

- a) Opracowanie dokumentacji systemowej:
 - Księgi Jakości,
 - Polityki Jakości ZSZ,
 - Procedur i zapisów niezbędnych do zapewnienia skutecznego planowania, przebiegu i monitorowania zapisów z obszaru medycznego, diagnostycznego, technicznego, informatycznego
- b) Nadzór nad dokumentacją operacyjną ZSZ i jej weryfikacja pod względem merytorycznym, zgodności z prawem i zgodności z Regulaminem Organizacyjnym Szpitala.

22 Monitorowanie zintegrowanych systemów w szpitalu:

- a) Określenie wskaźników jakości we współpracy z koordynatorami monitorowanych procesów.
- b) Monitorowanie wskaźników jakości i opracowywanie analiz wraz z wnioskami w oparciu o wskaźniki jakościowe.
- c) Planowanie i realizacja auditów wewnętrznych.
- d) Monitorowanie niezgodności i zdarzeń niepożądanych i koordynowanie działań zapobiegawczych i korygujących.
- e) Analiza wyników monitorowania i przedstawianie wniosków Zarządowi i kadrze kierowniczej.
- f) Przygotowywanie projektów poprawy jakości działalności Szpitala w oparciu o wymagania norm ISO oraz standardy akredytacyjne CMJ.
- g) Aktualizacja dokumentacji ZSZ w Intranecie Szpitalnym.
- h) Prowadzenie corocznego badania satysfakcji pacjenta nad jakością świadczonych usług medycznych (ankiety satysfakcji pacjenta w obszarze stacjonarnym, diagnostycznym, ambulatoryjnym).
- i) Opracowywanie analizy i wniosków do doskonalenia w oparciu o wyniki ankiet.

3. Nadzorowanie systemu komunikacji z Zarządem, kadrą kierowniczą i pozostałym personelem w procesie doskonalenia systemu:

- a) Inicjowanie, koordynowanie, kontrolowanie i wspieranie przedsięwzięć związanych z podnoszeniem jakości świadczonych usług medycznych.
- b) Wnioskowanie i wdrażanie rozwiązań organizacyjnych i merytorycznych, dotyczących doskonalenia jakości usług medycznych w KO Szpitala.
- c) Współpraca z Zespołami zadaniowymi:
 - ✓ sporządzanie protokołów z zebrań,
 - ✓ dystrybucja zaleceń ustalonych w oparciu o wyniki monitorowania procesów realizowanych w Szpitalu,
 - ✓ opracowywanie analiz statystycznych dotyczących m. in. rehospitalizacji, reoperacji, odmów, konsultacji, przyczyn niewykonania zabiegów.
- d) Przygotowanie i prowadzenie spotkań szkoleniowych z kadrą kierowniczą.
- e) Współpraca z Działem Informatyki w tworzeniu programów informatycznych do raportowania danych statystycznych w obszarze kryteriów jakości usługi.
- f) Współpraca z audytorem wewnętrznym w obszarze kontroli zarządczej.
- g) Wdrożenie modelu zarządzania ryzykiem opartego o systemy jakościowe i systemy kontroli zarządczej.

3.1 Nadzorowanie systemu jakości w szpitalu w oparciu o:

- a) Rankingi ogólnopolskie (benchmarking) - opracowywanie danych,
- b) Programy np. NPOA, Szpital bez Bólu, Bezpieczna Chirurgia – OKK, Szpital Przyjazny Kombatantom, Szpital Przyjazny Dziecku - opracowywanie danych.

3.2 Przygotowanie szpitala do zewnętrznej oceny poziomu spełnienia wymagań ZSZ w oparciu o Standardy Akredytacyjne, Międzynarodowe Normy Jakości ISO i inne.

- a) Reprezentowanie Szpitala w audytach zewnętrznych prowadzonych przez firmy certyfikujące i jednostki kontrolujące (firmy ubezpieczeniowe),
- b) Sporządzenie wniosków z zaleceń pokontrolnych z audytów zewnętrznych.

4. Zadania w obszarze nadzoru nad żywieniem pacjentów:

Zakres czynności Dietetyka w poszczególnych obszarach działalności:

4.1 Oddziały szpitalne

- a) opracowywanie ogólnych i indywidualnych pisemnych zaleceń żywieniowych w danej jednostce chorobowej dla pacjenta i personelu medycznego,
- b) edukacja pacjentów (indywidualna lub grupowa) z zasad prawidłowego postępowania dietetycznego w danej jednostce chorobowej,
- c) współpraca z personelem medycznym oddziałów w zakresie ustalania diety dla indywidualnego pacjenta,
- d) okresowe monitorowanie prawidłowości realizacji obowiązujących w Szpitalu procedur w zakresie żywienia i opieki dietetycznej nad Pacjentem wraz ze sporządzaniem raportów z obserwacji wraz z wnioskami i propozycjami działań naprawczych,
- e) wypracowywanie rozwiązań dotyczących jakości żywienia Pacjentów, zgodnych z sugestiami wpływającymi z oddziałów szpitalnych, przy udziale pracowników Działu Żywienia,
- f) opracowywanie i aktualizowanie procedur dotyczących żywienia pacjentów,
- g) przeprowadzanie auditów wewnętrznych dotyczących jakości żywienia, edukacji żywieniowej w oddziałach i opieki dietetycznej nad pacjentem,
- h) współpraca z DRPM w celu pozyskiwania środków zewnętrznych na projekty naukowe i badawcze, programy społeczne, badania przesiewowe itp. z zakresu dietetyki i promocji zdrowia.

4.2. Kuchnia Szpitala

- a) współpraca z Kuchnią Szpitala w celu bieżącej aktualizacji obowiązującego w Szpitalu systemu dietetycznego do krajowych rekomendacji,
- b) okresowe monitorowanie prawidłowości realizacji obowiązujących w Szpitalu procedur w zakresie procesu produkcyjnego posiłków oraz systemu ich dystrybucji na oddziały szpitalne wraz ze sporządzaniem raportów z obserwacji wraz z wnioskami i propozycjami działań naprawczych,
- c) okresowe szkolenia Personelu Kuchni Szpitalnej (we współpracy z Dietetykiem Kuchni Szpitala oraz Działem Jakości) dotyczące wytycznych wynikających z obowiązujących w Szpitalu procedur, systemu GHP/GMP oraz HACCP,
- d) koordynowanie działaniami wdrożeniowymi dot. normy ISO 22000 – bezpieczeństwa żywności i koordynowanie monitorowaniem przestrzegania wymagań normy.

5. Zadania w obszarze nadzoru nad przekazem informacji dla osób przychodzących do szpitala.

Punkt Informacyjny znajduje się na parterze w głównym holu budynku przychodni obok rejestracji.

W Punkcie Informacyjnym osoby przychodzące do Szpitala uzyskują informacje nt.:

- a) topografii szpitala i dokładnej lokalizacji poszczególnych komórek,
- b) działalności szpitala tj. jakie usługi są świadczone na terenie szpitala, jakie posiadamy oddziały szpitalne, jakie poradnie specjalistyczne oraz jaką oferujemy diagnostykę,
- c) zasad obowiązujących przy przyjęciu do oddziału szpitalnego,
- d) zasad obowiązujących i trybu korzystania z porad specjalistów,
- e) ogólnych zasad korzystania ze świadczeń finansowanych ze środków publicznych,
- f) praw pacjenta,
- g) zasad składania ewentualnych skarg,

W Punkcie Informacyjnym jest możliwość wykonania odpłatnie ksero (wg cennika).

6. Zadania w obszarze kontroli zarządczej:

Opracowywanie zasad funkcjonowania systemu kontroli zarządczej oraz ich wdrażanie;

a) zapewnienie jednolitych standardów w zakresie identyfikacji, analizy i oceny ryzyka;
b) weryfikacja danych na temat ryzyk i mechanizmów kontroli przekazywanych przez Właścicieli Ryzyk;

c) tworzenie i aktualizacja metodyki oceny ryzyka i mechanizmów kontroli;

d) opracowywanie i bieżące prowadzenie dokumentacji kontroli zarządczej;

e) dokonywanie przeglądu ZSZJ w poszczególnych obszarach działalności pod kątem realizacji celów kontroli zarządczej;

f) udział w opracowywaniu celów i zadań dla Szpitala oraz gromadzenie sprawozdań z ich realizacji w oparciu o procedurę PO-01 Cele operacyjne;

g) udział w aktualizacji Polityki Jakości;

h) udział w opracowywaniu Planu Strategicznego Szpitala;

i) udział w opracowywaniu planów: zatrudnienia, rzeczowo-finansowego, przetargów, inwestycyjnego, remontów, szkoleń zewnętrznych;

j) opracowanie wniosków z analizy Oceny Okresowej Pracownika;

k) aktualizacja regulaminów Szpitala;

l) identyfikacja i analiza ryzyka w poszczególnych obszarach działania tj. określenie prawdopodobieństwa wystąpienia ryzyka i możliwych jego skutków, a także określenie rodzaju reakcji na ryzyko i poziomu akceptowalnego;

m) dokonywanie okresowych (raz na kwartał) analiz i ocen funkcjonowania systemu kontroli zarządczej;

n) gromadzenie oświadczeń o stanie kontroli zarządczej;

o) przeprowadzanie corocznej samooceny kontroli zarządczej;

p) przedstawianie propozycji usprawnień w określonych obszarach działalności Szpitala, w tym informacji o konieczności zaktualizowania bądź udoskonalenia procedur, a także potrzebie wprowadzenia innych mechanizmów kontroli;

q) bieżące monitorowanie systemu kontroli zarządczej oraz sporządzanie pisemnych informacji z podejmowanych działań, a także opracowywanie raportów i ocen dotyczących skuteczności i efektywności poszczególnych elementów systemu;

r) wspieranie Zarządu w zakresie realizacji kontroli zarządczej oraz gromadzenie niezbędnych danych do oceny tego systemu;

s) udział w regularnych kwartalnych spotkaniach roboczych Zespołu.

Za zarządzanie, organizację pracy KO oraz nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów odpowiedzialny jest Kierownik Działu Jakości.

Dział wykonuje inne zadania zlecone przez Zarząd Spółki.

§ 124.

PEŁNOMOCNIK DS. ZINTEGROWANEGO SYSTEMU ZARZĄDZANIA podlega bezpośrednio Zarządowi, a w zakresie bieżącej realizacji zadań współpracuje z Dyrektorem ds. Lecznictwa.

Zadania Pełnomocnika ds. Zintegrowanego Systemu Zarządzania obejmują:

1. nadzór nad:

- a) pracami na etapie wdrażania wymagań norm ISO przez poszczególnych koordynatorów norm ISO Zintegrowanego Systemu Zarządzania tj.:
 - a. PN-EN-ISO 9000:2005 „Systemy Zarządzania Jakością. Podstawy i terminologia.”,
 - b. EN-ISO 9001:2008 „Systemy Zarządzania Jakością. Wymagania.”,
 - c. PN-EN ISO 14001:2005P System zarządzania środowiskowego,
 - d. PN-ISO/IEC 27001:2013 System zarządzania bezpieczeństwem informacji,
 - e. PN-N-18001:2004P System zarządzania bezpieczeństwem i higieną pracy,
 - f. PN-EN ISO 22000:2006P System zarządzania bezpieczeństwem żywności,
 - b. oraz Standardów akredytacyjnych Centrum Monitorowania Jakości w Krakowie.
- b) utrzymanie i doskonalenie Zintegrowanego Systemu Zarządzania,
- c) przedstawianie Zarządowi sprawozdań dotyczących funkcjonowania ZSZ.

2. zarządzanie jakością w zakresie:

- a) kreowania i realizacji Polityki Jakości, monitorowania procedur systemowych i pozostałej dokumentacji ZSZ,
- b) definiowania celów i zadań dot. jakości poprzez:
 - a. planowanie i inicjowanie prac na rzecz doskonalenia ZSZ,
 - b. koordynowanie współpracy z KO w sprawach dotyczących zarządzania jakością,
 - c. monitorowanie jakości usług poprzez badania satysfakcji pacjentów, pracowników, kontrahentów,
 - d. nadzór nad skutecznością funkcjonowania procesów ZSZ oraz ich doskonalenie poprzez: opracowywanie i aktualizację dokumentacji systemu, planowanie i sterowanie audytami wewnętrznymi, monitorowanie i analizę wskaźników jakości, planowanie i weryfikowanie skuteczności działań korygujących i zapobiegawczych i innych doskonalących system.

Za zarządzanie, organizację pracy KO oraz nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów odpowiedzialny jest Pełnomocnik ds. Zintegrowanego Systemu Zarządzania. Podlega bezpośrednio Zarządowi.

Pełnomocnik wykonuje inne zadania zlecone przez Zarząd Spółki.

§ 125.

Do zadań **SŁUŻBY BHP** należy:

- a) Przeprowadzanie kontroli warunków pracy oraz przestrzegania przepisów i zasad bezpieczeństwa i higieny pracy.
- b) Bieżące informowanie pracodawcy o stwierdzonych zagrożeniach zawodowych, wraz z wnioskami zmierzającymi do usunięcia tych zagrożeń.
- c) Sporządzanie i przedstawianie pracodawcy, co najmniej raz w roku, okresowych

analiz stanu bezpieczeństwa i higieny pracy.

- d) Przedstawianie pracodawcy wniosków dotyczących zachowania wymagań ergonomii na stanowiskach pracy.
- e) Opiniowanie szczegółowych instrukcji dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy na poszczególnych stanowiskach pracy.
- f) Udział w ustalaniu okoliczności i przyczyn wypadków przy pracy oraz w opracowywaniu wniosków wynikających z badania przyczyn i okoliczności tych wypadków oraz zachorowań na choroby zawodowe, a także kontrola realizacji tych wniosków.
- g) Prowadzenie rejestrów, kompletowanie i przechowywanie dokumentów dotyczących wypadków przy pracy, stwierdzonych chorób zawodowych i podejrzeń o takie choroby, a także przechowywanie wyników badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy.
- h) Doradztwo w zakresie stosowania przepisów oraz zasad bezpieczeństwa i higieny pracy.
- i) Udział w dokonywaniu oceny ryzyka zawodowego, które wiąże się z wykonywaną pracą.
- j) Doradztwo w zakresie organizacji i metod pracy na stanowiskach pracy, na których występują czynniki niebezpieczne dla zdrowia lub warunki uciążliwe oraz doboru najwłaściwszych środków ochrony zbiorowej i indywidualnej.
- k) Współpraca z właściwymi komórkami organizacyjnymi lub osobami, w szczególności w zakresie organizowania i zapewnienia odpowiedniego poziomu szkoleń w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy oraz zapewnienia właściwej adaptacji zawodowej nowo zatrudnionych pracowników.
- l) Współpraca z laboratoriami i innymi jednostkami zajmującymi się pomiarami stanu środowiska naturalnego.
- m) Współdziałanie z lekarzem sprawującym profilaktyczną opiekę zdrowotną nad pracownikami.
- n) Współdziałanie ze społeczną inspekcją pracy oraz z zakładowymi organizacjami związkowymi.
- o) Uczestniczenie w konsultacjach w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy.
- p) Współudział w realizacji nakazów zaleceń pokontrolnych, planu poprawy warunków bhp. Oraz kontrola i rekontrola ich realizacji.

Za zarządzanie, organizację pracy KO oraz nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów odpowiedzialni są pracownicy Służby BHP. Podlegają bezpośrednio Zarządowi.

Służba wykonuje inne zadania zlecone przez Zarząd Spółki.

§ 126.

Do zadań **KONTROLERA WEWNĘTRZNEGO** należy:

- a) niezależne badanie systemów zarządzania i kontroli w Spółce,
- b) ustalanie stanu faktycznego w zakresie funkcjonowania Spółki,
- c) ocena zgodności prowadzonej działalności z przepisami prawa oraz procedurami wewnętrznymi.
- d) ocena zabezpieczenia mienia,
- e) ocena efektywności i gospodarności wykorzystania zasobów Spółki,
- f) określenie oraz analiza przyczyn i skutków uchybień,

- g) przedstawienie zaleceń w sprawie usunięcia uchybień lub wprowadzenie usprawnień,
- h) ocena efektywności i gospodarności podejmowanych działań w zakresie systemów zarządzania i kontroli,
- i) ocena wiarygodności sprawozdania finansowego oraz sprawozdania z wykonania budżetu,
- j) przeprowadzanie kontroli wewnętrznych zgodnie z opracowanym rocznym planem kontroli,
- k) sporządzanie sprawozdań z przeprowadzonej kontroli wewnętrznej,
- l) ocena dostosowania działań Spółki do przedstawionych wcześniej zaleceń kontroli,
- m) wykonywanie na zlecenie czynności doradczych mających na celu usprawnienie funkcjonowania Spółki,
- n) nadzór nad dokumentami procesu PQ-10 Zarządzanie finansami oraz obiegiem dokumentacji niemedycznej,

Za zarządzanie, organizację pracy KO oraz nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów odpowiada Kontroler wewnętrzny. Podlega bezpośrednio Zarządowi.

Kontroler wewnętrzny wykonuje inne zadania zlecone przez Zarząd Spółki.

§ 127.

ADMINISTRATOR BEZPIECZEŃSTWA INFORMACJI (ABI) odpowiada za nadzorowanie przestrzegania zasad zabezpieczenia technicznego i organizacyjnego zapewniających ochronę przetwarzanych danych osobowych.

Do zadań Administratora Bezpieczeństwa Informacji należy:

- a) nadzór nad zasadami zabezpieczenia pomieszczeń, w których przetwarzane są dane osobowe [tradycyjne i elektroniczne] oraz kontrolą przebywających w nich osób,
- b) nadzór merytoryczny nad prowadzeniem ewidencji wydanych upoważnień i oświadczeń,
- c) analiza umów w zakresie usług zewnętrznych związanych z powierzaniem danych osobowych;
- d) instruowanie LABI w zakresie obszarowego nadzoru wypełniania postanowień PBI;
- e) nadzór nad przechowywaniem kopii zapasowych poprzez ewidencje prowadzoną przez ASI,
- f) nadzór i kontrola ASI, oraz pozostałych użytkowników upoważnionych do przetwarzania danych osobowych,
- g) organizacja zajęć lub szkolenie pracowników z zakresu ochrony danych oraz informowanie użytkowników o zmianach w systemie ochrony danych osobowych.
- h) roczna analiza i ocena stanu zabezpieczenia danych osobowych przetwarzanych w Szpitalu.

Za zarządzanie, organizację pracy KO oraz nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów odpowiada ABI. Podlega bezpośrednio Zarządowi. Administrator wykonuje inne zadania zlecone przez Zarząd Spółki.

§ 128.

PEŁNOMOCNIK DS. SYSTEMU ZARZĄDZANIA BEZPIECZEŃSTWEM INFORMACJI

realizuje zadania określone w normie ISO/IEC 27001:2013, a szczególności:

- a) sprawowanie nadzoru merytorycznego nad opracowywaniem, wdrażaniem i funkcjonowaniem SZBI,
- b) przygotowanie i aktualizowanie dokumentacji bazowej SZBI zgodnie z normą PN-ISO/IEC 27001,
- c) wykonywanie przeglądu i monitorowanie incydentów i naruszeń bezpieczeństwa informacji oraz
- d) monitorowanie i wykrywanie nieautoryzowanych działań związanych z przetwarzaniem informacji,
- e) zatwierdzanie ważniejszych przedsięwzięć zmierzających do podniesienia poziomu bezpieczeństwa informacji,
- f) identyfikacja i nadzorowanie merytoryczne aktywów informacyjnych,
- g) opiniowanie rozporządzeń z zakresu SZBI,
- h) zapewnienie zgodności SZBI z wymaganiami prawnymi i innymi,
- i) koordynowanie pracy właścicieli ryzyk - grup informacji, lokalnych administratorów bezpieczeństwa informacji (LABI), właścicieli procesów ciągłości działania w obszarach informatycznym, fizycznym i osobowym,
- j) wnioskowanie o powołanie i odwołanie pracownika do pełnienia funkcji audytora wewnętrznego SZBI,
- k) opracowywanie planu audytu wewnętrznego SZBI,
- l) zatwierdzanie raportu z audytu.

Za zarządzanie, organizację pracy KO oraz nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów odpowiada Pełnomocnik ds. Systemu Zarządzania Bezpieczeństwem Informacji. Podlega bezpośrednio Zarządowi.
Pełnomocnik wykonuje inne zadania zlecone przez Zarząd Spółki.

§ 129.

Do głównych **ZADAŃ INSPEKTORA DS. OBRONNYCH I ZARZĄDZANIA KRYZYSOWEGO ORAZ PEŁNOMOCNIKA DS. OCHRONY INFORMACJI NIEJAWNYCH** należy:

1. W zakresie spraw obronnych i zarządzania kryzysowego – planuje, organizuje, koordynuje, nadzoruje przedsięwzięcia związane ze sprawami obronnymi w podmiocie leczniczym w tym:
 - a) opracowuje, na podstawie wytycznych resortowych i innych, plany przygotowań podmiotu leczniczego pracy na potrzeby obronne Państwa oraz aktualizuje je w miarę potrzeb,
 - b) utrzymuje w stałej aktualizacji plan wydzielania łóżek szpitalnych na potrzeby Sił Zbrojnych RP, MSW i A, ABW,
 - c) uczestniczy w opracowywaniu planów terenowej administracji samorządowej (konsultacje merytoryczne) planów organizacji i działania zespołów zastępczych miejsc szpitalnych),
 - d) opracowuje i utrzymuje w stałej aktualizacji dokumenty „Stałego Dyżuru”,
 - e) opracowuje karty realizacji zadań operacyjnych w zakładzie,
 - f) prowadzi prace reklamacyjne pracowników zakładu od obowiązku pełnienia czynnej służby wojskowej w okresie pokoju i wojny oraz czynności związane ze świadczeniami osobistymi i rzeczowymi dla potrzeb zakładu w okresie zagrożenia,
 - g) na bieżąco przygotowuje i prowadzi szkolenia w aspekcie obronności na terenie zakładu i „SD”,

- h) współpracuje z Biurem Obronności i Bezpieczeństwa a także Departamentem Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego województwa pomorskiego, Miejskim i Powiatowym Centrum Zarządzania Kryzysowego, Wojskową Komendą Uzupełnień w Słupsku i innymi instytucjami w zakresie spraw obronnych.
- 2. W zakresie spraw związanych z obroną cywilną – planuje, organizuje, koordynuje i nadzoruje wszystkie przedsięwzięcia związane z OC w tym:
 - a) opracowuje i utrzymuje w stałej aktualizacji plan obrony cywilnej zakładu, aktualizuje plan reagowania w sytuacjach zagrożenia zakładu, współuczestniczy w opracowywaniu dokumentów szkolenia OC dla jednostek organizacyjnych zakładu,
 - b) opracowuje dokumentację i prowadzi szkolenia w zakresie OC na terenie Szpitala,
- 3. W zakresie ochrony informacji niejawnych w zakładzie:
 - a) zapewnia ochronę informacji niejawnych w Zakładzie,
 - b) kontroluje stan ochrony informacji niejawnych oraz stan przestrzegania przepisów o ochronie tych informacji,
 - c) prowadzi szkolenia pracowników zakładu w zakresie ochrony informacji niejawnych,
 - d) prowadzi ewidencję osób, którym wydano poświadczenia bezpieczeństwa, oraz wykaz osób, którym odmówiono wydania a także aktualizuje wykazy stanowisk - osób dopuszczonych do informacji niejawnych,
 - e) opracowuje szczegółowe wymagania w zakresie ochrony informacji niejawnych oznaczonych klauzulą „zastrzeżone” na terenie zakładu,
 - f) prowadzi na bieżąco wymagane przepisami prawa rejestry w zakresie ewidencji dokumentacji niejawnej,
 - g) nadzoruje procesy przestrzegania prawidłowego dostępu, tworzenia, ewidencjonowania, przechowywania, przesyłania, przekazywania i ochrony dokumentów niejawnych.

Za zarządzanie, organizację pracy KO oraz nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów odpowiada Inspektora ds. Obronnych i Zarządzania Kryzysowego, Pełnomocnika ds. Ochrony Informacji Niejawnych. Podlega bezpośrednio Zarządowi.

Pełnomocnicy wykonują inne zadania zlecone przez Zarząd Spółki.

§ 130.

Do zadań **INSPEKTORA OCHRONY PRZECIWPOŻAROWEJ** należy: Prowadzenie wszystkich spraw z zakresu bezpieczeństwa przeciwpożarowego, zleconych przez Zarząd podmiotu leczniczego oraz wynikających z przepisów powszechnie obowiązującego prawa, a w szczególności:

- a) przeprowadzanie kontroli warunków oraz przestrzegania przepisów i zasad bezpieczeństwa przeciwpożarowego na terenie podmiotu leczniczego,
- b) szkolenie pracowników wstępne i okresowe z zakresu bezpieczeństwa pożarowego.
- c) aktualizacja planów ewakuacji i oznaczeń w tym zakresie,
- d) kontrola przestrzegania ważności badań i sprawności podręcznego sprzętu gaśniczego, sieci hydrantowej, instalacji odgromowej i elektrycznej, instalacji alarmowej. i ich konserwację
- e) współudział w realizacji nakazów zaleceń pokontrolnych organów zewnętrznych,
- f) praktyczne przeprowadzanie ewakuacji i innych ćwiczeń związanych z bezpieczeństwem przeciwpożarowym,

- l) bieżące informowanie pracodawcy o stwierdzonych zagrożeniach, wraz z wnioskami zmierzającymi do usunięcia tych zagrożeń,
- l) sporządzanie okresowych analiz stanu bezpieczeństwa przeciwpożarowego,
- l) reprezentowanie podmiotu leczniczego przed organami kontrolnymi w zakresie bezpieczeństwa pożarowego,

Za zarządzanie, organizację pracy KO oraz nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów odpowiada Inspektor Ochrony Przeciwpowarowej. Podlega bezpośrednio Zarządowi.

Inspektor wykonuje inne zadania zlecone przez Zarząd Spółki.

§ 131.

Do zadań **SPECJALISTY DS. ORGANIZACYJNYCH** należy:

- a) Sprządzanie dokumentów dotyczących organizacji podmiotu leczniczego – rejestracja zmian w RZOZ, KRS,
- b) Aktualizacja wypisu z Księgi Rejestrowej Wojewody Pomorskiego w Gdańsku i odpisu z Krajowego Rejestru Sądowego,
- c) Zaatwianie formalności związanych ze zmianami w strukturze organizacyjnej komórek Szpitala,
- d) Sprządzanie zarządzeń Zarządu podmiotu leczniczego we współpracy z właściwymi komórkami organizacyjnymi,
- e) Prowadzenie rejestru wydanych zarządzeń wewnętrznych Zarządu,
- f) Udział w opracowywaniu: statutu, regulaminów, poleceń wewnętrznych, struktury organizacyjnej Spółki,
- g) Prowadzenie dokumentacji skarg i wniosków oraz odpowiedniej korespondencji związanej z ich wyjaśnianiem we współpracy z Pełnomocnika ds. praw pacjenta, Radcą Prawnym, Dyrektorem ds. Lecznictwa,
- h) Protokołowanie wszystkich posiedzeń zwoływanych przez Zarząd,
- i) Zaatwianie wszystkich spraw organizacyjnych związanych ze zwoływaniem posiedzeń,
- j) Organizowanie posiedzeń Rady Nadzorczej, przygotowywanie materiałów na posiedzenia, opracowywanie projektów uchwał, protokołowanie oraz prowadzenie dokumentacji dotyczącej jej działalności,
- k) Prowadzenie różnej korespondencji wewnętrznej i zewnętrznej w zakresie działalności Szpitala w ścisłej współpracy z Zarządem,

Za zarządzanie, organizację pracy KO oraz nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów odpowiada Specjalista ds. organizacyjnych. Podlega bezpośrednio Zarządowi.

Specjalista wykonuje inne zadania zlecone przez Zarząd Spółki.

§ 132.

Do zadań **KAPELANA SZPITALNEGO** należy:

- a) duszpasterskie odwiedziny chorych,
- b) sprawowanie mszy świętej w kaplicach szpitalnych.

Kapelan Szpitalny odpowiada za prawidłowe wykonywanie zadań i podlega bezpośrednio Zarządowi.

§ 133.

Zasady wykonywania **OBSŁUGI PRAWNEJ** określa umowa zawarta z kancelarią prawniczą. Obsługa Prawna Szpitala prowadzona jest przez podmiot zewnętrzny – Kancelarię Radcy Prawnego.

Do zadań Kancelarii należy:

- 1) udzielanie porad, opinii i wyjaśnień w sprawach dotyczących stosowania obowiązujących przepisów prawnych,
- 2) opiniowanie umów i innych aktów wywołujących skutki prawne,
- 3) opiniowanie pod względem prawnym wewnętrznych aktów normatywnych,
- 4) windykacja należności i dochodzenie roszczeń spornych,
- 5) zastępstwo w postępowaniu sądowym, administracyjnym oraz przed innymi organami orzekającymi.

Za zarządzanie, organizację pracy KO oraz nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów odpowiada Obsługa Prawna. Podlega bezpośrednio Zarządowi.

Obsługa Prawna wykonuje inne zadania zlecone przez Zarząd Spółki.

§ 134.

Do zadań **INSPEKTORA OCHRONY RADIOLOGICZNEJ** należy nadzór nad przestrzeganiem przez jednostkę ochrony zdrowia warunków ochrony radiologicznej związanych z prowadzoną działalnością:

- a) nadzór nad przestrzeganiem prowadzenia działalności zgodnie z instrukcją pracy z aparatami RTG oraz **prowadzenie dokumentacji** odnośnie ochrony radiologicznej,
- b) nadzór nad **działaniem** sygnalizacji ostrzegawczej i **prawidłowym oznakowaniem miejsc** pracy ze źródłami promieniowania jonizującego,
- c) nadzór nad spełnieniem warunków dopuszczających pracowników do zatrudnienia na danym stanowisku pracy, w tym **szkolenia pracowników** na stanowisku pracy w zakresie ochrony radiologicznej,
- d) dokonywanie wstępnej oceny narażenia pracowników na podstawie wyników pomiarów dawek indywidualnych i przedstawienie jej kierownikowi jednostki,
- e) informowanie pracowników o otrzymanych przez nich dawkach promieniowania jonizującego,
- f) każdorazowe wyjaśnienie przyczyn wzrostu dawki indywidualnej ponad jej dotychczasowy poziom, w szczególności wyjaśnienia przyczyn przekroczenia limitów dawek i podejmowanie środków zaradczych oraz przekazywanie tych informacji kierownikowi jednostki ochrony zdrowia,
- g) współpraca ze służbami bezpieczeństwa i higieny pracy, osobami wdrażającymi program ochrony radiologicznej i służbami przeciwpożarowymi w zakresie ochrony przed promieniowaniem jonizującym,
- h) informowanie kierownika jednostki organizacyjnej o stanie ochrony radiologicznej oraz przedstawianie mu w formie pisemnej propozycji w zakresie polepszenia tego stanu lub usunięcia nieprawidłowości,
- i) nadzór nad postępowaniem wynikającym z zakładowego planu postępowania awaryjnego, jeżeli na terenie jednostki zaistnieje zdarzenia radiacyjne,
- j) nadzór nad dokumentacją, o której mowa w przepisach regulujących szczegółowe warunki bezpiecznej pracy ze źródłami promieniowania jonizującego wydanych na podstawie art. 45 ustawy, Ustawy z dnia 29 listopada 2000 roku - Prawo atomowe,

- k) ustalanie wyposażenia jednostki ochrony zdrowia w środki ochrony indywidualnej, aparatury dozymetrycznej i pomiarowej oraz innego wyposażenia służącego do ochrony pracowników oraz pacjentów przed promieniowaniem jonizującym,
- l) występowanie do kierownika jednostki zdrowia z wnioskiem o zmianę warunków pracy pracowników, w szczególności w przypadku, gdy wyniki pomiarów dawek indywidualnych uzasadniają taki wniosek,
- m) przedstawianie kierownikowi ochrony zdrowia opinii, w ramach badania i sprawdzania środków ochronnych i przyrządów pomiarowych, zakresie skuteczności stosowanych środków i technik ochrony przed promieniowaniem jonizującym,
- n) sprawdzanie kwalifikacji pracowników w zakresie ochrony radiologicznej i występowanie w tym zakresie z wnioskami do kierownika jednostki ochrony zdrowia,
- o) występowanie do kierownika jednostki ochrony zdrowia o wprowadzanie zmian w instrukcjach pracy.

Inspektor Ochrony Radiologicznej odpowiada za prawidłowe wykonywanie zadań i podlega bezpośrednio Zarządowi.

Za zarządzanie, organizację pracy KO oraz nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów odpowiada Inspektor Ochrony Radiologicznej. Podlega bezpośrednio Zarządowi.

Inspektor wykonuje inne zadania zlecone przez Zarząd Spółki.

§ 135.

SEKRETARIAT

Do zadań Sekretariatu należy w szczególności:

- 1) organizacja stanowisk pracy Zarządu,
- 2) prowadzenie prac związanych z administracyjną obsługą Zarządu niezastrzeżoną w kompetencjach innych komórek organizacyjnych,
- 3) nadzór nad sprawnym obiegiem korespondencji zewnętrznej i wewnętrznej Spółki,
- 4) nadzór nad prawidłowym przepływem informacji pomiędzy Zarządem, a wszystkimi komórkami organizacyjnymi oraz samodzielnymi stanowiskami w Spółce oraz podmiotami zewnętrznymi,
- 5) organizowanie spotkań (przyjęcia interesantów i pracowników Spółki) oraz wyjazdów służbowych Zarządu,
- 6) rejestrowanie i znakowanie korespondencji wpływającej do Spółki, dostarczanie jej do Zarządu w celu dokonania dekretacji,
- 7) przekazywanie korespondencji do odpowiednich komórek organizacyjnych, zgodnie z dekretacją,
- 8) prowadzenie terminarzy spotkań,
- 9) obsługa interesantów – udzielanie informacji i kierowanie do właściwych komórek organizacyjnych lub stanowisk,
- 10) inne czynności, zlecone w zakresie obsługi biurowej.

Za zarządzanie, organizację pracy KO oraz nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów odpowiada pracownik sekretariatu. Podlega bezpośrednio Zarządowi.

Sekretariat wykonuje inne zadania zlecone przez Zarząd Spółki.

Rozdział 7

Przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości tych świadczeń w jednostkach lub komórkach organizacyjnych przedsiębiorstwa spółki

§ 136.

Stacjonarne i całodobowe świadczenia szpitalne udzielane są w oddziałach i innych komórkach opieki szpitalnej, zakładach i pracowniach diagnostycznych oraz zabiegowych.

Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne udzielane są w poradniach, w zakładach, ośrodkach dziennych i podstawowej opiece zdrowotnej.

§ 137.

Świadczenia opieki zdrowotnej udzielane są w budynkach podmiotu leczniczego, w medycznych komórkach organizacyjnych, także poza terenem podmiotu leczniczego. W przypadku konieczności ratowania zdrowia lub życia - personel medyczny udziela pomocy medycznej także poza budynkiem, ale na terenie podmiotu leczniczego, którego granice określa zapis w dokumentacji Zintegrowanego Systemu Zarządzania.

§ 138.

Świadczenia zdrowotne udzielane są przez osoby wykonujące zawody medyczne, określone w Taryfikatorze kwalifikacyjnym Szpitala, rezydentów oraz przez wolontariuszy.

Zakresy czynności, obowiązków, odpowiedzialności i uprawnień pracowników uczestniczących w procesie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej oraz opisy stanowisk pracy stanowią dokumenty, wchodzące w skład akt osobowych, znajdujących się w Dziale Kadr podmiotu leczniczego.

W celu przestrzegania wartości etycznych, każdy pracownik zostaje zapoznany z Kodeksem Etyki, którego zasady opisane są w Regulaminie Pracy.

Każdego pracownika obowiązuje noszenie identyfikatora zawierającego: nazwę komórki organizacyjnej, stanowisko, imię i nazwisko.

W przypadku nagłej nieobecności w pracy, jak również zdarzenia masowego i katastrof, bezpośredni przełożony wzywa personel do stawienia się na stanowisku pracy zgodnie z „Tabelą alarmową pracowników” danej komórki organizacyjnej.

Pracownicy komórek organizacyjnych wykonują zadania w sposób zapewniający sprawną, prawidłową i terminową realizację powierzonych im zadań w oparciu o obowiązujące:

- a) Zarządzenia Zarządu,
- b) przepisy prawa,
- c) procesy,
- d) procedury,
- e) standardy,
- f) instrukcje.

§ 139.

1. Podmiot zapewnia **udzielanie świadczeń zdrowotnych** finansowanych ze środków publicznych osobom ubezpieczonym oraz innym osobom uprawnionym do tych świadczeń na podstawie odrębnych przepisów.

2. żadne okoliczności nie mogą stanowić podstawy do odmowy udzielenia świadczenia zdrowotnego, jeżeli osoba zgłaszająca się do podmiotu leczniczego potrzebuje natychmiastowego udzielenia pomocy medycznej, ze względu na nagłe zagrożenie życia lub zdrowia.
3. Świadczenia zdrowotne udzielane osobom posiadającym uprawnienia z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego są bezpłatne.
4. Podstawą do uzyskania bezpłatnych świadczeń jest potwierdzenie prawa pacjenta do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w systemie Elektronicznej Weryfikacji Upnień Świadczeniobiorców (E-WUŚ).
5. Informacja o rodzaju wymaganych dokumentów potwierdzających prawo do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych zamieszczona jest na stronie internetowej podmiotu leczniczego.
6. Brak dokumentu potwierdzającego ubezpieczenie nie może być podstawą odmowy udzielenia świadczenia w razie nagłego zachorowania, wypadku, urazu, zatrucia, stanu zagrożenia życia lub porodu.
7. Bezpłatnie, niezależnie od uprawnień z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego, udziela się świadczeń zdrowotnych związanych z ciążą, porodem i porodem oraz osobom, które nie ukończyły 18 roku życia.
8. Podmiot leczniczy realizuje świadczenia zdrowotne za odpłatnością:
 - a) w przypadku realizacji świadczeń innych niż finansowane z środków publicznych,
 - b) udzielane bez wymaganego skierowania, gdy przepisy ustaw tak stanowią,
 - c) w przypadku realizacji świadczeń poza umowami zawartymi z organizatorem procesu udzielania świadczeń zdrowotnych,
 - d) dla osób nieubezpieczonych,
 - e) na podstawie umów cywilnoprawnych,
 - f) dla osób, gdzie sposób finansowania świadczeń określają odrębne przepisy, w tym świadczenia służby medycyny pracy,
 - g) dla osób, którym na życzenie wydawane są orzeczenia i zaświadczenia lekarskie dla potrzeb nie związanych z dalszym leczeniem, rehabilitacją, niezdolnością do pracy, kontynuowaniem nauki, a także jeśli nie są wydawane dla celów pomocy społecznej lub uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego,
 - h) w przypadku nie przedstawienia dowodu uprawniającego do korzystania z bezpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej w trakcie pobytu w podmiocie leczniczym, lub gdy osoba nie ma opłaconej składki na ubezpieczenie zdrowotne przez okres dłuższy niż jak określają to przepisy prawa, w takiej sytuacji kosztami leczenia (hospitalizacji) zostanie obciążona osoba, której udzielono świadczenia (hospitalizacji).

§ 140.

1. Podmiot medyczny prowadzi dokumentację medyczną, dotyczącą osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych z zapewnieniem ochrony danych osobowych oraz udostępnia dokumentację na zasadach określonych przez Zarząd podmiotu leczniczego stosownym zarządzeniem oraz zgodnie z zasadami określonymi w dokumentacji Zintegrowanego Systemu Zarządzania.
2. Dokumentacja udostępniana jest pacjentowi, osobą przez niego upoważnioną, podmiotom i organom uprawnionym na podstawie odrębnych przepisów, a w razie śmierci pacjenta – osobie przez niego upoważnionej do uzyskiwania dokumentacji w przypadku jego zgonu.

DOSTĘPNOŚĆ DO ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ

§ 141.

1. W przypadku, gdy lekarz po udzieleniu pacjentowi niezbędnej pomocy uzna, że hospitalizacja nie jest zasadna, pacjent otrzymuje Kartę Informacyjną. Lekarz wyjaśnia przyczyny odmowy hospitalizacji, informuje o możliwości dalszej kontynuacji leczenia w systemie ambulatoryjnym.
2. W przypadku braku możliwości hospitalizacji pacjenta przez Szpital pacjent otrzymuje Kartę Informacyjną wraz z ewentualnym skierowaniem do innej placówki (zapewniając transport sanitarny w sytuacji tego wymagającej) lub zostaje wskazany inny termin hospitalizacji.
3. W przypadku odmowy przez pacjenta hospitalizacji chory otrzymuje Kartę Informacyjną. Odmowa zostaje udokumentowana przez lekarza w historii choroby. Pacjent zostaje poinformowany przez lekarza o możliwych następstwach zdrowotnych związanych z odmową hospitalizacji.

§ 142.

Przyjęcia w ramach stacjonarnej (planowe/nagłe) i ambulatoryjnej (pilny/stabilny) opieki odbywają się w trybie odpowiadającym potrzebom zdrowotnym pacjentów wg określonego porządku i na zasadach szczegółowo określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

§ 143.

Zasady dostępności do świadczeń zdrowotnych w opiece ambulatoryjnej zostały określone w § 52 niniejszego Regulaminu Organizacyjnego.

ZASADY ORGANIZACJI UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

§ 144.

1. **Przyjęcia pacjentów do Szpitala** odbywają się całodobowo w dwóch trybach: planowym - na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza, lekarza dentystę lub felczera lub w trybie nagłym.
2. Zgłoszenia nagłe lub poród oraz pacjenci przywiezieni przez Zespół Ratownictwa Medycznego nie wymagają skierowania na leczenie (ZRM wystawia Kartę Czynności Ratunkowych).
3. Każdy pacjent zgłaszający się lub przywieziony do Szpitala podlega wstępnej ocenie i segregacji medycznej przez pielęgniarkę, ratownika medycznego z ewentualną konsultacją lekarza SOR –celem ustalenia rozpoznania wstępnego ze wskazaniem co do dalszego trybu leczenia.
4. Wszystkie czynności wykonywane w SOR są udokumentowane odpowiednio przez lekarza i pielęgniarkę/ratownika medycznego zgodnie z zasadami określonymi w dokumentacji Zintegrowanego Systemu Zarządzania.
5. Jeżeli z wstępnego badania medycznego wynikają bezwzględne wskazania do natychmiastowego leczenia szpitalnego, lekarz w SOR kieruje pacjenta na właściwy Oddział Szpitala po uzyskaniu zgody pacjenta, jego opiekuna faktycznego lub

przedstawiciela ustawowego, chyba, że na mocy odrębnych przepisów wskazane jest przyjęcie do Szpitala bez wyrażenia zgody.

6. Jeżeli lekarz przy badaniu pacjenta posiada uzasadnione podejrzenie, że uszkodzenie ciała lub zaburzenia czynności organizmu pacjenta pozostają w związku z popełnieniem przestępstwa - bezzwłocznie zawiadamia o tym fakcie właściwą jednostkę organizacyjną Policji.
7. Przyjęcia planowe do hospitalizacji poprzedza kwalifikacja medyczna pacjentów z listy osób oczekujących na świadczenie, przeprowadzana w oddziale przez Ordynatora lub wskazanego przez niego lekarza specjalistę danej specjalności.
8. W momencie przyjęcia do Szpitala pacjent obowiązany jest przedstawić:
 - a. skierowanie do Szpitala wraz z posiadaną dokumentacją medyczną i wynikami badań zleconych przez lekarza kierującego,
 - b. dowód osobisty lub inny dokument potwierdzający tożsamość pacjenta (paszport, prawo jazdy, legitymacja szkolna w przypadku osoby, która nie ukończyła 18-tego roku życia),
 - c. potwierdzenie prawa do świadczeń poprzez weryfikację w systemie e-WUŚ (w przypadku braku potwierdzenia ubezpieczenia w systemie, pacjent może przedłożyć dokument poświadczający uprawnienia pacjenta do uzyskania bezpłatnych świadczeń lub złożyć Oświadczenie o przysługującym prawie do świadczeń opieki zdrowotnej).
9. Po zakwalifikowaniu chorego do leczenia szpitalnego przez lekarza, jego odzież i przedmioty wartościowe za pokwitowaniem są przekazane do Magazynu Odzieży i do depozytu Szpitala zgodnie z zasadami określonymi w dokumentacji Zintegrowanego Systemu Zarządzania.
10. W przypadku konieczności hospitalizacji lekarz uzyskuje zgodę pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego/opiekuna faktycznego na prowadzenie diagnostyki i leczenia. W odniesieniu do pacjenta małoletniego, który ukończył 16 rok życia – zgody kumulatywnej. Sprzeciw małoletniego, który ukończył 16 rok życia, osoby ubezwłasnowolnionej albo chorej psychicznie lub upośledzonej umysłowo lecz dysponującej dostatecznym rozeznaniem wymaga zgody sądu opiekuńczego właściwego ze względu na siedzibę Szpitala.
11. W przypadku natychmiastowej hospitalizacji pacjenta, gdy Szpital nie może zapewnić świadczeń w wymaganym zakresie, pacjent zostaje przewieziony do najbliższej placówki, z którą przyjęcie ustala telefonicznie lekarz SOR lub lekarz konsultujący w SOR wystawia zlecenie na realizację transportu.
12. Wszyscy pacjenci przyjmowani do Szpitala zaopatrywani są w opaski identyfikacyjne w celu ustalenia ich tożsamości.
13. W przypadku przyjmowania do Szpitala dziecka, którego tożsamości nie można ustalić, powiadamia się o tym fakcie jednostkę organizacyjną Policji (nie dotyczy pozostawienia dziecka w „Oknie życia”) oraz sporządza dokumentację zawierającą w szczególności następujące informacje:
 - a. okoliczności i przyczyny przyjęcia dziecka do Szpitala,
 - b. rysopis dziecka, ewentualnie znaki szczególne,
 - c. imię i nazwisko, datę urodzenia i adres zamieszkania osób przekazujących dziecko, ustalone na podstawie odpowiednich dokumentów stwierdzających tożsamość, a w razie ich braku na podstawie oświadczeń potwierdzonych własnoręcznym podpisem (nie dotyczy pozostawienia

dziecka w „Oknie życia”).

14. Przy przyjęciu do Szpitala - pacjentowi zakłada się niezwłocznie dokumentację medyczną spełniającą aktualnie obowiązujące wymogi rozporządzenia MZ, wymogi NFZ oraz wewnętrzne wymogi Szpitala.
15. Cały przebieg hospitalizacji dokumentowany jest w formie papierowej i/lub elektronicznej i obejmuje:
 - a. dokumentację indywidualną (wewnętrzną i zewnętrzną),
 - b. dokumentację zbiorczą.
16. Szczegółowe zasady dokumentowania procesu diagnostyczno-leczniczego pacjenta określają procedury zatwierdzone przez Zarząd.
17. Przy przyjęciu należy uzyskać:
 - a. pisemną zgodę na hospitalizację oraz pisemną zgodę na wykonanie procedury o podwyższonym ryzyku (w trakcie procesu diagnostyczno-terapeutycznego),
 - b. pisemne wskazanie osoby upoważnionej przez pacjenta do uzyskiwania informacji o stanie jego zdrowia,
 - c. pisemne wskazanie osoby upoważnionej przez pacjenta do uzyskiwania dokumentacji za życia i po jego śmierci.
18. W sytuacji, gdy stan zdrowia pacjenta uniemożliwia uzyskanie w/w oświadczeń przy przyjęciu, należy odnotować przyczynę nie odebrania od pacjenta powyższych i uzyskać w trakcie pobytu pacjenta z chwilą, gdy stan zdrowia na to pozwoli.
19. W przypadku zakwalifikowania pacjenta do hospitalizacji, a z powodu braku miejsca na oddziale, na który został skierowany, istnieje możliwość przekazania pacjenta na inny oddział po uzgodnieniu z Lekarzem starszym dyżuru. Nadzór nad pacjentem sprawuje lekarz z oddziału, na którym czasowo brak możliwości hospitalizacji.
20. Szpital zapewnia przyjętemu pacjentowi:
 - a. realizację świadczeń zdrowotnych w zakresach podpisanych umów z NFZ,
 - b. produkty lecznicze i wyroby medyczne konieczne do wykonania świadczenia w określonym zakresie,
 - c. pomieszczenia i wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia,
 - d. transport sanitarny w niezbędnym zakresie.
21. Organizację pracy w Oddziale określa Regulamin Oddziału.
22. Ordynator/Lekarz kierujący Oddziałem wyznacza dla każdego pacjenta lekarza prowadzącego, odpowiedzialnego za bieżącą terapię i opiekę medyczną, bieżące informowanie oraz prowadzenie jego dokumentacji.
23. Lekarz planuje działania diagnostyczno-terapeutyczne w Indywidualnym Planie Leczenia pacjenta.
24. Pielęgniarka Oddziałowa wyznacza dla każdego pacjenta pielęgniarkę opiekującą się nim w trakcie zmiany. Wyznaczenie to może być dokonane poprzez przydział określonych sal chorych.
25. Personel sprawujący opiekę nad pacjentem ma obowiązek przedstawić się imieniem i nazwiskiem (niezależnie od obowiązku noszenia identyfikatora) wraz z zajmowaną funkcją.
26. Lekarz/Ordynator/Lekarz kierujący w godzinach ustalonych przez Ordynatora/Lekarza Kierującego Oddziałem udziela osobom upoważnionym – wskazanym w dokumentacji medycznej pacjenta (przedstawicielowi ustawowemu) informacji o stanie zdrowia pacjentów.

27. O stanie zdrowia ciężko chorych pacjentów bądź w przypadkach szczególnie uzasadnionych lekarze udzielają informacji osobom upoważnionym/ przedstawicielowi ustawowemu na bieżąco.
28. Informacji o stanie zdrowia pacjentów nie udziela się przez telefon.
29. Pielęgniarki i położne mogą udzielać informacji dotyczących wyłącznie opieki pielęgniarskiej.
30. Lekarze i Pielęgniarki Oddziału są obowiązani prowadzić na bieżąco indywidualną dokumentację medyczną pacjenta wraz z codzienną autoryzacją zapisów, zgodnie z zasadami określonymi w procedurach Zintegrowanego Systemu Zarządzania.
31. Codziennie w wyznaczonych godzinach, lekarze i pielęgniarki przekazując pacjentów kolejnej zmianie, przedstawiają istotne informacje o stanie zdrowia pacjentów, nowych przyjęciach do Oddziału, interwencjach lekarskich oraz innych istotnych zdarzeniach i podjętych działaniach podczas wykonywania obowiązków służbowych zgodnie z zasadami określonymi w procedurach Zintegrowanego Systemu Zarządzania.
32. Lekarze i pielęgniarki dyżurne zobowiązani są prowadzić raporty lekarskie i pielęgniarskie odpowiednio w Księdze Raportów Lekarskich i Pielęgniarskich.
33. Zgodnie z harmonogramem ustalonym przez Ordynatora/Lekarza kierującego, w poszczególne dni tygodnia w salach chorych, odbywa się „wizyta ordynatorska” w obecności lekarzy Oddziału, lekarze prowadzący przedstawiają informacje o efektach i postępach leczenia poszczególnych pacjentów.
34. W konsultacji z innymi lekarzami ustalany jest dalszy przebieg leczenia, diagnostyka oraz ewentualne zmiany w procesie diagnostyczno – terapeutycznym wskazanym w Indywidualnym Planie Leczenia.
35. W razie wątpliwości diagnostycznych lub terapeutycznych lekarz z własnej inicjatywy bądź na wniosek pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego, jeżeli uzna to za uzasadnione w świetle wymagań wiedzy medycznej, zasięga opinii właściwego lekarza specjalisty lub organizuje konsylium lekarskie. Opinia konsultanta ma charakter doradczy, gdyż za całość postępowania odpowiada lekarz prowadzący leczenie. W ramach pakietu onkologicznego konsylium lekarskie opiniuje każdy przypadek indywidualnie.

WYPISANIE PACJENTA

§ 145.

1. Wypisanie pacjenta ze Szpitala następuje, gdy:
 - a. stan jego zdrowia nie wymaga dalszego leczenia w Szpitalu,
 - b. na żądanie pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego,
 - c. gdy pacjent w sposób rażący narusza Regulamin Organizacyjny podmiotu leczniczego bądź jego komórki organizacyjnej, a nie zachodzi obawa, że odmowa lub zaprzestanie udzielania świadczeń zdrowotnych może spowodować bezpośrednie niebezpieczeństwo dla jego życia lub zdrowia innych osób.
2. Przy wypisywaniu dziecka w Szpitalu, pracownik Szpitala, w obecności osoby odbierającej dziecko, jest obowiązany sprawdzić jego tożsamość, odnotować tę okoliczność w dokumentacji medycznej i potwierdzić podpisem. Adnotację tę podpisuje także osoba odbierająca dziecko. W przypadku Oddziału

Neonatologicznego do dokumentacji medycznej dziecka dołącza się znaki tożsamości dziecka, w które było ono zaopatrzone podczas pobytu w Szpitalu.

3. Osoba występująca o wypisanie ze Szpitala na własne żądanie jest informowana przez lekarza o możliwych następstwach zaprzestania leczenia w Szpitalu. Osoba ta składa pisemne „Oświadczenie o wypisaniu ze Szpitala na własne żądanie”, a w razie braku takiego oświadczenia, lekarz sporządza adnotację w dokumentacji medycznej.
4. Pacjent wypisany ze Szpitala ma prawo do otrzymania:
 - a. Karty Informacyjnej z leczenia szpitalnego,
 - b. Recepty na leki i zlecenia na środki pomocnicze lub wyroby medyczne zlecone w karcie informacyjnej,
 - c. Zlecenia na transport zgodnie z odrębnymi przepisami,
 - d. Skierowania na leczenia uzdrowiskowe, jeżeli lekarz stwierdza taką potrzebę,
 - e. Zaświadczenia lekarskiego,
 - f. Wskazówki edukacyjne,
 - g. Zaleceń dla pacjenta, lekarza kierującego lub lekarza, który będzie sprawował dalszą opiekę nad chorym,
 - h. Kopię wyników badań np. grupy krwi.
5. Jeżeli po wypisie pacjenta ze szpitala z jakichkolwiek powodów zajdzie konieczność zmiany treści Karty Informacyjnej z leczenia szpitalnego, zmienioną Kartę Informacyjną z leczenia szpitalnego przekazuje się pacjentowi osobiście lub listownie.
6. Pacjent, którego stan zdrowia nie wymaga dalszego udzielania stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych, lub osoba, na której w stosunku do pacjenta ciąży ustawowy obowiązek alimentacyjny, ponoszą koszty pobytu pacjenta, począwszy od upływu terminu wyznaczonego na odebranie pacjenta ze Szpitala.

SKARGI I WNIOSKI

§ 146.

1. W Spółce funkcjonuje Zespół ds. Etyki, do zadań którego należy m. in. rozwiązywanie problemów natury etycznej osób zatrudnionych oraz pacjentów. Szczegółowe informacje udostępnione zostały na stronie internetowej i tablicach ogłoszeń
2. W przypadku zauważonych niedociągnięć ze strony personelu podmiotu leczniczego, pacjent może zgłosić swoje uwagi lub skargi ustnie lub telefonicznie Ordynatorowi/Lekarzowi kierującemu Oddziału, Pielęgniarse Oddziałowej, lekarzowi dyżurnemu, lekarzowi prowadzącemu, Pełnomocnikowi ds. Praw Pacjenta, członkom Zespołu ds. Etyki.
3. Skargi i wnioski pacjentów zgłoszone na piśmie, pocztą elektroniczną, ustnie do protokołu rozpatrywane są przez Dyrektora ds. Lecznictwa.
4. Zarząd jest zobowiązany do udzielenia odpowiedzi na skargę w terminie do 14 dni od momentu przyjęcia skargi pisemnej, a w sytuacjach wymagających dłuższego czasu na jej rozpatrzenie w terminie do 30 dni.
5. Godziny przyjęć interesantów w sprawie skarg i wniosków wywieszone są na tablicy ogłoszeń i stronie internetowej podmiotu leczniczego.

Rozdział 8

Warunki współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji pacjentów oraz ciągłości przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych

§ 147.

1. Spółka realizując przyjęte zadania statutowe współpracuje z :

- a) Lotniczym Pogotowiem Ratunkowym,
- b) Jednostkami świadczącymi usługi w zakresie ratownictwa medycznego i transportu sanitarnego,
- c) placówkami opiekuńczo – leczniczymi,
- d) ośrodkami pomocy społecznej,
- e) lekarzami leczenia otwartego,
- f) uczelniami, szkołami,
- g) Narodowym Funduszem Zdrowia oraz organami administracji rządowej i samorządowej,
- h) Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego i Wojewódzkim Ośrodkiem Doskonalenia Kadr Medycznych,
- i) Samorządem Lekarskim, Izbą Aptekarską oraz Samorządem Pielęgniarek i Położnych,
- j) Fundacjami, stowarzyszeniami i towarzystwami, których zadaniem jest aktywizacja zawodowa oraz poszerzanie wiedzy poprzez prowadzenie kursów, szkoleń czy prac naukowych w dziedzinach medycyny zgodnych z prowadzonym zakresem działalności leczniczej;
- k) Publicznymi i niepublicznymi zakładami opieki zdrowotnej, domami opieki społecznej i długoterminowej, lekarzami prowadzącymi indywidualną praktykę lekarską i innymi celem wspólnej realizacji zadań stawianych przed jednostkami ochrony zdrowia;
- l) Organizacjami regionalnymi i naukowymi, biorącymi udział w prowadzonych programach badawczych, naukowych oraz tych, które skierowane są na rozwój placówki i pracowników.
- m) Szpitalami w ramach wzajemnych porozumień, dotyczących szkoleń/staży specjalizacyjnych kadry medycznej;

w zakresie:

- a) konsultacji specjalistycznych,
- b) badań diagnostycznych,
- c) transportu sanitarnego i ratownictwa medycznego
- d) odbywania staży specjalizacyjnych, praktyk.

2. Zasady współdziałania z innymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej określają umowy cywilno-prawne oraz umowy z podwykonawcami:

- a) wyboru podmiotów dokonuje się w trybie konkursu ofert zgodnie z art. 26, 27 i art. 46 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2011 r. nr 112, poz. 654 z późn. zm.);

- b) umowa o współpracy z podmiotami wykonującymi działalność leczniczą obejmuje warunki kierowania pacjentów, finansowanie świadczeń i nadzoru nad jakością świadczenia zdrowotnego;
- c) Szpital w czasie przekazania do innej jednostki pacjenta zapewnia stałą opiekę wykwalifikowanego personelu lub zleca wykonanie tej usługi innym uprawnionym jednostkom;
- d) przekazanie pacjenta potwierdza jednostka przyjmująca;
- e) w przypadkach koniecznej konsultacji, badań diagnostycznych, lub dalszego leczenia pacjenta w innym szpitalu, klinice – mających podpisaną umowę z NFZ, Ordynator oddziału/Lekarz Kierujący lub lekarz dyżurny ustala z tą jednostką warunki przyjęcia /przekazania pacjenta. Kierujący zobowiązany jest do zapewnienia transportu sanitarnego i pokrycia jego kosztów o ile podmiot leczniczy jest do tego zobowiązany;
- f) po uzgodnieniu warunków przeniesienia lekarz prowadzący informuje pacjenta o podjętych czynnościach i uzyskuje jego zgodę na przeniesienie do innego podmiotu leczniczego;
- g) nadzór nad wymaganiami potwierdzającymi jakość świadczeń zdrowotnych udzielanych Spółce przez inne podmioty wykonujące działalność leczniczą sprawuje Dyrektor ds. Lecznictwa.

3. W ramach zapewnienia ciągłości przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, Szpital współpracuje z lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej, z lekarzami ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Lekarz specjalista zobowiązany jest przekazywać lekarzowi sprawującemu podstawową lub specjalistyczną opiekę nad pacjentem, informację według zasad, wzoru i w terminach określonych przez NFZ. W razie potrzeby lekarz wydaje niezbędne zaświadczenia o stanie zdrowia w tym także zaświadczenia o prawie do zasiłku chorobowego (ZUS ZLA) oraz skierowania na przysługujące z tytułu stanu zdrowia lub stopnia niepełnosprawności środki zaopatrzenia medycznego.

4. Spółka uprawniona jest poprzez uzyskane akredytacje lub zawierane umowy do prowadzenia:
- a) staży podyplomowych,
 - b) staży specjalizacyjnych,
 - c) specjalizacji lekarskich,
 - d) specjalizacji pielęgniarskich
 - e) staży zawodowych,
 - f) praktyk studenckich.

PROCESY WYDZIELONE NA ZEWNĄTRZ

§ 148.

- 1. Nadzór nad procesami wydzielonymi na zewnątrz, mającymi wpływ na jakość sprawowany jest przez uprawnionych pracowników Szpitala.
- 2. Do usług „pomocniczych” zleconych na zewnątrz mających szczególne znaczenie dla spełnienia określonych wymagań pacjenta należą:

- a. transport sanitarny,
- b. usługa sprzątania i utrzymania higieny,
- c. wywóz i utylizacja odpadów,
- d. ochrona mienia,
- e. częściowo przegląd stanu technicznego urządzeń medycznych.

3. Szczegółowe zasady postępowania i nadzoru określają procedury postępowania, zawarte w dokumentacji Zintegrowanego Systemu Zarządzania.

WSPÓŁDZIAŁANIE MIĘDZY POSZCZEGÓLNYMI KOMÓRKAMI ORGANIZACYJNYMI PODMIOTU LECZNICZEGO

§ 149.

1. Do wspólnych zadań komórek organizacyjnych Spółki należy w szczególności:

- 
- a) realizacja zadań Spółki określonych w przepisach prawnych,
 - b) inicjowanie działań służących skuteczniejszej realizacji zadań Spółki,
 - c) dbałość o należyty wizerunek Spółki,
 - d) działania na rzecz racjonalizacji zatrudnienia,
 - e) działania na rzecz właściwego wykorzystania czasu pracy i potencjału pracowniczego,
 - f) przygotowanie i przeprowadzenie szkoleń wewnętrznych wśród pracowników,
 - g) działania na rzecz skutecznego przekazu informacji przez kadrę kierowniczą podległym pracownikom,
 - h) opracowywanie wniosków do projektów planu finansowego i inwestycyjnego Spółki na dany rok, realizacja zadań wynikających z tych planów oraz terminowe wprowadzanie zmian do planu z odpowiednim wyprzedzeniem tj. przed podjęciem decyzji o zamówieniu
 - i) działanie na rzecz pozyskiwania ponadplanowych środków finansowych na zadania realizowane przez daną komórkę organizacyjną,
 - j) opracowywanie sprawozdań z wykonanych zadań oraz sprawozdań i informacji wynikających z odrębnych przepisów powszechnie obowiązującego prawa,
 - k) przygotowywanie opracowań strategicznych dla Spółki,
 - l) przygotowywanie projektów regulaminów wewnętrznych dla poszczególnych komórek organizacyjnych,
 - m) współdziałanie z innymi komórkami organizacyjnymi Spółki w celu realizacji zadań wynikających z uzgodnień między nimi,
 - n) Kierownicy KO medycznych i administracyjnych zobowiązani są do przygotowywania ofert do konkursów na świadczenia zdrowotne,
 - o) ochrona tajemnicy Spółki,
 - p) przestrzeganie przepisów o ochronie danych osobowych w zakresie gromadzonych informacji
 - q) nadzór nad prawidłową realizacją przychodów i racjonalizacją kosztów,
 - r) wykonywanie innych zadań zleconych przez Zarząd Spółki.

2. Współdziałanie między poszczególnymi komórkami organizacyjnymi podmiotu leczniczego odbywa się w sposób zapewniający sprawność funkcjonowania podmiotu leczniczego oraz kompleksowość, dostępność i należyłą jakość udzielanych przez podmiot leczniczy świadczeń opieki zdrowotnej.

3. W zakresie współdziałania między komórkami organizacyjnymi podmiotu leczniczego uprawnienia nadzorczo koordynujące posiadają Zarządzający lub osoby przez nich wyznaczone.
4. Konsultacji wewnętrznych w podmiocie leczniczym udzielają lekarze wyznaczani na bieżąco przez Ordynatorów/Lekarzy kierujących poszczególnych Oddziałów.
5. Przeniesienia pacjentów między oddziałami szpitalnymi, ze względu na stan wymagający leczenia w innym oddziale, odbywają się na podstawie ustaleń pomiędzy Ordynatorami/Lekarzami kierującymi poszczególnych Oddziałów.
6. Lekarz właściwego Oddziału poleca pracownikowi tegoż Oddziału zawiadomić członka rodziny, przedstawiciela ustawowego lub opiekunów pacjenta:
 - a. o przyjęciu bez ich wiedzy do Szpitala pacjenta niepełnoletniego,
 - b. o przyjęciu pacjenta bez względu na wiek w przypadku nagłym i ciężkim ,
 - c. o znacznym pogorszeniu się stanu zdrowia pacjenta hospitalizowanego,
 - d. o przeniesieniu pacjenta do innego zakładu opieki zdrowotnej z podaniem dokładnego adresu tego zakładu.
7. Wszystkie badania diagnostyczne w „trybie pilnym” wykonywane są niezwłocznie.
8. W zakresie interpretacji wyników badań diagnostycznych lekarz oddziału współpracuje z diagnostą laboratoryjnym, lekarzem radiologiem, lekarzem patomorfologiem.
9. W zakresie opracowania Planu opieki nad pacjentem lekarz prowadzący współpracuje m. in. z pielęgniarką, fizjoterapeutą, psychologiem, terapeutą zajęciowym, dietetykiem, lekarzami specjalistami, lekarzem chorób zakaźnych i innymi pracownikami medycznymi adekwatnie do potrzeb.
10. Szczegółowe zasady powiązań międzyprocesowych (komunikacji, obiegu dokumentacji) w obszarach funkcjonowania Szpitala określają procedury postępowania, zawarte w obowiązującej dokumentacji Zintegrowanego Systemu Zarządzania.

§ 150.

Wszyscy Dyrektorzy, Kierownicy KO oraz pracownicy samodzielnych stanowisk są zobowiązani do corocznego przygotowania Planu Finansowego, jego poprawnej realizacji oraz przygotowania wniosków w celu jego zmiany z odpowiednim wyprzedzeniem tj. przed podjęciem decyzji o zamówieniu w sytuacji tego wymagającej.

POSTĘPOWANIE W SYTUACJACH AWARYJNYCH

§ 151.

Tryb postępowania w sytuacjach awaryjnych:

- a) w sytuacji pożaru lub innego miejscowego zagrożenia,
- b) podejrzenia u chorego zakażenia wirusem wysokopatogennym,
- c) zgłoszenia o podłożeniu lub znalezieniu ładunku wybuchowego w obiektach Szpitala
- d) zdarzeń mnogich, masowych i katastrof,
- e) ochrony przetwarzanych danych osobowych,
- f) zabezpieczenia danych Szpitala ,

określają procedury postępowania, zawarte w obowiązującej dokumentacji Zintegrowanego Systemu Zarządzania.

Za koordynację postępowania w sytuacjach awaryjnych sprawują zgodnie z informacjami zawartymi w instrukcjach Zintegrowanego Systemu Zarządzania: pracownicy p-poż, BHP, specjalności ds. epidemiologii, inspektor ds. obronnych i zarządzania kryzysowego – pełnomocnik ds. ochrony informacji niejawnych, administrator bezpieczeństwa informacji, lekarz dyżurny SOR, lekarz anestezjolog, pracownik Działu eksploatacyjno – technicznego.

Rozdział 9

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

§ 152.

1. Opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej ustala Zarząd.
2. Maksymalna wysokość opłaty za:
 - 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 Zarząd Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej "Monitor Polski" na podstawie art. 20 pkt 2 ustawy z dnia 17.12.1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych,
 - 2) jedną stronę kopii dokumentacji medycznej – nie może przekraczać 0,0002 przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa w pkt. 1 powyżej,
 - 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 0,002 przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa w pkt. 1 powyżej.
3. Aktualną wysokość opłat określa załącznik nr 2 do regulaminu organizacyjnego.

Rozdział 10

Organizacja procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat

§ 153.

1. Świadczenia zdrowotne, za które są pobierane opłaty są udzielane z uwzględnieniem kolejności zgłoszeń i prowadzonych list oczekujących na udzielenie świadczenia, zgodnie z art. 20 ustawy z dnia 27.08.2004 r. z póź. zm. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
2. Opłaty pobierane są przed udzieleniem świadczenia zdrowotnego.
3. Proces udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat odbywa się stosownie do postanowień opisanych w Rozdziale 7 niniejszego regulaminu.

Rozdział 11

Wysokość opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny od osób lub instytucji uprawnionych do pochowania zwłok na podstawie ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. O cmentarzach i chowaniu zmarłych (dz. U. Z

2000 r. Nr 23, poz. 295, z późn. Zm.⁵⁾) oraz od podmiotów, na zlecenie których przechowuje się zwłoki w związku z toczącym się postępowaniem karnym

§ 154.

Wysokość opłat za przechowywanie zwłok pacjenta w przypadkach, o których mowa w art. 24 ust. 1 pkt. 1 ustawy z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej określa załącznik numer 4 do niniejszego regulaminu.

Rozdział 12

Wysokość opłat za świadczenia zdrowotne, które mogą być, zgodnie z przepisami ustawy lub przepisami odrębnymi, udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością

§ 155.

1. Spółka ma prawo do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej osobom nieuprawnionym, nie posiadającym aktualnych potwierdzeń ubezpieczenia na podstawie odpłatności za udzielone świadczenia, zleceniobiorcom zewnętrznym (zgodnie z zawartą umową) oraz klientom indywidualnym.
2. Pacjenci (lub w ich imieniu osoby uprawnione) nie posiadający prawa do bezpłatnych świadczeń przyjęci do podmiotu leczniczego (z zastrzeżeniem nagłego zachorowania, wypadku, urazu lub zatrucia, stanu zagrożenia życia oraz porodu), winni uiścić w Kasie należność za udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w dniu wypisu pacjenta ze Szpitala czy bezpośrednio po uzyskaniu świadczenia ambulatoryjnego, zgodnie z Cennikiem.
3. Faktury VAT lub paragon z kasy fiskalnej wystawiane są na poszczególne zakresy:
 - 1) świadczenia medyczne,
 - 2) badania diagnostyczne,
 - 3) rachunki za dokumentację medyczną,
 - 4) pozostałe usługi niemedyczne,
 - 5) transport sanitarnego.
4. Faktura VAT jest wystawiana na podstawie sporządzonego przez lekarza druku „Potwierdzenia wykonania usługi” - druk zawierający: zestawienie poniesionych kosztów, nazwy lub kody wszystkich zastosowanych procedur medycznych i leków zgodnie z obowiązującym cennikiem w podmiotu leczniczego, dostarczony przez pracownika komórki do Działu Finansowo - Księgowego.
5. Do Historii Choroby należy dołączyć kopię faktury VAT, jako dowód zapłaty za hospitalizację.
6. Zarząd Spółki ustala Cennik usług medycznych za świadczenia opieki zdrowotnej oraz pozostałych usług niemedycznych. Za aktualizację Cennika odpowiada kierownik Działu Finansowo – Księgowy we współpracy z Działem Analiz i Działem Rozwoju, Promocji i Marketingu.
7. Wysokość opłat za udzielanie świadczeń zdrowotnych innych niż finansowane ze środków publicznych oraz wysokość opłat za inne usługi niemedyczne określa załącznik numer 3 do niniejszego regulaminu.

Rozdział 13

Postanowienia końcowe

§ 156.

1. Procedury organizacyjno – administracyjne dotyczące funkcjonowania Spółki nie ujęte w niniejszym regulaminie organizacyjnym, określone zostały w aktach wewnętrznych Spółki.
2. Zmiany niniejszego regulaminu organizacyjnego albo ustalenie nowego regulaminu organizacyjnego są dokonywane w formie uchwały Zarządu, wymagającej zatwierdzenia przez Radę Nadzorczą w formie uchwały.
3. Zmiana regulaminu organizacyjnego albo ustalenie nowego regulaminu organizacyjnego nie wymagają zachowania formy, w jakiej został sporządzony akt przekształcenia samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w spółkę.

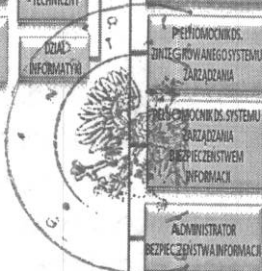
§ 157.

Niniejszy Regulamin organizacyjny wchodzi w życie z dniem zarejestrowania Spółki w Krajowym Rejestrze Sądowym.

§ 158.

Załącznik do regulaminu organizacyjnego:

1. schemat organizacyjny,
2. cennik opłat za udostępnianie dokumentacji medycznej,
3. cennik opłat za udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej innych niż finansowane z środków publicznych oraz innych opłat za inne usługi niemedyczne,
4. cennik usług za przechowywanie zwłok.



Załącznik nr 2 do Regulaminu Organizacyjnego z dniar.

CENNIK OPŁAT ZA UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

**Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Janusza Korczaka
w Słupsku Sp. z o. o.**

obowiązujący od dnia r.

Lp.	Rodzaj Usługi	Cena (zł)
1	Kserokopia za jedną stronę dokumentacji medycznej	0,81 zł brutto
2	Wydanie jednej strony wyciągu, odpisu lub kopię dokumentacji medycznej na elektronicznym nośniku danych	5,10 zł brutto

Zatwierdził:

CENNIK BADAŃ ZAKŁADU DIAGNOSTYKI MIKROBIOLOGICZNEJ

Wojewódzkiego Szpital Specjalistyczny
im. Janusza Korczaka w Słupsku Sp. z o.o.
obowiązujący od dnia..... r.



Adres: ul. Hubalczyków 1, 76-200 Słupsk
Kierownik: mgr Piotr Christyniuk –specjalista mikrobiologii medycznej
Kierownik telefon 59 8460189
Rejestracja telefon 59 8460188
fax: 59 8460198

Pracownie Zakładu Diagnostyki Mikrobiologicznej:

Pracownia Mikrobiologii Ogólnej
Pracownia Zakażeń Jelitowych
Pracownia Serologiczna
Pracownia Prątka Gruźlicy
Pracownia Mykologiczna

Zakład Diagnostyki Mikrobiologicznej posiada certyfikaty Centralnego Ośrodka Badań Jakości w Diagnostyce Mikrobiologicznej w Warszawie POLMICRO i Certyfikat Zewnętrznego Programu Oceny Jakości LABQUALITY w zakresie Mykologii i Parazytologii

Lp.	Nazwa badania	Cena (zł)
Badania posiewowe		
	Posiew moczu (ujemny)	16
	Posiew wymazów z gardła, nosa, ucha i inne (ujemny)	23
	Posiew kału w kierunku <i>Campylobacter</i>	60
	Posiew jelitowy	23
	Posiew beztlenowy (ujemny)	23
	Posiew kału w kierunku <i>Clostridium difficile</i> (ujemny)	18
	Posiew z pochwy, szyjki macicy, cewki moczowej (ujemny)	33

	Posiew w kierunku GBS (ujemny)	23
	Badanie w kierunku rzeżączki (preparat + posiew) (ujemny)	27
	Nosicielstwo gronkowca (z identyfikacją i antybiogramem)	30
	Wykrywanie mechanizmów oporności pałeczek ESBL(+) lub KPC(+)	20
Badania mykologiczne		
	Posiew w kierunku grzybic - skóra, paznokcie, włosy (preparat+posiew)	25
	Ilościowy posiew kału w kierunku grzybów	23
	Posiew wymazów z gardła, nosa, ucha i inne w kierunku grzybów	20
	Mykogram	25
Posiew na aparacie BACTEC		
	- tlenowy (ujemny)	25
	- beztlenowy (ujemny)	25
	- pediatriczna (ujemny)	25
	- Mycosis (podłoże selektywne do grzybów) (ujemny)	25
	Cena za butelkę BACTEC	
	- tlenowa	20
	- beztlenowa	20
	- pediatriczna	20
	- Mycosis (podłoże selektywne do grzybów)	20
Identyfikacja bakterii i antybiogram – metoda automatyczna		
	- pałeczki Gram (-) - identyfikacja i antybiogram	50
	- ziarenkowce Gram (+) - identyfikacja i antybiogram	50
	- <i>Streptococcus</i> - identyfikacja i antybiogram	50
	- grzyby - identyfikacja	40
Identyfikacja bakterii - manualna		
	Identyfikacja bakterii <i>Corynebacterium sp.</i>	25
	Identyfikacja bakterii <i>Neisseria sp./Haemophilus sp.</i>	25
	Identyfikacja bakterii beztlenowych	25
	Identyfikacja (test lateksowy) <i>Staphylococcus sp.</i>	5
	Identyfikacja bakterii <i>Enterococcus sp</i>	8

	Identyfikacja pałeczek Gram (-)	10
	Identyfikacja (test lateksowy) <i>Streptococcus sp.</i>	10
	preparat - metoda Grama	5
Antybiogram		
	Antybiogram metodą krążkową	25
	Antybiogram metodą MIC (jeden lek)	20
	Antybiogram metodą MIC (jeden lek przeciwwgrzybiczy)	45
	Antybiogram metodą MIC (jeden lek - beztlenowe)	22
Badania w kierunku pasożytów		
	Pasożyty jelitowe – badanie kału (jedno badanie)	14
	Preparat w kierunku <i>Enterobius vermicularis</i> (owsiki)	14
	<i>Lamblija intestynalis</i> – metoda serologiczna	30
Szybkie testy diagnostyczne - reumatologia		
	- odczyn Walera-Rosego	15
	- odczyn RF latex	15
	- odczyn ASO	15
Szybkie testy diagnostyczne – diagnostyka biegunek		
	Test na <i>Clostridium difficile</i> toksyna A i B oraz GDH	55
	Test na Rota i Adenowirusy	30
	Enteropatogenne <i>E. coli</i>	50
	Test kasetkowy do wykrywania antygenu Norowirusów	42
Badania serologiczne – diagnostyka i weryfikacja kiły		
	FTA ABS	44
	TPHA	30
	USR	6
	VDRL - szkiełkowy	15
Szybkie testy diagnostyczne		
	Test do wykrywania antygenu <i>Streptococcus pneumoniae</i> w moczu	43
	Test kasetkowy w kierunku <i>Legionella pneumophila</i> – antygen w moczu	40
	Test kasetkowy do wykrywania antygenu wirusa RS	28

Test lateksowy do oznaczania antygenów w płynie mózgowo-rdzeniowym, krwi i moczu (<i>Streptococcus pneumoniae</i> , <i>Haemophilus influenzae</i> , <i>Neisseria meningitidis</i> , <i>E. coli</i> K1)	52
Test z kału w kierunku antygeny <i>Helicobacter pylori</i>	25
Badania w kierunku prątków gruźlicy	
Badania w kierunku gruźlicy (wyniki posiewu po 8 tygodniach)	
Preparat bezpośredni BK - barwiony metoda Ziehl – Neelsena	10
Posiew w kierunku gruźlicy na podłożu Lowensteina-Jensena	35
Lekooporność na podłożu Lowensteina-Jensena	120
Badania na aparacie Micro MGIT	
Komplet - preparat bezpośredni BK, posiew w kierunku gruźlicy na podłożu Lowensteina-Jensena, posiew na aparacie Micro MGIT	75
Lekooporność na aparacie Micro MGIT + test potwierdzający	120
Test potwierdzający obecność prątków gruźlicy	33
Serologia bakteriologiczna – metoda ELISA	
Mycoplasma pneumoniae w surowicy – przeciwciała IgG	40
Mycoplasma pneumoniae w surowicy – przeciwciała IgM	40
Mycoplasma pneumoniae w surowicy – przeciwciała IgA	40
Chlamydia pneumoniae w surowicy – przeciwciała IgG	50
Chlamydia pneumoniae w surowicy – przeciwciała IgM	50
Chlamydia pneumoniae w surowicy – przeciwciała IgA	50
Bordetella pertusis w surowicy – przeciwciała IgG	45
Bordetella pertusis w surowicy – przeciwciała IgA	45
Helicobacter pylori w surowicy – przeciwciała IgG	36
Helicobacter pylori w surowicy – przeciwciała IgA	36
Chlamydia trachomatis w surowicy – przeciwciała IgG	45
Chlamydia trachomatis w surowicy – przeciwciała IgM	45
Chlamydia trachomatis w surowicy – przeciwciała IgA	45
Yersinia enterocolitica w surowicy – przeciwciała IgG	65
Yersinia enterocolitica w surowicy – przeciwciała IgM	65
Yersinia enterocolitica w surowicy – przeciwciała IgA	65
Mononukleoza – przeciwciała przeciw antygenowi kapsydowemu – klasa IgG	40
Mononukleoza – przeciwciała przeciw antygenowi kapsydowemu – klasa IgM	40

	Mononukleoza – przeciwciała przeciw antygenowi jądrowemu – klasa IgG	40
	Inne badania	
	Skuteczność lamp bakteriologicznych	20+VAT
	Skuteczność autoklawów i sterylizatorów	20+VAT
	Badania czystościowe z powierzchni	20+VAT
	Test LAL na endotoksyny bakteryjne (jedno badanie)	130+VAT
	Badanie w kierunku nużeńca	20
	Pobranie materiału do badań	5
	Badanie genetyczne na aparacie GeneXpert	
	PCR – badanie w kierunku prątków + Komplet - preparat bezpośredni BK, posiew w kierunku gruźlicy na podłożu Lowensteina-Jensena, posiew na aparacie Micro MGIT	325
	PCR w kierunku Clostridium difficile	290
	Badania wykonywane w jednostkach zewnętrznych	
	Testy wykrywające zakażenie prątkami gruźlicy – do ceny badania doliczane są koszty transportu	
	TB Spot®TB	210
	Qantiferon Gold TB	160
	PCR – badanie genetyczne	260

Cennik wewnętrzny dla badań genetycznych
Wojewódzkiego Szpital Specjalistyczny im. Janusza Korczaka
w Słupsku Sp. z o.o.

Lp.	Nazwa badania	Cena (zł)
	Badanie genetyczne na aparacie GeneXpert	
	PCR – badanie w kierunku prątków + Komplet - preparat bezpośredni BK, posiew w kierunku gruźlicy na podłożu Lowensteina-Jensena, posiew na aparacie Micro MGIT	290
	PCR w kierunku Clostridium difficile	265

Zatwierdził :

**CENNIK BADAŃ ZAKŁADU PATOMORFOLOGII
WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO
IM. JANUSZA KORCZAKA W SŁUPSKU Sp. z o.o.
obowiązujący od r.**

Adres: ul. Hubalczyków 1, 76-200 Słupsk; **Telefon:** 59 846 01 50

BADANIA HISTOCHEMICZNE

Lp.	Nazwa badania	Cena (zł)
1.	Badanie immunohistochemiczne	70,00 zł
2.	Badanie histochemiczne	45,00 zł

BADANIE HISTOPATOLOGICZNE

1.	Badanie histopatologiczne	35,00
2.	Badanie śródoperacyjne (mrożak 80,00 zł + badanie cytologiczne 35,00 zł + metoda zwykła 35,00 zł)	150,00

BADANIE CYTOLOGICZNE

1.	Biopsja cienkoigłowa +(cena badania USG/TK w razie potrzeby)	80,00
2.	Zabarwienie i ocena preparatów z biopsji cienkoigłowej	50,00

CYTOLOGIA ZŁUSZCZENIOWA

1.	Badanie płwociny, płyny z jam ciała	35,00
2.	Wymazy ginekologiczne	10,00

- Za badanie w przypadku materiału wymagającego użycia techniki parafinowej uważa się tę część , którą należy wydzielić w trakcie przygotowania technicznego i diagnostycznego ,np.:

1. **Jelito grube** z nowotworem min. 4 badania -guz, jelito poza guzem końce odcięcia, węzły chłonne (oraz gdy są obecne np. wyrostek robaczkowy,sieć,margines radialny,polipy, uchyłki jako kolejne badania)
2. **Macica** bez nowotworu 4 badania- szyjka, trzon, przydatki prawe i lewe
Macica z nowotworem- dodatkowo np. mankiet pochwy; 2 przymacicza
3. **Gruczoł krokowy** -z łagodnym rozrostem- płąt prawy i płąt lewy-2 badania
Gruczoł krokowy z nowotworem i pęcherzykami nasiennymi- 8 badań (2płaty , marginesod strony pęcherza i cewki, 2 pęcherzyki nasienne i 2 końce odcięcia nasieniowodów)
4. **Zmiana skórna** - 1 badanie, niezależnie od wielkości wycinka
Zmiany skórne z zaznaczoną lokalizacją -po jednym badaniu od lokalizacji

Zatwierdził:

Załącznik nr 3 do Regulaminu Organizacyjnego z dnia.....r.

CENNIK USŁUG KSEROGRAFICZNYCH

**Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego
im. Janusza Korczaka w Słupsku Sp. z o. o.
obowiązujący odr.**

Lp.	FORMAT PAPIERU 1-STRONNIE	CENA ZA JEDNĄ KOPIĘ
1.	A4 (czarno-białe)	0,50 zł



ZATWIERDZIŁ:

Załącznik nr 3 do Regulaminu Organizacyjnego z dniar.

CENNIK POSILKÓW

**Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego
Im. Janusza Korczaka w Słupsku Sp. z o. o.**

obowiązujący od dnia r.

Lp.	Rodzaj posiłku	Cena (zł)*
1	Catering - zestaw obiadowy (zupa, drugie danie, zestaw surówek)	22,00
2	śniadanie	6,00
3.	Kanapka	2,50
4.	Obiad: Zupa II danie	3,00 9,00
*do cen należy doliczyć podatek VAT		

Zatwierdził:

CENNIK USŁUG WYKONYWANYCH **W STERYLIZATORNI**

Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego
im. Janusza Korczaka w Słupsku Sp. z o. o.
obowiązujący od dnia.....r.

I. Sterylizacja parowa obejmująca cały proces technologiczny

1. Sterylizacja narzędzi

Materiał jest przyjmowany do sterylizacji po wstępnej dezynfekcji u zleceniodawcy.
Pozostałe etapy procesu są realizowane w Centralnej Sterylizatorni:

- mycie,
- suszenie,
- kontrola,
- układanie,
- proces sterylizacji,
- kontrola procesu sterylizacji (dokumentacja).

Cena sterylizacji narzędzi w torebkach (rękaw) papierowo- foliowych płaskich w zależności od długości i szerokości opakowania

Długość opakowania	Szerokość opakowania	Kod	Cena netto (w zł)
Opakowanie do 25 cm.	5,00	1NM5	1,95
	7,50	1NM7,5	2,04
	10,00	1NM10	2,20
	15,00	1NM15	2,31
	20,00	1NM20	2,41
	25,00	1NM25	2,52
Opakowanie od 26-30cm.	5,00	1NS5	2,52
	7,50	1NS7,5	2,62
	10,00	1NS10	2,73
	15,00	1NS15	2,94
	20,00	1NS20	3,15
	25,00	1NS25	3,36
Opakowanie od 31 do 38cm.	5,00	1ND5	3,36
	7,50	1ND7,5	3,57
	10,00	1ND10	3,78
	15,00	1ND15	3,99



	20,00	1ND20	4,20
	25,00	1ND25	4,41

Cena sterylizacji narzędzi w torebkach (rękawach) papierowo - foliowych z zakładką (fałdą) w zależności od długości i szerokości opakowania.

Długość opakowania	Szerokość opakowania	Kod	Cena netto (w zł)
Opakowanie od 25 do 34cm. z fałdą	15,00	1NMF15	6,51
	20,00	1NMF20	7,87
	25,00	1NMF25	9,83
	30,00	1NMF30	13,21
Opakowanie od 35 do 45 cm. z fałdą	15,00	1NSF15	9,83
	20,00	1NSF20	13,21
	25,00	1NSF25	15,75
	30,00	1NSF30	19,64
Opakowanie od 46 do 60 cm. z fałdą	15,00	1NDF15	13,21
	20,00	1NDF20	15,75
	25,00	1NDF25	19,64
	30,00	1NDF30	26,25

W przypadku innej wielkości opakowania produkt jest kwalifikowany według powierzchni jaką zajmuje w koszu (wymiar kosza 585mm.x 395mm.x195mm.)

Cena sterylizacji zestawów narzędziowych pakowanych w papier, w zależności od powierzchni jaką zestaw zajmuje w koszu (wymiar kosza 585mm.x395mm.x195mm.)

Nazwa	Kod	Cena netto (w zł)
1 kosz	1ZN1	72,45
0,75 kosza	1ZN34	54,60
0,5 kosza	1ZN12	36,75
0,25 kosza	1ZN14	18,37
0,15 kosza	1ZN18	9,18

2. Sterylizacja bielizny.

Cena w zależności od powierzchni jaką pakiet zajmuje w koszu (wymiar kosza 583x395x195mm.)

Bielizna w Centralnej Sterylizatorni podlega:

- kontroli,
- układaniu,
- pakowaniu,
- procesowi sterylizacji,
- kontroli procesu sterylizacji (dokumentacja).

Nazwa	Kod	Cena netto (w zł)
1 kosz	2B1	58,80
0,75 kosza	2B34	44,10
0,5 kosza	2B12	29,40
0,25 kosza	2B14	14,70
0,15 kosza	2B18	7,35

II. Sterylizacja parowa obejmująca część procesu technologicznego.

3. Sterylizacja bielizny.

Cena sterylizacji w zależności od powierzchni jaką pakiet zajmuje w koszu (wymiar kosza 583x395x195)

Bielizna w Centralnej Sterylizatorni podlega:

- pakowaniu,
- procesowi sterylizacji,
- kontroli procesu sterylizacji (dokumentacja)

Nazwa	Kod	cena netto (w zł)
1 kosz	3B1	47,04
0,75 kosza	3B34	35,28
0,5 kosza	3B12	23,52
0,25 kosza	3B14	11,76
0,15 kosza	3B18	5,88

4. Sterylizacja narzędzi

Materiał do sterylizacji jest przygotowywany przez zleceniodawcę, natomiast w Centralnej Sterylizatorni jest:

- kontrolowany,
- konserwowany,
- układany,
- pakowany,
- sterylizowany
- dokumentowany.

U. M.  

Długość opakowania	Szerokość opakowania (w cm)	Kod	Cena netto(w zł)
Opakowanie płaskie do 25 cm	5,0	4NM5	1,55
	7,5	4NM7,5	1,64
	10,0	4NM10	1,76
	15,0	4NM15	1,93
	20,0	4NM20	1,97
	25,0	4NM25	2,01
Opakowanie płaskie od 26 do 30 cm	5,0	4NS5	2,01
	7,5	4NS7,5	2,18
	10,0	4NS10	2,35
	15,0	4NS15	2,52
	20,0	4NS20	2,60
	25,0	4NS25	2,68
Opakowanie płaskie od 31 do 38 cm	5,0	4ND5	2,68
	7,5	4ND7,5	2,85
	10,0	4ND10	3,02
	15,0	4ND15	3,19
	20,0	4ND20	3,36
	25,0	4ND25	3,52
Opakowanie z fałdą od 25 do 34 cm	15,0	4NMF15	5,20
	20,0	4NMF20	6,30
	25,0	4NMF25	7,87
	30,0	4NMF30	10,50
Opakowanie z fałdą od 35 do 45 cm	15,0	4NSF15	7,87
	20,0	4NSF20	10,50
	25,0	4NSF25	12,60
	30,0	4NSF30	15,70
Opakowanie z fałdą od 46 do 60 cm	15,0	4NDF15	10,50
	20,0	4NDF20	12,60
	25,0	4NDF25	15,70
	30,0	4NDF30	20,10

W przypadku innej wielkości opakowania produkt jest kwalifikowany według powierzchni jaką produkt zajmuje w koszu(wymiar kosza 583mmx395x195mm)

Cena sterylizacji zestawów narzędziowych pakowanych w papier, w zależności od powierzchni jaką zestaw zajmuje w koszu (wymiar kosza 583mmx395x195mm)

Nazwa	Kod	Cena netto (w zł)
1 kosz	4ZN1	57,96

0,75 kosza	4ZN34	43,68
0,5 kosza	4ZN12	29,40
0,25 kosza	4ZN14	14,70
0,15 kosza	4ZN18	7,78

5. Sterylizacja materiału

Materiał dostarcza zleceniodawca, a zleceniobiorca pakuje i sterylizuje.

Materiał pakowany w torebkę (rękaw) papierowo- foliową płaską

Długość opakowania	Szerokość opakowania (cm)	Kod	Cena netto (w zł)
Opakowanie do 25cm	7,5	5M7,5	0,53
	10,0	5M10	0,79
	12,0	5M12	0,94
	15,0	5M15	1,31
	20,0	5M20	1,96
Opakowanie od 26 do 30cm	7,5	5S7,5	0,79
	10,0	5S10	0,94
	12,0	5S12	1,31
	15,0	5S15	1,96
	20,0	5S20	2,62
Opakowanie od 31 do 38 cm	7,5	5D7,5	0,79
	10,0	5D10	1,31
	12,0	5D12	1,96
	15,0	5D15	2,62
	20,0	5D20	3,36

Materiał pakowany w torebkę (rękaw) papierowo- foliową z zakładką (fałdą)

Długość opakowania	Szerokość opakowania (cm)	Kod	Cena netto(w zł)
Opakowanie od 25 do 34 cm fałdą	15,0	5MF15	5,21
	20,0	5MF20	6,30
	25,0	5MF25	7,87
	30,0	5MF30	10,50
Opakowanie od 35 do 40 cm z fałdą	15,0	5SF15	7,87
	20,0	5SF20	10,50
	25,0	5SF25	12,60
	30,0	5SF30	15,70
Opakowanie od 50 do 60 cm z fałdą	15,0	5DF15	11,19
	20,0	5DF20	12,60
	25,0	5DF25	15,70
	30,0	5DF30	21,00

W. Byk Hg C. O.

III. Sterylizacja parowa obejmująca część procesu technologicznego

1. Sterylizacja gotowych pakietów.

Materiał do sterylizacji przygotowywany jest przez zleceniodawcę (dezynfekowany, myty, suszony, kontrolowany, konserwowany, układany i pakowany). W Centralnej Sterylizatorni jest poddawany procesowi sterylizacji. Cena sterylizacji w zależności od powierzchni jaką pakiet zajmuje w koszu.

Nazwa	Kod	Cena netto (w zł)
1 kosz	6GP1	36,75
0,75 kosza	6GP34	27,56
0,5 kosza	6GP12	18,37
0,25 kosza	6GP14	9,18
0,15 kosza	6GP18	4,58



IV. Sterylny materiał opatrunkowy

Materiał opatrunkowy	Ilość sztuk w opakowaniu	Kod	Cena netto (w zł)
Kompresy 8w. 5cm x 5cm	1	K815	0,24
	2	K825	0,29
	3	K835	0,37
	4	K845	0,65
	5	K855	0,68
	10	K8105	0,95
	20	K8205	1,92
Kompresy 8w. 7,5cm x 7,5cm	2	K827,5	0,48
	3	K837,5	0,59
	4	K847,5	0,71
	5	K857,5	0,94
	10	K8107,5	1,39
	14	K8147,5	1,84
	20	K8207,5	2,64
	30	K8307,5	3,93
	50	K8507,5	5,25
Kompresy 8w. 10cm x 10cm	2	K8210	0,63
	3	K8310	0,79
	4	K8410	0,98
	5	K8510	1,31
	10	K81010	1,97
	14	K81410	2,89
	20	K82010	4,03
	30	K83010	6,18

	40	K84010	8,00
	50	K85010	9,87
Materiał opatrunkowy	Ilość sztuk w opakowaniu	Kod	Cena netto (w zł)
Kompresy 16w. 7,5 cm x 7,5cm	5	K1657,5	1,51
	10	K16107,5	2,64
	20	K16207,5	5,36
Kompresy 16w. 10 cm x 10cm	2	K16210	1,44
	5	K16510	2,12
	10	K161010	4,23
	20	K162010	8,45
	40	K164010	15,87
Kompresy 16w. 10cm x 20cm	1	K16120	1,22
	2	K16220	2,14
	5	K16520	5,05
	10	K161020	9,41
Włóknina 75cm x 75 cm	1	w75 1	1,50
	2	w75 2	2,52
Serwety 30cm x 30 cm	1	S 30 1	3,11
	2	S30 2	5,88
	3	S30 3	8,61
	4	S30 4	11,13
	5	S30 5	14,45
Serwety 45cm x 45 cm	1	S45 1	4,23
	2	S45 2	7,71
	3	S45 3	11,28
	4	S45 4	14,70
	5	S45 5	18,77
Serwety 50cm x 50cm	1	S50 1	5,30
	2	S50 2	10,23
	4	S50 4	20,41
	5	S50 5	25,29
Serwety 75cm x 90cm	1	S7590 1	10,32
	2	S7590 2	20,18
	5	S75905	49,77
Seton 1cm	1	ST1 1	1,05
Seton 2cm	1	ST2 1	1,28
Seton 5cm	1	ST51	1,84
Bandaż 5cm	1	B51	0,53
	2	B52	1,08
Bandaż 10cm	1	B10 1	0,76

u. 74 84

Bandaż 15cm	1	B15 1	1,08
Paczki okulistyczne	1	P1	0,60
Ręczniki chirurgiczne	50	R50	5,77
Podpaski ginekologiczne	10	PG10	7,35
Wata - rolki	1	WT1	2,05
	2	WT2	4,03
Kieliszki plastikowe	4	KP4	1,16
	5	KP5	1,44
	10	KP10	2,61
Kule 20cm x 20cm	1	K20 1	0,50
	2	K20 2	0,69
	3	K20 3	0,98
	5	K20 5	1,59
	10	K20 10	3,10
Kule 30cm x 30cm	2	K30 2	1,03
	3	K30 3	1,53
	5	K30 5	2,40
	10	K3010	4,46
Kule 50cm x 50cm	2	K502	1,96
	4	K504	3,90
	6	K506	5,80
	8	K508	7,70
Stożki 12cm x 12cm	3	SŻ12 3	0,94
	8	SŻ12 8	2,35
Fasolki 15cm x 15cm	1	F15 1	0,33
	2	F15 2	0,56
	3	F15 3	0,78
	5	F15 5	1,23
	10	F15 10	2,43
	20	F15 20	4,70
Rożki 18cm x 18cm	1	R18 1	0,37
	2	R18 2	0,65
	3	R18 3	0,94
	5	R18 5	1,48
	10	R18 10	2,98

V. Inne

Nazwa	Ilość	Kod	Cena netto (w zł)
Woda demineralizowana	1 litr	WD	0,78

Rękawiczki	1 szt.		0,50

- UWAGA :Podane ceny są cenami netto, do których należy doliczyć 23% podatku VAT.

Zatwierdził:

151

151

151

151

**WEWNĘTRZNY CENNIK USŁUG PRALNICZYCH DLA PRACOWNIKÓW
WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO
im. JANUSZA KORCZAKA W SŁUPSKU Sp. z o.o.
obowiązujący odr.**

Adres: ul. Hubalczyków 1, 76-200 Słupsk; **telefon:** 59 846 01 30

Kontakt telef.: 510036 628

Do powyższych cen Netto doliczany jest należny podatek VAT 23%

USŁUGI PRANIA WODNEGO z DEZYNFEKCJĄ str.1.

Lp.	Nazwa usługi	Jed. miary	Cena (zł) netto
1.	Pranie z maglowaniem bielizny pościelowej	kg	3,95 zł
2	Pranie z suszeniem bielizny osobistej (np. dresy, spódnice)	kg	4,50 zł
3	Pranie z suszeniem ręczników frote	kg	4,00 zł
4.	Pranie z maglowaniem ścierek	kg	3,95 zł
5.	Pranie zasłon	kg	4,50 zł
6.	Pranie z suszeniem koca	szt	8,00 zł
7.	Pranie z suszeniem kołder zwykłych	szt	9,50 zł
8.	Pranie z suszeniem kołder puchowych	szt	15,00 zł
9.	Pranie z suszeniem poduszek z pierza	szt	10,00 zł
10	Pranie z suszeniem poduszek Jaski	szt	4,00 zł
11	Pranie z suszeniem kurtek zwykłych letnich	szt	7,00 zł
12	Pranie z suszeniem kurtek ocieplanych	szt	9,00 zł
13	Pranie z suszeniem śpiworów pojedynczych	szt	15,00 zł
14	Pranie z suszeniem narzut	kg	4,00 zł
15	Pranie suszenie chodników miękkich	kg	4,00 zł
16	Pranie suszenie, materacy przeciwoleżynowych	kg	6,00 zł
17	Pranie suszenie pokrowców z wersalek	kg	4,00 zł

Zatwierdził: