjna)

***Wykaz pracowni Działu Diagnostyki:**

1. Pracownia TK
2. Pracownia RTG
3. Pracownia USG
4. Pracownia Endoskopii
5. Pracownia EEG
6. Pracownia EKG

Karta Praw Pacjenta (wyciąg)

Prawa pacjenta są zbiorem praw, zawartych między innymi w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, czy też ustawie o działalności leczniczej. Przestrzeganie praw pacjenta jest ustawowym obowiązkiem wszystkich uczestniczących w udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Od organów władzy publicznej poczynając, poprzez osoby wykonujące zawód medyczny, do wszystkich innych, którzy z racji wykonywanego zawodu mają kontakt z pacjentem.

Prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych

- » Pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością, odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej.
- » Pacjent ma prawo do korzystania z rzetelnej, opartej na kryteriach medycznych listy oczekujących – w sytuacji ograniczonej dostępności do świadczeń zdrowotnych.
- » Pacjent ma prawo żądać drugiej opinii.

W razie wątpliwości pacjent ma prawo żądać, by lekarz zasięgnął opinii innego lekarza lub zwołał konsylium lekarskie, a pielęgniarka (położna) zasięgnęła opinii innej pielęgniarki (położnej). Żądanie oraz ewentualną odmowę odnotowuje się w dokumentacji medycznej.

Prawo wyboru

Każdy pacjent korzystający ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ma prawo wyboru:

- » w ramach podstawowej opieki zdrowotnej – lekarza, pielęgniarki i położnej;
- » w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – lekarza! specjalisty spośród wszystkich lekarzy przyjmujących w poradniach specjalistycznych, które mają umowę z NFZ. Wybór placówki medycznej realizującej świadczenia w ramach kontraktu z NFZ jest dowolny;
- » w ramach leczenia stomatologicznego – lekarza dentysty spośród wszystkich lekarzy przyjmujących w poradniach, które mają umowę z NFZ;
- » w ramach leczenia szpitalnego – dowolnego szpitala, posiadającego umowę z NFZ, na terenie całej Polski.

Pacjent ma prawo do natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia.

Prawo do informacji

» Pacjent ma prawo do informacji o swoich prawach, dlatego każda placówka udzielająca świadczeń opieki zdrowotnej jest zobowiązana umieścić stosowną informację na temat praw pacjenta.

» Pacjent ma prawo do informacji o rodzaju i zakresie świadczeń udzielanych u danego świadczeniodawcy oraz o osobach udzielających tych świadczeń.

» Pacjent ma prawo do informacji zrozumiałej i przystępnej dla niego. Ma prawo prosić o wyjaśnienia tak długo, aż przekazana informacja będzie przez niego w pełni zrozumiała.

» Pacjent ma prawo do informacji o swoim stanie zdrowia, rozpoznaniu, metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. Ma także prawo zdecydować, komu i jakie informacje o tym mogą być przekazywane.

» Pacjent ma prawo do rezygnacji z otrzymywania informacji. Powinien jednak dokładnie wskazać, z których informacji rezygnuje, np. o swojej sytuacji zdrowotnej.

W przypadku utraty świadomości przez pacjenta obowiązują wcześniejsze ustalenia poczynione z pacjentem.

Pacjent do ukończenia 16. roku życia ma prawo do uzyskania od lekarza informacji w formie i w zakresie niezbędnym do prawidłowego udzielenia świadczenia.

Prawo do wyrażenia zgody

» Pacjent, także małoletni, który ukończył 16 lat, ma prawo do wyrażenia świadomej zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego.

Jeżeli pacjent:

- nie ukończył 18 lat,
- jest całkowicie ubezwłasnowolniony,
- niezdolny do świadomego wyrażenia zgody,

prawo do wyrażenia zgody ma przedstawiciel ustawowy, a w przypadku jego braku – opiekun faktyczny.

» Pacjent ma prawo odmówić lub zażądać zaprzestania udzielania świadczenia.

Pacjent:

- który ukończył 16 lat,
- ubezwłasnowolniony,

- 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.

Zgoda lub odmowa powinna zostać poprzedzona przedstawieniem pacjentowi wyczerpującej informacji na temat planowanego, bądź już udzielanego świadczenia.

W przypadku zabiegu operacyjnego albo zastosowania metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta, zgodę wyraża się w formie pisemnej.

Prawo pacjenta do tajemnicy informacji z nim związanych

» Pacjent ma prawo do poufności – zachowania w tajemnicy wszelkich informacji z nim związanych, a w szczególności o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu i rokowaniu, badaniach i ich wynikach. Bez zgody pacjenta (lub zgody osoby sprawującej opiekę prawną nad pacjentem) nie wolno informować nikogo o jego stanie zdrowia. Pacjent ma prawo wskazać, komu informacje objęte tajemnicą będą przekazywane.

Prawo to obowiązuje także po śmierci pacjenta.

Prawo do poszanowania intymności i godności pacjenta

» Pacjent ma prawo do poszanowania intymności i godności – osoba udzielająca świadczeń ma obowiązek postępować w sposób zapewniający poszanowanie tego prawa.

» Pacjent ma prawo do godnego umierania.

» Pacjent ma prawo do obecności bliskiej osoby przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

Ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjenta lub w przypadku prawdopodobieństwa wystąpienia zagrożenia epidemicznego osoba udzielająca świadczeń zdrowotnych może odmówić obecności osoby bliskiej pacjentowi. Odmowa musi zostać odnotowana w dokumentacji medycznej.

Obecność innych osób przy udzielaniu świadczenia, np. studentów medycyny, wymaga zgody pacjenta. Jeżeli pacjent jest małoletni, całkowicie ubezwłasnowolniony lub niezdolny do świadomego wyrażenia zgody, wymagana jest zgoda jego opiekuna oraz lekarza udzielającego świadczenia zdrowotnego.

Prawo pacjenta do dokumentacji medycznej

» Pacjent ma prawo do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych.

Prawo pacjenta do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie

» Pacjent przebywający w placówce leczniczej przeznaczonej dla osób wymagających całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych (np. w szpitalu) ma prawo do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie. Koszty przechowywania ponosi podmiot wykonujący działalność leczniczą, chyba że przepisy odrębne stanowią inaczej.

Prawo do zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza

» Pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy mogą wnieść sprzeciw wobec opinii albo orzeczenia lekarza, jeżeli mają one wpływ na prawa lub obowiązki pacjenta.

Sprzeciw wnosi się do Komisji Lekarskiej działającej przy Rzeczniku Praw Pacjenta, za pośrednictwem Rzecznika Praw Pacjenta, w terminie 30 dni od dnia wydania opinii albo orzeczenia przez lekarza orzekającego o stanie zdrowia pacjenta.

Prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego

» Pacjent przebywający w placówce leczniczej, przeznaczonej dla osób wymagających całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych (np. w szpitalu), ma prawo do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z innymi osobami, ale też ma prawo do odmowy takiego kontaktu.

» Pacjent ma prawo do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, która nie polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych (np. opieka sprawowana nad pacjentką w warunkach ciąży, porodu i połogu).

Jeżeli świadczeniodawca ponosi koszty realizacji powyższych praw, może obciążyć nimi pacjenta. Wysokość opłaty rekompensującej wspomniane koszty ustala kierownik placówki, a informację o jej wysokości oraz sposobie jej ustalenia udostępnia się w miejscu, gdzie udzielane są świadczenia.

Prawo do opieki duszpasterskiej

» Pacjent ma prawo do opieki duszpasterskiej.

» W sytuacji pogorszenia się stanu zdrowia lub zagrożenia życia pacjenta placówka, w której pacjent przebywa, jest obowiązana umożliwić pacjentowi kontakt z duchownym jego wyznania. Kierownik lub upoważniony przez niego lekarz może ograniczyć korzystanie z praw pacjenta w przypadku wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów, a w przypadku niektórych praw także ze względu na możliwości organizacyjne.

Skargi pacjentów

W centrali i oddziałach wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia funkcjonują komórki do spraw skarg i wniosków w których pacjent może złożyć skargę związaną z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej w ramach ubezpieczenia w NFZ.

Skargi mogą być składane ustnie lub pisemnie. Pacjent ma prawo żądać pisemnego potwierdzenia przyjęcia skargi.

Uwaga! Skarga pisemna, która nie zawiera imienia i nazwiska oraz adresu osoby, która ją wniosła, nie zostanie rozpatrzona.

Pacjent, którego prawo do ochrony zdrowia nie jest realizowane w sposób dla niego zadowalający, może także złożyć skargę do:

- » Biura Rzecznika Praw Pacjenta,
- » Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Izby Lekarskiej,
- » Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych,
- » Biura Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych.

Nie rozpatruje się jako skarg pism dotyczących spraw, które zostały rozstrzygnięte prawomocnym wyrokiem sądu lub ostateczną decyzją administracyjną.

Przestrzeganie i poszanowanie praw pacjenta jest jednym z podstawowych obowiązków świadczeniodawcy.

Odstąpienie od leczenia

W szczególnie uzasadnionych wypadkach lekarz może nie podjąć lub odstąpić od leczenia pacjenta.

Zwłoka w udzieleniu pomocy nie może jednak spowodować niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia pacjenta.

Jeżeli jednak lekarz podejmie taką decyzję, ma obowiązek:

- » uprzedzić o tym fakcie pacjenta (jego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego) z odpowiednim wyprzedzeniem;
- » wskazać pacjentowi lekarza lub placówkę, w której pacjent ma realne możliwości uzyskania świadczenia;
- » uzasadnić i odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej

PREZES ZARZĄDU
Jaworskiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.
Joanna Madejczyk-Białowąs

KODEKS ETYKI PRACOWNIKÓW JAWORSKIEGO CENTRUM MEDYCZNEGO SP. Z O.O.

Mając na względzie podstawowe kryteria wykonywania zadań powierzonych pracownikom Jaworskiego Centrum Medycznego Sp. z o.o. oraz dostrzegając konieczność pełnej ich realizacji w praktyce, ustanawia się

Kodeks Etyki Pracowników Jaworskiego Centrum Medycznego Sp. z o.o..

Kodeks ten stanowi zbiór wartości i zasad, którymi powinni kierować się pracownicy Jaworskiego Centrum Medycznego Sp. z o.o. podczas wykonywania zadań służbowych w miejscu pracy i poza nim.

Celem Kodeksu jest sprecyzowanie wartości i standardów zachowania pracowników, związanych z pełnieniem przez nich obowiązków oraz informowanie pacjentów / klientów o standardach zachowań, jakich mają prawo oczekiwać od pracowników Jaworskiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

Artykuł 1

Terminologia

1. Ilekroć w niniejszym Kodeksie Etyki jest mowa o:
 - a) JCM – należy przez to rozumieć Jaworskie Centrum Medyczne Sp. z o.o.,
 - b) Kodeksie – należy przez to rozumieć Kodeks Etyki Pracowników JCM,
 - c) Pracowniku – należy przez to rozumieć pracownika JCM, bez względu na formę zatrudnienia.

Zasady ogólne

1. Normy zachowań i postępowania w pracy odnoszą się do wszystkich pracowników JCM, bez względu na formę zatrudnienia.

Artykuł 2

Zasady postępowania

1. Pracownik w wykonywaniu zadań i obowiązków jest neutralny politycznie.
2. Pracownik zobowiązuje się do powstrzymywania się od wszelkich czynności faktycznych i prawnych naruszających interes JCM.
3. Pracownik dokłada wszelkich starań, aby jego postępowanie było jawne, zrozumiałe i wolne od podejrzeń o jakąkolwiek formę korupcji, nepotyzm czy stronnictwo.
4. Pracownik wykonuje pracę mając zawsze na względzie dobro pacjenta/klienta JCM.
5. Pracownik jest wzorem praworządności i swoją postawą pogłębia zaufanie pacjentów/klientów do JCM.
6. Pracownik służbę publiczną wykonuje zgodnie z obowiązującym prawem z poszanowaniem godności pacjenta / klienta i poczuciem godności własnej, stosując zasadę partnerstwa.
7. Pracownik swoim postępowaniem daje świadectwo o JCM oraz współtworzy jego wizerunek.
8. Pracownik dba o podnoszenie swoich kwalifikacji zawodowych, poziomu wiedzy i umiejętności. Właściwe przygotowanie do pracy osiąga w szczególności poprzez:
 - a) dążenie do pełnej znajomości aktów prawnych zewnętrznych i wewnętrznych,
 - b) poszerzanie wiedzy zawodowej, potrzebnej do jak najlepszego wykonywania pracy na zajmowanym stanowisku,

- c) współpracę oraz korzystanie z doświadczenia i wiedzy innych,
 - d) przestrzeganie zasad poprawnego zachowania oraz zapobiegania sytuacjom konfliktowym
 - e) wygląd zewnętrzny i zachowanie stosowne do powagi miejsca pracy.
9. Pracownik swoim postępowaniem daje dobre świadectwo o JCM oraz współtworzy jego wizerunek.
10. Pracownik wykonuje powierzone mu obowiązki rzetelnie i bezstronnie, wykorzystując w sposób optymalny posiadaną wiedzę i umiejętności.
11. Rzetelność i bezstronność pracownik osiąga w szczególności poprzez:
- a) sumienną pracę, dążąc do osiągania najlepszych jej rezultatów, poprzez wnikliwe oraz rozważne wykonywanie powierzonych mu zadań,
 - b) rozpatrywanie spraw zgodnie z prawem i bez zbędnej zwłoki,
 - c) traktowanie pacjentów/klientów w sposób równy w tych samych sprawach,
 - d) twórcze i aktywne realizowanie powierzonych mu zadań,
 - e) wyeliminowanie emocji podczas realizacji powierzonych mu zadań,
 - f) przyjęcie krytyki, uznanie popełnionych błędów i ich naprawę,
 - g) racjonalne, oszczędne i efektywne gospodarowanie powierzonym mieniem JCM,
 - h) zgłaszanie wątpliwości dotyczących celowości lub legalności decyzji podejmowanych w JCM bezpośredniemu przełożonemu, a przypadku braku reakcji – Prezes JCM.

Artykuł 3

Relacje pracownik JCM – pacjent/klient JCM

Pracownik JCM:

1. Zapewnia pacjentom/klientom równy dostęp do świadczonych usług przez JCM – niedopuszczalna jest dyskryminacja ze względu na rasę, religię, narodowość etc.
2. Okazuje pacjentowi/klientowi życzliwość, wyrozumiałość, cierpliwość, stwarzając atmosferę wzajemnego zaufania i zrozumienia.
3. Zapewnia wszystkim pacjentom/klientom troskliwą opiekę zgodnie z obowiązującymi standardami.
4. Udziela pacjentowi rzetelnej i zrozumiałej informacji dostosowanej do wiedzy, wieku i stanu zdrowia.
5. Zachowuje w tajemnicy informacje uzyskane od pacjenta/klienta w toku wykonywania czynności służbowych z wyłączeniem instytucji i osób upoważnionych.

Relacje przełożony – pracownik JCM

Przełożony:

1. Stosuje zasadę obiektywnej, rzetelnej oceny pracy podległych pracowników.
2. Buduje relacje na wzajemnym zaufaniu i szacunku.
3. Ponosi odpowiedzialność za podjęte decyzje.

Pracownik:

1. Ścisłe współdziała z przełożonym w zakresie realizacji wykonywanych zadań.
2. Przekazuje przełożonemu swoje propozycje w zakresie poprawy działalności komórek organizacyjnych JCM.
3. Udziela przełożonemu wsparcia, szczególnie w sytuacjach zagrożenia prawidłowej realizacji zadań.

Relacje pracownik JCM – pracownik JCM

1. Pracownicy okazują sobie życzliwość, wyrozumiałość, cierpliwość, stwarzając atmosferę wzajemnego zaufania i zrozumienia.
2. Pracownik posiadający większe doświadczenie zawodowe przekazuje młodszym koleżankom i kolegom swoją wiedzę i umiejętności oraz wzorce kultury i poszanowania człowieka.

3. Pracownicze konflikty w sposób merytoryczny i kulturalny rozstrzyga ich przełożony.

Artykuł 4

Postanowienia końcowe

1. Kodeks jest dokumentem wiążącym wszystkich pracowników JCM.
2. Pracownicy przestrzegają przepisów Kodeksu i kierują się jego zasadami.
3. Kodeks Etyki podaje się do wiadomości pracowników JCM poprzez przekazanie jego treści do wszystkich komórek organizacyjnych poprzez umieszczenie w intranecie. Kierownicy komórek organizacyjnych/ordynatorzy zobowiązani są do zapoznania podległych im pracowników z treścią Kodeksu.
4. Specjalista ds. Kadr i Płac zapoznaje nowo zatrudnionych pracowników z treścią Kodeksu. Oświadczenia o zapoznaniu się z Kodeksem umieszczane są w aktach osobowych pracowników JCM.
5. Postanowienia niniejszego Kodeksu nie kolidują z obowiązującymi kodeksami etyki zawodowej.

PREZES ZARZĄDU
Jaworskiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

Joanna Madejczyk-Białowś

Wewnętrzna Polityka Antymobbingowa

Rozdział I Postanowienia ogólne

§ 1

Wewnętrzna Polityka Antymobbingowa, zwana dalej WPA, ustala zasady przeciwdziałania zjawisku mobbingu w Jaworskim Centrum Medycznym Sp. z o.o. zwanego dalej pracodawcą.

§ 2

1. Każdy pracownik podlega zaznajomieniu z treścią WPA.
2. Oświadczenie o zapoznaniu się z treścią WPA opatrzone podpisem pracownika i datą jego złożenia dołącza się do jego akt osobowych, do części B.

§ 3

Ilekoć w WPA jest mowa o:

1. **Komisji Antymobbingowej** – należy przez to rozumieć organ kolegialny powoływany przez pracodawcę do rozpatrywania skarg pracowników o mobbing,
2. **Mobbingu** – należy przez to rozumieć działania lub zachowania dotyczące pracownika lub skierowane przeciwko pracownikowi, polegające na uporczywym i długotrwałym nękanii lub zastraszaniu pracownika, wywołujące u niego zaniżoną ocenę przydatności zawodowej, powodujące lub mające na celu poniżenie lub ośmieszenie pracownika, izolowanie go lub wyeliminowanie z zespołu współpracowników,
3. **Pracodawcy** – należy przez to rozumieć Jaworskie Centrum Medyczne Sp. z o.o.
4. **Pracownika** – należy przez to rozumieć osobę pozostającą z pracodawcą w stosunku pracy.

Rozdział II Przeciwdziałanie mobbingowi

§ 4

Jakiegokolwiek działania lub zachowania będące mobbingiem nie będą w żaden sposób tolerowane przez pracodawcę.

§ 5

1. Każdy z pracowników, który uzna, że został poddany mobbingowi, może wystąpić z pisemną skargą do pracodawcy.
2. Skarga powinna zawierać przedstawienie stanu faktycznego, dowody na poparcie przytoczonych okoliczności i wskazanie sprawcy bądź sprawców mobbingu.
3. Poszkodowany powinien własnoręcznie podpisać skargę i opatrzyć ją datą dzienną.

§ 6

1. Pracodawca każdorazowo, w ciągu trzech dni roboczych od dnia złożenia skargi, powołuje Komisję Antymobbingową, zwaną dalej Komisją, która ma za zadanie wyjaśnić czy skarga jest zasadna.
2. Komisja składa się z trzech członków.
3. W skład Komisji wchodzi: przedstawiciel pracodawcy, przedstawiciel pracowników i wskazany przez skarżącego pracownik JCM.
4. Członkowie Komisji wybierają spośród siebie przewodniczącego.

5. Po wysłuchaniu wyjaśnień poszkodowanego pracownika i domniemanego sprawcy (sprawców) mobbingu oraz przeprowadzeniu postępowania dowodowego Komisja podejmuje decyzję co do zasadności rozpatrywanej skargi. Decyzja zapada zwykłą większością głosów.
6. Z posiedzenia Komisji sporządzany jest protokół, który podpisują wszyscy członkowie Komisji i strony postępowania.
7. Postępowanie przed Komisją ma charakter poufny.
8. W sprawach nieuregulowanych w WPA do postępowania przed Komisją stosuje się odpowiednio przepisy Kodeksu postępowania cywilnego.

§ 7

1. W razie uznania skargi za zasadną, wobec sprawcy lub sprawców mobbingu pracodawca może zastosować: karę porządkową, upomnienia lub nagany oraz zmienić stosunek pracy w sposób przewidziany w Kodeksie pracy.
2. Sprawca lub sprawcy mobbingu mogą być dodatkowo pozbawieni uprawnień wynikających z przepisów prawa pracy, które są uzależnione od nienaruszenia obowiązków pracowniczych.
3. W rażących przypadkach mobbingu pracodawca może rozwiązać ze sprawcą lub sprawcami stosunek pracy bez wypowiedzenia.
4. W miarę możliwości pracodawca może przenieść poszkodowanego pracownika, na jego wniosek lub za jego zgodą, na inne stanowisko pracy.

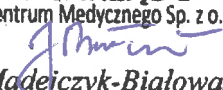
Rozdział III **Postanowienia końcowe**

§ 8

1. Pracodawca przeprowadza coroczne szkolenia pracowników w zakresie stosowania regulacji WPA.
2. Ze szkolenia pracowników sporządza się protokół.

§ 9

Wewnętrzna Polityka Antymobbingowa wchodzi w życie po upływie 2 tygodni od dnia podania jej do wiadomości pracowników.

PREZES ZARZĄDU
Jaworskiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

Joanna Madejczyk-Białowąs

**REGULAMIN ROZPATRYWANIA SKARG I WNIOSKÓW W JAWORSKIM CENTRUM MEDYCZNYM SP. Z O.O.
(dalej: JCM)**

§ 1

Regulamin rozpatrywania skarg i wniosków w JCM, zwany dalej „Regulaminem” określa organizację przyjmowania i rozpatrywania skarg i wniosków składanych do JCM.

§ 2

1. Przedmiotem skargi może być w szczególności:
 - a) naruszenie praw świadczeniobiorców w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych w JCM, a także przewlekłe lub biurokratyczne załatwianie spraw przez pracowników JCM,
 - b) zaniedbanie lub nienależyte wykonywanie zadań przez pracowników JCM.
2. Przedmiotem wniosku mogą być sprawy poprawy jakości udzielania świadczeń zdrowotnych, ulepszenia organizacji, wzmocnienia praworządności, usprawnienia pracy i zapobiegania nadużyciom, a także sprawy związane z efektywniejszym wykonywaniem zadań przez komórki organizacyjne JCM lub poszczególnych pracowników.

§ 3

Nie kwalifikuje się jako skarg pism, z których treści wynika, że sprawa będąca przedmiotem skargi została rozstrzygnięta prawomocnym wyrokiem sądu lub ostateczną decyzją administracyjną.

§ 4

1. Wnoszącego pisemnie skargę lub wniosek należy zawiadomić pisemnie o sposobie załatwienia skargi lub wniosku.
2. Zawiadomienie o sposobie załatwienia skargi powinno zawierać w szczególności:
 - a) oznaczenie komórki udzielającej odpowiedzi na skargę,
 - b) wskazanie, w jaki sposób skarga została załatwiona,
 - c) podpis osoby uprawnionej (osoby uprawnione do podpisywania odpowiedzi na skargi i wnioski wyszczególnione są w ust.4)
3. Zawiadomienie o negatywnym załatwieniu skargi powinno zawierać ponadto uzasadnienie faktyczne i jeśli to możliwe, także prawne.
4. Odpowiedź na skargę lub wniosek podpisuje Prezes JCM

§ 5

Interesanci przyjmowani są w sprawie skarg i wniosków przez:

1. Prezes JCM – po uprzednim uzgodnieniu terminu spotkania w Sekretariacie JCM pod numerem telefonu 76 870-30-11
2. Kierownika komórki organizacyjnej JCM – w miarę możliwości w godzinach pracy JCM lub po uprzednim telefonicznym uzgodnieniu terminu spotkania.

§ 6

1. W razie zgłoszenia skargi lub wniosku ustnie, przyjmujący zgłoszenie sporządza protokół, który podpisuje wnoszący skargę lub wniosek oraz przyjmujący zgłoszenie.
2. W protokole umieszcza się datę przyjęcia skargi lub wniosku, imię i nazwisko, adres osoby zgłaszającej oraz zwięzły opis treści sprawy. Wzór protokołu stanowi załącznik do regulaminu.
3. Przyjmujący skargę lub wniosek jest obowiązany potwierdzić złożenie skargi lub wniosku, jeżeli tego żąda wnoszący.
4. W przypadku skarg lub wniosków wnoszonych ustnie, obowiązuje tryb postępowania określony dla rozpatrywania skarg lub wniosków wnoszonych pisemnie.
5. W przypadku skarg lub wniosków wnoszonych telefonicznie sprawę rozstrzyga się w sposób natychmiastowy lub sporządza notatkę służbową w trybie określonym w ust. 1-4.

§ 7

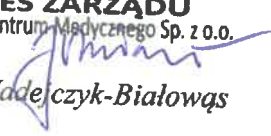
1. Zgłoszone skargi i wnioski powinny być rozpatrywane bez zbędnej zwłoki, nie później jednak, niż w ciągu miesiąca od dnia złożenia lub wpłynięcia wniosku lub skargi. Rozpatrzenie skargi lub wniosku powinno być poprzedzone analizą wszystkich okoliczności sprawy.
2. W przypadku nie rozstrzygnięcia skargi lub wniosku w terminie, o którym mowa w ust. 1 należy poinformować skarżącego lub wnioskodawcę o podjętych czynnościach zmierzających do rozpatrzenia skargi lub wniosku.
3. Rzecznik Praw Obywatelskich, posłowie na Sejm, senatorowie i radni, którzy wnieśli skargę lub wniosek we własnym imieniu albo przekazali skargę lub wniosek innej osoby, powinni być zawiadomieni o sposobie rozpatrzenia skargi lub wniosku, a jeżeli rozpatrzenie skargi wymaga zebrania dowodów, informacji lub wyjaśnień – także o zakresie jej rozpatrzenia – najpóźniej w terminie czternastu dni od dnia jej wniesienia albo przekazania.

§ 8

1. Rejestr Skarg i Wniosków dotyczący spraw pacjentów prowadzi Sekretariat JCM.
2. Sekretariat Prezesa JCM prowadzi również Rejestr Skarg i Wniosków pozostałych.
3. Komórka organizacyjna JCM (poza Prezesem JCM), do której wpłynęła skarga, winna jest ją przekazać do Sekretariatu Prezesa JCM

§ 9

1. Skargi i wnioski mogą być wnoszone w dowolnej formie, a w szczególności pisemnie oraz ustnie do protokołu.
2. Pisemna skarga lub wniosek mogą być wniesione poprzez wpis w księdze skarg i zażaleń konkretnej komórki organizacyjnej, drogą pocztową odrębnym pismem lub poprzez osobiste doręczenie pisma przez osobę zainteresowaną.
3. Skargi i wnioski nie zawierające imienia i nazwiska (nazwy) oraz adresu wnoszącego pozostawia się bez rozpoznania.
4. Jeżeli z treści skargi lub wniosku nie można należycie ustalić ich przedmiotu, wzywa się wnoszącego skargę lub wniosek do złożenia, w terminie siedmiu dni od dnia otrzymania wezwania, wyjaśnienia lub uzupełnienia, z pouczeniem, że nie usunięcie tych braków spowoduje pozostawienie skargi lub wniosku bez rozpoznania.
5. Wnoszący skargę lub wniosek może zastrzec nie ujawnianie swojego nazwiska i adresu.
6. Skarga lub wniosek mogą być składane w imieniu własnym skarżącego lub innej osoby za jej pisemną zgodą.

PREZES ZARZĄDU
Jaworskiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

Joanna Madejczyk-Białowąs