

Załącznik nr 1 do Zarządzenia Dyrektora USOR
w Zakopanem nr 11/2026 z dnia 13 marca 2026 roku

REGULAMIN ORGANIZACYJNY

Uniwersyteckiego Szpitala Ortopedyczno-Rehabilitacyjnego w Zakopanem

kwiecień 2026 r.



Spis treści:

I.	Postanowienia ogólne	- 4 -
II.	Struktura organizacyjna	- 6 -
III.	Zasady kierowania Szpitalem	- 7 -
IV.	Działalność medyczna	- 8 -
	Komórki organizacyjne działalności medycznej.....	- 9 -
	Poradnia Ortopedyczna	- 9 -
	Kliniczne Oddziały Szpitalne	- 9 -
	Kliniczny Oddział Ortopedyczny	- 10 -
	Kliniczny Oddział Intensywnej Terapii i Anestezjologii	- 11 -
	Dział Anestezjologii.....	- 11 -
	Kliniczny Oddział Rehabilitacyjny	- 11 -
	Dział Rehabilitacji.....	- 12 -
	Blok Operacyjny.....	- 12 -
	Sekcja Diagnostyki.....	- 13 -
	Laboratorium	- 13 -
	Apteka Szpitalna	- 14 -
	Personel medyczny.....	- 14 -
	Lekarze Kierujący Kliniknymi Oddziałami i Lekarze Koordynatorzy.....	- 14 -
	Lekarz Dyżurny	- 15 -
	Lekarz Koordynator ds. Akredytacji	- 16 -
	Naczelna Pielęgniarka	- 16 -
	Pielęgniarki Oddziałowe i Pielęgniarki Koordynujące	- 17 -
V.	Działalność niemedyzna	- 17 -
	Pion Organizacyjny	- 17 -
	Komórki Pionu Organizacyjnego	- 18 -
	Kancelaria.....	- 18 -
	Sekcja Statystyki Medycznej	- 18 -
	Sekcja Informatyki	- 19 -
	Sekcja Techniczno-Gospodarcza	- 20 -
	Sekcja ds. Zamówień Publicznych	- 21 -
	Pion Finansowy	- 21 -
	Komórki Pionu Finansowego.....	- 22 -
	Księgowość.....	- 22 -
	Ewidencja i Analiza Kosztów.....	- 22 -
	Kasa i Inwentarz	- 23 -

Sekcja Kadr i Rachuby Plac	- 24 -
VI. Samodzielne stanowiska pracy	- 24 -
Samodzielne Stanowisko Pracy ds. Aparatury Medycznej	- 24 -
Specjalista ds. Epidemiologii	- 24 -
Inspektor BHP i ppoż.	- 25 -
Pełnomocnik ds. ochrony informacji niejawnych i spraw obronnych.....	- 25 -
Archiwista Zakładowy.....	- 26 -
Kapelan Szpitalny	- 27 -
Inspektor Ochrony Danych Osobowych.....	- 27 -
Obsługa Prawna Szpitala	- 27 -
Pełnomocnik ds. Zarządzania Jakością	- 28 -
VII. Organizacja i zadania poszczególnych komórek organizacyjnych	- 28 -
VIII. Obowiązki, uprawnienia i odpowiedzialność Pracowników.....	- 29 -
IX. Współdziałanie komórek organizacyjnych.....	- 30 -
X. Przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych.....	- 31 -
XI. Okołooperacyjna Karta Kontrolna	- 33 -
XII. Postępowanie w razie śmierci pacjenta	- 33 -
XIII. Opłaty pobierane przez Szpital i organizacja procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat.....	- 33 -
XIV. Warunki współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą	- 34 -
XV. Prawa i obowiązki pacjenta	- 34 -
XVI. Skargi i wnioski	- 34 -
XVII. Postanowienia końcowe	- 34 -

I. Postanowienia ogólne

§ 1.

Uniwersytecki Szpital Ortopedyczno-Rehabilitacyjny w Zakopanem, zwany dalej Szpitalem działa w oparciu o:

1. ustawę z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2025 r., poz. 450 z późn. zm.), zwaną dalej Ustawą,
2. ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2025 r., poz. 1461 z późn. zm.),
3. ustawę z dnia 29 września 1994 roku o rachunkowości (t.j. Dz. U. z 2023 r., poz. 120 z późn. zm.),
4. ustawę z dnia 27 sierpnia 2009 roku o finansach publicznych (Dz. U. z 2025 r., poz. 1483 z późn. zm.),
5. ustawę z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz. U. z 2024 r., poz. 581 z późn. zm.),
6. Statut USOR w Zakopanem,
7. inne przepisy regulujące działalność samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

§ 2.

1. Regulamin Organizacyjny Uniwersyteckiego Szpitala Ortopedyczno-Rehabilitacyjnego w Zakopanem, zwany dalej Regulaminem określa:
 - 1) nazwę, cele i zadania Szpitala, rodzaj działalności leczniczej oraz miejsce, zakres i przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym także ogólne zasady postępowania z dokumentacją medyczną,
 - 2) strukturę organizacyjną oraz organizację i zadania poszczególnych zakładów leczniczych i komórek organizacyjnych, a także sposób kierowania tymi zakładami leczniczymi i komórkami organizacyjnymi oraz sposób ich współdziałania,
 - 3) warunki współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą,
 - 4) wysokość opłat za udostępnianie dokumentacji medycznej,
 - 5) wysokość opłat za udzielanie świadczeń zdrowotnych innych niż finansowane ze środków publicznych,
 - 6) organizację procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat,
 - 7) prawa i obowiązki Pacjenta,
 - 8) zasady składania skarg i wniosków.
2. Regulamin ustala Dyrektor Uniwersyteckiego Szpitala Ortopedyczno-Rehabilitacyjnego w Zakopanem.

§ 3.

1. Uniwersytecki Szpital Ortopedyczno-Rehabilitacyjny w Zakopanem, zwany dalej Szpitalem jest podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą, działającym w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.
2. Szpital wykonuje określone rodzaje działalności leczniczej w następujących zakładach leczniczych:
 - 1) *Kliniczny Szpital Ortopedyczny i Rehabilitacyjny w Zakopanem*, w którym wykonywane są stacjonarne i całodobowe świadczenia szpitalne,
 - 2) *Kliniczna Przychodnia Ortopedyczna i Rehabilitacyjna w Zakopanem*, w której wykonywane są specjalistyczne ambulatoryjne świadczenia zdrowotne, świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej udzielane w warunkach niewymagających ich udzielania w trybie stacjonarnym i całodobowym, a także badania diagnostyczne.

§ 4.

1. Szpital posiada osobowość prawną.

2. Szpital posiada identyfikator w systemie Regon 000296377, numer identyfikacji podatkowej NIP 736-145-99-82, oraz wpis do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Małopolskiego (W-12) pod numerem 0000018584.
3. Podmiotem tworzącym Szpitala jest Uniwersytet Jagielloński w Krakowie (zwany dalej Uczelnią).

§ 5.

1. Siedzibą Szpitala jest Zakopane.
2. Świadczenia zdrowotne są udzielane w budynku Szpitala usytuowanym przy ul. Oswalda Balzera 15, 34-500 Zakopane.

§ 6.

1. Rada Społeczna jest organem inicjującym i opiniodawczym podmiotu tworzącego Szpital oraz organem doradczym Dyrektora.
2. Zasady i tryb działania Rady Społecznej określa ustawa, Statut Szpitala oraz Regulamin działalności Rady Społecznej Uniwersyteckiego Szpitala Ortopedyczno-Rehabilitacyjnego w Zakopanem.

§ 7.

Celami działania Szpitala są:

- 1) udzielanie świadczeń zdrowotnych w powiązaniu z realizacją zadań dydaktycznych i badawczych Uczelni z racji działania Kliniki Ortopedii UJ CM, ze szczególnym uwzględnieniem świadczeń wysokospecjalistycznych i promocją zdrowia, w tym wdrażanie nowych technologii medycznych oraz metod leczenia,
- 2) przygotowywanie osób do wykonywania zawodu medycznego i kształcenie osób wykonujących zawód medyczny a także uczestniczenie w doskonaleniu zawodowym przedstawicieli innych zawodów,
- 3) uczestniczenie w realizacji zadań i programów zdrowotnych oraz naukowych zleczanych przez instytucje naukowe, zakłady pracy, organizacje społeczne, jednostki samorządu terytorialnego i inne podmioty,
- 4) uczestniczenie w wykonywaniu zadań mających na celu podnoszenie wiedzy i standardów świadczeń medycznych; w tym zakresie Szpital może prowadzić badania naukowe i prace badawczo-rozwojowe oraz uczestniczyć w krajowych i międzynarodowych przedsięwzięciach tego typu.

§ 8.

Rodzajami działalności leczniczej Szpitala są:

- 1) stacjonarne i całodobowe szpitalne świadczenia zdrowotne,
- 2) ambulatoryjne świadczenia zdrowotne,
- 3) diagnostyczne świadczenia zdrowotne.

§ 9.

1. Do zadań Szpitala należy:
 - 1) udzielanie szpitalnych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych,
 - 2) udzielanie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych,
 - 3) wykonywanie badań diagnostycznych dla innych podmiotów leczniczych,
 - 4) profilaktyka i promocja zdrowia,
 - 5) prowadzenie działalności naukowo – badawczej oraz dydaktycznej,
 - 6) prowadzenie działalności szkoleniowej,
 - 7) prowadzenie spraw związanych ze statystyką medyczną i analizą medyczną,
 - 8) prowadzenie działalności związanej z bezpieczeństwem i higieną pracy i ppoż.,
 - 9) realizowanie zadań związanych z obronnością kraju,
 - 10) wykonywanie innych zadań wynikających z odrębnych przepisów.
2. Szpital może także wykonywać działalność gospodarczą w szczególności w zakresie:
 - 1) usług zdrowotnych i diagnostycznych,
 - 2) wynajmu i dzierżawy pomieszczeń i gruntów,

- 3) wynajmu i użyczenia aparatury i sprzętu medycznego oraz sprzętu użytkowego,
- 4) sterylizacji sprzętu,
- 5) usług gastronomicznych,
- 6) usług parkingowych,
- 7) usług kserograficznych.

§ 10.

Postępowanie kancelaryjne w Szpitalu, obieg dokumentów, rejestrację, znakowanie pism, używanie pieczęci określa Instrukcja Kancelaryjna zatwierdzona przez Dyrektora.

§ 11.

Wewnętrzny porządek oraz czas pracy poszczególnych grup zawodowych określa Regulamin Pracy ustalony przez Dyrektora, po uzgodnieniu ze Związkami Zawodowymi działającymi w Szpitalu.

II. Struktura organizacyjna

§ 12.

Struktura organizacyjna Szpitala składa się z:

- 1) komórek organizacyjnych działalności medycznej,
- 2) komórek organizacyjnych działalności niemedycznej,
- 3) samodzielnych stanowisk pracy,
- 4) zespołów i komisji.

§ 13.

1. Komórkami organizacyjnymi działalności medycznej są:

- 1) Poradnia Ortopedyczna,
- 2) Kliniczny Oddział Ortopedyczny,
- 3) Kliniczny Oddział Intensywnej Terapii i Anestezjologii,
- 4) Kliniczny Oddział Rehabilitacyjny,
- 5) Dział Rehabilitacji,
- 6) Dział Anestezjologii,
- 7) Blok Operacyjny,
- 8) Sekcja Diagnostyki,
- 9) Laboratorium,
- 10) Apteka Szpitalna.

2. Komórki organizacyjne działalności medycznej podlegają bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa, a w zakresie opieki pielęgniarskiej bezpośrednio Naczelnej Pielęgniarce.

§ 14.

1. Komórkami organizacyjnymi działalności niemedycznej są:

- 1) Pion Organizacyjny: Kancelaria, Sekcja Statystyki Medycznej, Centralna Rejestracja, Sekretariaty Medyczne, Sekcja Informatyki, Sekcja Techniczno-Gospodarcza, Sekcja ds. Zamówień Publicznych;
- 2) Pion Finansowy: Księgowość, Ewidencja i Analiza Kosztów, Kasa i Inwentarz.
- 3) Sekcja Kadr i Rachuby Płac.

2. Komórki organizacyjne działalności niemedycznej Pionu Organizacyjnego podlegają Zastępcy Dyrektora ds. Organizacyjno-Ekonomicznych, a Pionu Finansowego – Głównemu Księgowemu.

§ 15.

1. Samodzielne stanowiska pracy:

- 1) SSP ds. Aparatury Medycznej,
- 2) Specjalista ds. Epidemiologii,

- 3) Inspektor BHP i PPOŻ.,
 - 4) Pełnomocnik ds. ochrony informacji niejawnych i spraw obronnych,
 - 5) Archiwista Zakładowy,
 - 6) Kapelan Szpitalny,
 - 7) Inspektor Ochrony Danych Osobowych,
 - 8) Obsługa prawna Szpitala,
 - 9) Pełnomocnik ds. Zarządzania Jakością.
2. Samodzielne stanowiska pracy podlegają bezpośrednio Dyrektorowi. Samodzielne stanowiska pracy świadczą pracę na rzecz wszystkich komórek organizacyjnych Szpitala.
 3. Dyrektor może, w drodze zarządzenia, tworzyć samodzielne stanowiska pracy do określonych celów.

§ 16.

1. W Szpitalu działają zespoły i komisje, które powoływane są przez Dyrektora w zależności od obowiązujących przepisów prawnych, oraz bieżącej sytuacji.
2. Szczegółowe zasady funkcjonowania zespołów i komisji regulują odpowiednie Zarządzenia Dyrektora.

§ 17.

Szczegółową strukturę organizacyjną przedstawia **Załącznik nr 1** do niniejszego Regulaminu.

III. Zasady kierowania Szpitalem

§ 18.

Dyrektor Szpitala

1. Dyrektor kieruje działalnością Szpitala i reprezentuje Szpital na zewnątrz.
2. Dyrektor jest przełożonym wszystkich pracowników.
3. Dyrektor ponosi odpowiedzialność za zarządzanie Szpitalem.
4. Dyrektor wykonuje swoje obowiązki przy pomocy Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa oraz Zastępcy Dyrektora ds. Organizacyjno-Ekonomicznych.
5. Podczas nieobecności Dyrektora Szpitalem kierują jego Zastępcy lub osoba przez niego upoważniona.

§ 19.

Zadania Dyrektora Szpitala

1. Dyrektor wykonując swoją funkcję zapewnia w szczególności:
 - 1) koordynację działania wszystkich komórek organizacyjnych w zakresie zgodności z zadaniami statutowymi,
 - 2) organizację kontroli wykonywania zadań przez poszczególne komórki organizacyjne,
 - 3) współdziałanie z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą,
 - 4) realizację zadań zleconych przez podmiot tworzący – Uniwersytet Jagielloński,
 - 5) udzielanie świadczeń zdrowotnych wyłącznie przez osoby o odpowiednich uprawnieniach i kwalifikacjach zawodowych określonych odrębnymi przepisami,
 - 6) bieżący nadzór nad wykonywaniem zadań statutowych.
2. Dyrektor wydaje wewnętrzne akty prawne, których projekty sporządzają Pracownicy właściwych komórek organizacyjnych lub Obsługa prawna Szpitala:
 - 1) zarządzenia,
 - 2) decyzje,
 - 3) instrukcje,
 - 4) procedury.
3. Dyrektor wyznacza swoich zastępców.
4. Dyrektor podejmuje decyzje w sprawach pracowniczych.
5. Dyrektor zawiera umowy cywilno-prawne na realizację świadczeń zdrowotnych i inne.
6. Dyrektor ostatecznie rozpatruje skargi, wnioski i zażalenia Pracowników i Pacjentów.

7. Dyrektor wydaje i zatwierdza Regulaminy obowiązujące w Szpitalu.
8. Do wyłącznej aprobaty Dyrektora należą sprawy:
 - 1) związane z wykonywaniem funkcji Kierownika w Szpitalu,
 - 2) kierownictwo i nadzór nad działalnością osób bezpośrednio podległych,
 - 3) zmiany struktury zatrudnienia,
 - 4) współdziałanie z Radą Społeczną i Związkami Zawodowymi,
 - 5) współdziałanie z organem założycielskim oraz podmiotami wykonującymi działalność leczniczą,
 - 6) wydawanie wewnętrznych aktów prawnych,
 - 7) ustalanie Regulaminu Organizacyjnego,
 - 8) zakup sprzętu i aparatury medycznej z zachowaniem przepisów prawa,
 - 9) wnioskowanie o przyznanie funduszy zewnętrznych, w tym funduszy unijnych, przeznaczonych na działalność Szpitala.
9. Dyrektor może upoważnić Zastępcę do wykonywania określonego zakresu czynności leżących w kompetencjach Dyrektora.

IV. Działalność medyczna

§ 20.

Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa

1. Komórkami organizacyjnymi działalności medycznej Uniwersyteckiego Szpitala Ortopedyczno-Rehabilitacyjnego w Zakopanem kieruje i zarządza Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa, który podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.
2. Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa odpowiada przed Dyrektorem za stan i jakość opieki leczniczej Szpitala.
3. Do podstawowych zadań i obowiązków Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa należy:
 - 1) organizowanie świadczeń zdrowotnych Szpitala w sposób zapewniający właściwy poziom referencyjny,
 - 2) dbanie o dostępność, ciągłość i jakość udzielania świadczeń zdrowotnych,
 - 3) bieżąca analiza wykonania kontraktu Szpitala z płatnikiem publicznym,
 - 4) rozpatrywanie wniosków, skarg i uwag chorych lub osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych, usług medycznych a także podejmowanie działań, które w przyszłości wyeliminują stwierdzone nieprawidłowości,
 - 5) określenie liczby i rodzaju specjalistycznego personelu medycznego niezbędnego do zabezpieczenia realizowanych świadczeń zdrowotnych oraz sprawowanie nadzoru nad pracą tego personelu,
 - 6) zatwierdzanie szczegółowego zakresu obowiązków personelu medycznego w formie zakresów czynności, regulaminów służbowych, instrukcji postępowania,
 - 7) nadzór nad właściwym poziomem higieniczno-sanitarnym w użytkowanych pomieszczeniach i obiektach,
 - 8) kontrola nad prawidłową realizacją zawartych umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych,
 - 9) zapewnienie i zabezpieczenie właściwego obiegu dokumentacji medycznej, kontroli jej sporządzania, gromadzenia i przechowywania,
 - 10) nadzór nad gospodarką lekami i artykułami sanitarnymi stosowanymi w podległych komórkach organizacyjnych,
 - 11) nadzór nad zaopatrzeniem w sprzęt medyczny i prawidłowym wykorzystaniem aparatury medycznej,
 - 12) nadzór nad prawidłowym przebiegiem kształcenia i doskonalenia personelu medycznego,
 - 13) przedstawianie Dyrektorowi Szpitala wniosków w zakresie spraw osobowych pracowników medycznych,
 - 14) uczestniczenie w przygotowywaniu długo-, średnio-, i krótkookresowych planów finansowych Szpitala,
 - 15) współdziałanie z innymi komórkami organizacyjnymi Szpitala,

- 16) wykonywanie innych zadań zleconych przez Dyrektora wiążących się bezpośrednio z jego zakresem działalności, a nie objętych niniejszym Regulaminem.

Komórki organizacyjne działalności medycznej

§ 21.

Poradnia Ortopedyczna

1. Poradnia Ortopedyczna, zwana dalej Poradnią to komórka organizacyjna działalności medycznej Szpitala udzielająca ambulatoryjnych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych z zakresu ortopedii i traumatologii narządu ruchu.
2. Nadzór nad działalnością medyczną Poradni Ortopedycznej sprawuje Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa.
3. Merytoryczny nadzór nad organizacją pracy w Poradni Ortopedycznej sprawuje Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa przy wsparciu techniczno-logistycznym Zastępcy Dyrektora ds. Organizacyjno-Ekonomicznych.
4. Wsparcie techniczne w rejestracji pacjentów ambulatoryjnych zapewnia Centralna Rejestracja, przy pomocy rejestratorek medycznych.
5. Starsza Rejestratorka Medyczna odpowiada za organizację i funkcjonowanie Centralnej Rejestracji pod względem merytorycznym, organizacyjnym i ekonomicznym.
6. Do zadań Centralnej Rejestracji należy w szczególności:
 - 1) przyjmowanie pacjentów na leczenie ambulatoryjne i w oddziale dziennym,
 - 2) wykonywanie czynności sprawozdawczych i prowadzenie list oczekujących na leczenie,
 - 3) rzetelne prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami,
 - 4) archiwizowanie dokumentacji medycznej,
 - 5) wspomaganie pracy personelu medycznego pracującego każdorazowo w Poradni,
 - 6) pobieranie opłat za świadczenia medyczne inne niż finansowane ze środków publicznych,
 - 7) współdziałanie z innymi komórkami organizacyjnymi Szpitala,
 - 8) wykonywanie innych zadań zleconych przez Dyrektora, a nie objętych niniejszym Regulaminem.
7. Poradnia prowadzi gabinety. Ich ilość jest dostosowana do potrzeb i aktualnych możliwości kadrowo-technicznych Uniwersyteckiego Szpitala Ortopedyczno-Rehabilitacyjnego w Zakopanem.
8. W ramach Poradni funkcjonuje Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy, w którym wykonywane są procedury zabiegowe pacjentom ambulatoryjnym. Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy prowadzi rejestr wykonywanych zabiegów.
9. Do zadań Poradni należy w szczególności:
 - 1) udzielanie indywidualnych porad specjalistycznych,
 - 2) przeprowadzanie ambulatoryjnych zabiegów specjalistycznych,
 - 3) prowadzenie spraw związanych z dokumentacją i statystyką medyczną,
 - 4) kwalifikowanie na leczenie stacjonarne chorych uprzednio leczonych w Szpitalu, jak również chorych kierowanych przez inne podmioty lecznicze,
 - 5) współpraca ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Szpitala w oparciu o niniejszy Regulamin, regulaminy poszczególnych komórek organizacyjnych oraz o aktualnie obowiązujące regulacje prawne,
 - 6) wykonywanie innych zadań zleconych przez Dyrektora, a nie objętych niniejszym Regulaminem.

§ 22.

Kliniczne Oddziały Szpitalne

1. Kliniczne Oddziały Szpitalne zapewniają całodobową opiekę stacjonarną w zakresie odpowiedniej specjalności.
2. Do zadań Klinicznych Oddziałów Szpitalnych należy w szczególności:

- 1) udzielanie kwalifikowanej pomocy medycznej podczas planowego leczenia, a także w przypadkach nagłych,
 - 2) udzielanie świadczeń konsultacyjnych pacjentom z innych Klinicznych Oddziałów oraz pacjentom kierowanym na konsultacje specjalistyczne przez Poradnię Ortopedyczną i podmioty, z którymi zostały zawarte umowy w tym zakresie,
 - 3) zabezpieczenie rehabilitacji, w tym wczesnej rehabilitacji przyłóżkowej, pacjentom wymagającym usprawnienia,
 - 4) wykonywanie badań diagnostycznych, na rzecz pacjentów hospitalizowanych i ambulatoryjnych, w oparciu o odpowiednie pracownie diagnostyczne,
 - 5) zapewnienie profesjonalnej, holistycznej opieki lekarskiej i pielęgniarstwa na optymalnym poziomie ilościowym i jakościowym, uwarunkowanej stanem zdrowia pacjenta,
 - 6) zapewnienie przyjętemu pacjentowi leków zgodnych z profilem leczenia i artykułów sanitarnych,
 - 7) zapewnienie pomieszczenia i wyżywienia odpowiedniego do stanu zdrowia,
 - 8) utrzymanie kontaktu z rodzinami pacjentów lub ich opiekunami prawnymi,
 - 9) prowadzenie instruktażu w zakresie włączania pacjentów i ich rodzin do realizacji zachowań prozdrowotnych,
 - 10) prowadzenie specjalizacji, szkoleń oraz doksztalcania pracowników medycznych,
 - 11) prowadzenie spraw związanych z dokumentacją i statystyką medyczną,
 - 12) gromadzenie informacji medycznych z realizacji kontraktu z płatnikiem publicznym oraz innymi podmiotami w zakresie udzielanych przez Oddział świadczeń zdrowotnych,
 - 13) współpraca ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Szpitala w oparciu o niniejszy Regulamin oraz o aktualnie obowiązujące regulacje prawne,
 - 14) wykonywanie innych zadań zleconych przez Dyrektora, a nie objętych niniejszym Regulaminem.
3. Wsparcie techniczne w rejestracji pacjentów stacjonarnych zapewnia Centralna Rejestracja, przy pomocy rejestratorów medycznych.

§ 23.

Kliniczny Oddział Ortopedyczny

1. Kliniczny Oddział Ortopedyczny jest podstawową komórką organizacyjną Szpitala, podlegającą bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa. Jego wielkość określa Dyrektor Szpitala.
2. Kliniczny Oddział Ortopedyczny podzielony jest na odcinki.
3. Pracą Klinicznego Oddziału Ortopedycznego kieruje Lekarz Kierujący Oddziałem – specjalista z zakresu Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu, podlegający bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa, który jest odpowiedzialny za całą działalność Oddziału pod względem leczniczym, administracyjnym i gospodarczym. Za funkcjonowanie poszczególnych odcinków odpowiadają wyznaczeni przez niego Koordynatorzy.
4. Lekarz Kierujący Oddziałem kieruje pracą Oddziału przy pomocy Starszych Asystentów - Koordynatorów, Lekarzy Asystentów, Naczelnej Pielęgniarki oraz Pielęgniarek Koordynujących. Pracę wspomagają sekretarki medyczne poszczególnych odcinków.
5. Do zadań Klinicznego Oddziału Ortopedycznego należy w szczególności:
 - 1) diagnostyka i leczenie pacjentów ze schorzeniami i pourazowymi uszkodzeniami układu kostno-stawowego,
 - 2) świadczenie usług z zakresu rehabilitacji osobom bezpośrednio po przebytych leczeniu na Oddziale, w ścisłym współdziałaniu z innymi komórkami organizacyjnymi Szpitala,
 - 3) świadczenie usług konsultacyjnych na rzecz innych Oddziałów Szpitala / innych jednostek leczniczych,
 - 4) zapewnienie pacjentom właściwego całodobowego pielęgnowania, wyżywienia, w tym dietetycznego, warunków odpoczynku i odpowiednich standardów sanitarno-higienicznych,
 - 5) zapewnienie możliwości odwiedzin chorego zgodnie z harmonogramem ustalonym przez Dyrektora Szpitala,
 - 6) rzetelne prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami,
 - 7) współdziałanie z innymi komórkami organizacyjnymi Szpitala,

- 8) wykonywanie innych zadań zleconych przez Dyrektora, a nie objętych niniejszym Regulaminem.

§ 24.

Kliniczny Oddział Intensywnej Terapii i Anestezjologii

1. Kliniczny Oddział Intensywnej Terapii i Anestezjologii jest wydzieloną komórką organizacyjną Szpitala, podlegającą bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.
2. Pracą Oddziału kieruje Lekarz Kierujący Oddziałem – specjalista z zakresu Anestezjologii i Intensywnej Terapii, który jest odpowiedzialny za całą działalność Oddziału pod względem leczniczym, administracyjnym i gospodarczym.
3. Lekarz Kierujący Oddziałem kieruje pracą Oddziału przy pomocy Lekarzy Asystentów i Pielęgniarki Oddziałowej Klinicznego Oddziału Intensywnej Terapii i Anestezjologii. Pracę wspomaga sekretarka medyczna.
4. Do zadań Klinicznego Oddziału Intensywnej Terapii i Anestezjologii należy w szczególności:
 - 1) organizowanie i współdział w postępowaniu resuscytacyjnym na terenie Szpitala,
 - 2) zabezpieczenie postępowania terapeutycznego chorych w stanie zagrożenia życia,
 - 3) współdział w ustalaniu zasad przygotowania chorych do zabiegów operacyjnych,
 - 4) kwalifikowanie pacjentów do znieczulenia,
 - 5) przeprowadzanie znieczuleń pacjentów do zabiegów operacyjnych,
 - 6) rzetelne prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami,
 - 7) współdział w nadzorze pooperacyjnym na Oddziałach zabiegowych oraz prowadzenie pacjentów wymagających intensywnego nadzoru w okresie pooperacyjnym na Oddziale,
 - 8) konsultowanie pacjentów w Oddziałach Szpitala i kwalifikowanie ich do leczenia na Oddziale,
 - 9) współdziałanie z innymi komórkami organizacyjnymi Szpitala,
 - 10) wykonywanie innych zadań zleconych przez Dyrektora, a nie objętych niniejszym Regulaminem.

§ 25.

Dział Anestezjologii

1. Dział Anestezjologii jest wydzieloną komórką organizacyjną Szpitala, funkcjonującą w ramach Bloku Operacyjnego podlegającą bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.
2. Za organizację i funkcjonowanie Działu Anestezjologii pod względem merytorycznym, organizacyjnym i ekonomicznym odpowiada Anestezjologiczna Pielęgniarka Koordynująca BO.
3. Do podstawowych zadań Działu Anestezjologii należy:
 - 1) bieżące zabezpieczenie stanu magazynowego apteczki anestezjologicznej,
 - 2) przygotowanie aparatów do znieczulenia oraz zestawów leków, sprzętu i narzędzi używanych do znieczulenia,
 - 3) nadzór nad sprzętem i urządzeniami medycznymi,
 - 4) nadzór nad SNAP,
 - 5) opiekę nad pacjentem po przekazaniu na BO, w trakcie zabiegu operacyjnego oraz po zakończeniu znieczulenia w SNAP do czasu przekazania opieki nad pacjentem personelowi odcinka macierzystego KOO lub KOITiA,
 - 6) prowadzenie rejestru wykonywanych znieczuleń,
 - 7) rzetelne i zgodne z obowiązującymi przepisami prawa prowadzenie dokumentacji medycznej,
 - 8) współdziałanie z innymi komórkami organizacyjnymi Szpitala,
 - 9) wykonywanie innych zadań zleconych przez Dyrektora, a nie objętych niniejszym Regulaminem.

§ 26.

Kliniczny Oddział Rehabilitacyjny

1. Kliniczny Oddział Rehabilitacyjny jest wydzieloną komórką organizacyjną Szpitala, podlegającą bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.

2. Pracą Oddziału kieruje Lekarz Kierujący Oddziałem – specjalista z zakresu Rehabilitacji Medycznej lub Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu, który jest odpowiedzialny za całą działalność Oddziału pod względem leczniczym, administracyjnym i gospodarczym.
3. Lekarz Kierujący Oddziałem kieruje pracą Oddziału przy pomocy Lekarzy Asystentów i Pielęgniarki Oddziałowej Klinicznego Oddziału Rehabilitacyjnego. Pracę wspomaga sekretarka medyczna.
4. Oddział wykonuje swoje zadania poprzez lekarzy asystentów oraz specjalistów, magistrów, licencjatów i techników fizjoterapii.
5. Do zadań Klinicznego Oddziału Rehabilitacyjnego należy w szczególności:
 - 1) udzielanie całodobowych świadczeń zdrowotnych z zakresu rehabilitacji ogólnoustrojowej,
 - 2) zapewnienie pacjentom zabiegów z zakresu fizykoterapii, ćwiczeń czynnych, biernych, wspomaganych oraz innych metod terapeutycznych,
 - 3) świadczenie usług konsultacyjnych dla pacjentów innych Oddziałów Szpitala,
 - 4) zapewnienie pacjentom właściwego całodobowego pielęgowania, wyżywienia, w tym dietetycznego, warunków odpoczynku i odpowiednich standardów sanitarno-higienicznych,
 - 5) zapewnienie możliwości odwiedzin chorego zgodnie z harmonogramem ustalonym przez Dyrektora Szpitala,
 - 6) rzetelne prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami,
 - 7) współdziałanie z innymi komórkami organizacyjnymi Szpitala,
 - 8) wykonywanie innych zadań zleconych przez Dyrektora, a nie objętych niniejszym Regulaminem.

§ 27.

Dział Rehabilitacji

1. Dział Rehabilitacji jest wydzieloną komórką organizacyjną Szpitala, podlegającą bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.
2. Za organizację i funkcjonowanie Działu Rehabilitacji pod względem merytorycznym, organizacyjnym i ekonomicznym odpowiada Kierownik Działu Rehabilitacji.
3. Do podstawowych zadań Działu Rehabilitacji należy:
 - 1) prowadzenie rehabilitacji ogólnoustrojowej na rzecz pacjentów leczonych w Klinicznych Oddziałach Szpitala,
 - 2) wykonywanie zabiegów z zakresu fizjoterapii na rzecz pacjentów komercyjnych,
 - 3) prowadzenie rejestru wykonywanych zabiegów,
 - 4) rzetelne i zgodne z obowiązującymi przepisami prawa prowadzenie dokumentacji medycznej,
 - 5) współdziałanie z innymi komórkami organizacyjnymi Szpitala,
 - 6) wykonywanie innych zadań zleconych przez Dyrektora, a nie objętych niniejszym Regulaminem.

§ 28.

Blok Operacyjny

1. Blok Operacyjny jest wydzieloną komórką organizacyjną Szpitala, podległą bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.
2. Blok Operacyjny składa się z zespołu sal operacyjnych, sali wybudzeniowej, sterylizatorni i komórek pomocniczych.
3. Blokiem Operacyjnym kieruje Pielęgniarka Koordynująca Bloku Operacyjnego, która jest bezpośrednim zwierzchnikiem personelu pielęgniarskiego i pomocniczego.
4. Sterylizatornia zapewnia Szpitalowi stałe zaopatrzenie w materiały sterylne i jest podzielona na trzy strefy: brudną, czystą i sterylną.
5. Do zadań Bloku Operacyjnego należy w szczególności:
 - 1) utrzymywanie w gotowości i przygotowywanie sal operacyjnych, aparatury i sprzętu medycznego do zabiegów operacyjnych,
 - 2) przygotowanie pacjentów do zabiegów operacyjnych,
 - 3) współpraca z lekarzami zespołów operacyjnych w trakcie wykonywania znieczuleń oraz zabiegów operacyjnych,
 - 4) dezynfekcja narzędzi chirurgicznych, aparatury medycznej, wózków i elementów transportowych,

- 5) opieka nad pacjentami po zabiegach, wymagającymi czasowo monitorowania najważniejszych czynności życiowych na sali pooperacyjnej, znajdującej się na Bloku Operacyjnym,
- 6) prowadzenie dokumentacji wykonanych zabiegów operacyjnych wg obowiązujących wzorów,
- 7) zachowanie zasad BHP podczas zabiegów operacyjnych,
- 8) ściśle i bezwzględne przestrzeganie przepisów aseptyki,
- 9) współdziałanie z innymi komórkami organizacyjnymi Szpitala,
- 10) wykonywanie innych zadań zleconych przez Dyrektora, a nie objętych niniejszym Regulaminem.

§ 29.

Sekcja Diagnostyki

1. Sekcja Diagnostyki to komórka organizacyjna Szpitala, której zadaniem jest wykonywanie badań diagnostycznych, w tym obrazowych zleconych przez Oddziały Szpitala, Poradnię, na rzecz innych podmiotów leczniczych na podstawie umów oraz dla pacjentów komercyjnych.
2. Nadzór nad Sekcją Diagnostyki sprawuje Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa, a kieruje nią Kierownik Sekcji Diagnostyki.
3. Kierownik Sekcji Diagnostyki jest przełożonym pracowników Sekcji Diagnostyki.
4. W ramach Sekcji Diagnostyki Uniwersyteckiego Szpitala Ortopedyczno-Rehabilitacyjnego w Zakopanem działają:
 - 1) Pracownia RTG,
 - 2) Pracownia Densytometrii,
 - 3) Pracownia USG i Elektrofizjologii.
5. Pracownia RTG to komórka organizacyjna wchodząca w skład Sekcji Diagnostyki Szpitala, której zadaniem jest wykonywanie zdjęć rentgenowskich zleconych przez Oddziały Szpitala, Blok Operacyjny, Poradnię, na rzecz innych podmiotów leczniczych na podstawie umów oraz dla pacjentów komercyjnych.
6. Do zadań Pracowni RTG należy w szczególności:
 - 1) wykonywanie badań z zakresu rentgenodiagnostyki na rzecz Oddziałów Szpitala, Bloku Operacyjnego, Poradni, na rzecz innych podmiotów leczniczych na podstawie umów oraz dla pacjentów komercyjnych,
 - 2) obsługa programu archiwizacji danych pacjenta w systemie komputerowym,
 - 3) prowadzenie dokumentacji wykonywanych badań (analogowych i cyfrowych) wymaganej przepisami.
7. Pracownia Densytometrii to komórka organizacyjna wchodząca w skład Sekcji Diagnostyki Szpitala, której zadaniem jest wykonywanie badań densytometrycznych zleconych przez Oddziały Szpitala, Poradnię, inne podmioty lecznicze na podstawie umów oraz dla pacjentów komercyjnych.
8. Pracownia USG i Elektrofizjologii to komórka organizacyjna wchodząca w skład Sekcji Diagnostyki Szpitala, w której wykonywane są badania ultrasonograficzne i elektrofizjologiczne zlecane przez Oddziały Szpitala, Blok Operacyjny i Poradnię.
9. Do zadań Pracowni Sekcji Diagnostyki należy w szczególności:
 - 1) prowadzenie rejestru prowadzonych badań,
 - 2) rzetelne prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami,
 - 3) współdziałanie z innymi komórkami organizacyjnymi Szpitala,
 - 4) wykonywanie innych zadań zleconych przez Dyrektora, a nie objętych niniejszym Regulaminem.

§ 30.

Laboratorium

1. Laboratorium to komórka organizacyjna Szpitala, której zadaniem jest wykonywanie badań laboratoryjnych zleconych przez Oddziały Szpitala, Poradnię oraz na rzecz innych podmiotów leczniczych na podstawie umów.
2. W ramach Laboratorium Uniwersyteckiego Szpitala Ortopedyczno-Rehabilitacyjnego w Zakopanem działają:
 - 1) Pracownia Serologii Transfuzjologicznej z Bankiem Krwi;

- 2) Pracownia Analityki Medycznej.
3. W ramach Pracowni Analityki Medycznej funkcjonują:
 - 1) Stanowisko Hematologii,
 - 2) Stanowisko Biochemii Klinicznej (punkt oznaczeń elektrolitów, punkt oznaczeń biochemicznych),
 - 3) Stanowisko Immunochemii
 - 4) Stanowisko Analityki Ogólnej,
 - 5) Stanowisko Koagulologii,
 - 6) Stanowisko Badań Równowagi Kwasowo-Zasadowej.
4. Nadzór nad Laboratorium sprawuje Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa, a kieruje nim Kierownik Laboratorium.
5. Nadzór nad Pracownią Analityki Medycznej sprawuje Kierownik Pracowni Analityki Medycznej. Nadzór nad Pracownią Serologii Transfuzjologicznej z Bankiem Krwi sprawuje Kierownik Pracowni Serologii Transfuzjologicznej z Bankiem Krwi. Bankiem Krwi kieruje lekarz wyznaczony przez Dyrektora Szpitala.
6. Do zadań Laboratorium należy w szczególności:
 - 2) wykonywanie badań z zakresu ustalonej diagnostyki laboratoryjnej na rzecz Oddziałów Szpitala, Poradni oraz innych podmiotów leczniczych,
 - 3) pośredniczenie przy badaniach diagnostycznych wykonywanych w podmiotach zewnętrznych,
 - 4) rzetelne prowadzenie dokumentacji wymaganej przepisami,
 - 5) prowadzenie Banku Krwi – kontrola gospodarki krwią na terenie Szpitala,
 - 6) prowadzenie dokumentacji i sprawozdawczości w zakresie gospodarki krwią,
 - 7) współdziałanie z innymi komórkami organizacyjnymi Szpitala,
 - 8) wykonywanie innych zadań zleconych przez Dyrektora, a nie objętych niniejszym Regulaminem.

§ 31.

Apteka Szpitalna

1. Apteka Szpitalna jest komórką organizacyjną podległą bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.
2. Nadzór nad Apteką Szpitalną sprawuje Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa, a kieruje nią Kierownik Apteki.
3. Do zadań Apteki Szpitalnej należy w szczególności:
 - 1) kompleksowe zaopatrywanie oddziałów szpitalnych i innych komórek w produkty lecznicze i wyroby medyczne na podstawie zapotrzebowań podpisanych przez upoważnione osoby,
 - 2) nadzór nad prawidłowym przechowywaniem, ewidencjonowaniem i wydawaniem leków i wyrobów medycznych (w tym kontrolowanych),
 - 3) wdrażanie procedur bezpieczeństwa, w tym wstrzymywanie i wycofywanie leków i wyrobów medycznych,
 - 4) ewidencja obrotu oraz udzielanie informacji o lekach,
 - 5) wspieranie racjonalizacji farmakoterapii,
 - 6) właściwe przechowywanie i utrzymywanie odpowiedniego magazynu produktów leczniczych i wyrobów medycznych,
 - 7) prowadzenie kontroli jakości leków nabywanych,
 - 8) kontrola i nadzór pod względem fachowym Apteczek Oddziałowych,
 - 9) współdziałanie z innymi komórkami organizacyjnymi Szpitala w zakresie racjonalnego i oszczędnego zużywania produktów leczniczych, wyrobów medycznych,
 - 10) wykonywanie innych zadań zleconych przez Dyrektora, a nie objętych niniejszym Regulaminem.

Personel medyczny

§ 32.

Lekarze Kierujący Klinikznymi Oddziałami i Lekarze Koordynatorzy

1. Lekarze Kierujący Klinikznymi Oddziałami i Lekarze Koordynatorzy Odcinków Klinikznego Oddziału Ortopedycznego:



- 1) podlegają służbowo Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa,
 - 2) są odpowiedzialni za zapewnienie pod względem merytorycznym, administracyjnym i organizacyjnym właściwego poziomu opieki lekarskiej na Oddziale,
 - 3) wykonują swoje obowiązki przy pomocy Lekarzy: Starszych Asystentów, Asystentów, Młodszych Asystentów, Pielęgniarek i Sekretarek Medycznych,
 - 4) ustalają rozkład pracy na Oddziale,
 - 5) mają obowiązek współdziałania z innymi komórkami organizacyjnymi Szpitala,
 - 6) ponoszą pełną odpowiedzialność z tytułu nałożonych obowiązków,
 - 7) wykonują inne zadania zlecone przez Dyrektora, a nie objęte niniejszym Regulaminem.
2. W godzinach popołudniowych, nocnych i w dni wolne od pracy za prawidłową pracę Oddziału odpowiada Lekarz Dyżurny.
 3. W czasie nieobecności Lekarza Kierującego Kliniką Oddziałem lub Lekarza Koordynatora Odcinka Klinicznego Oddziału Ortopedycznego za prawidłową pracę pracowników na Oddziale odpowiada wyznaczony lekarz, który przejmuje jego zakres obowiązków.

§ 33.

Lekarz Dyżurny

1. Lekarz Dyżurny podlega w zakresie wykonywania swoich czynności – Lekarzowi Kierującemu Oddziałem.
2. Plan dyżurów medycznych ustala wyznaczony przez Dyrektora Asystent, a zatwierdza Dyrektor Szpitala lub Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa.
3. Lekarz Dyżurny jest obowiązany, w czasie pełnienia dyżuru medycznego (w godzinach popołudniowych, nocnych i w dni wolne od pracy), zapewnić opiekę medyczną pacjentom przebywającym na Oddziale, a w szczególności:
 - 1) pełnić dyżury w dni robocze od godz. 15⁰⁵ do 7³⁰ dnia następnego, a w niedziele i święta od godz. 7³⁰ do 7³⁰ dnia następnego,
 - 2) przekazywać informację z odbytego dyżuru Lekarzowi Kierującemu Oddziałem i napisać raport z tego dyżuru,
 - 3) dokładnie zbadać każdego pacjenta skierowanego na leczenie szpitalne i po ustaleniu, przy pomocy wszystkich dostępnych środków, rozpoznania – wytyczyć linię postępowania i rozpocząć leczenie,
 - 4) wykonywać obchody lekarskie w godzinach popołudniowych i wieczorowych, a w dni wolne od pracy i świąteczne także rano,
 - 5) przebywać na Oddziale przez cały czas trwania dyżuru, a w razie uzasadnionej konieczności wyjścia na inny Oddział, poinformować personel pielęgniarski o miejscu pobytu,
 - 6) na prośbę lekarza dyżurnego innego Oddziału, przeprowadzić badanie konsultacyjne w celu ustalenia rozpoznania lub uzgodnienia dalszego postępowania w przypadkach nagłego pogorszenia się stanu zdrowia chorego i stanu zagrożenia życia,
 - 7) prowadzić zgodnie z postępowaniem wiedzy lekarskiej – postępowanie lecznicze u chorych na oddziale pozostawionym jego pieczy,
 - 8) uczestniczyć i wykonywać samodzielnie, jeżeli jest w tej mierze upoważniony przez Lekarza Kierującego Oddziałem – wynikające z postawionych wskazań, zabiegi u chorych przyjętych do Szpitala w czasie dyżuru,
 - 9) prowadzić dokładną i systematyczną dokumentację wszystkich chorych przebywających na oddziale,
 - 10) nadzorować prace personelu średniego i niższego Oddziału,
 - 11) dopilnować zaopatrzenia Oddziału w leki i aparaturę na czas dyżuru,
 - 12) udawać się bezzwłocznie na wezwanie personelu pielęgniarskiego do chorych wymagających pomocy,
 - 13) zawiadomić Dyrektora lub Zastępcę Dyrektora ds. Lecznictwa o wypadku zgonu chorego na oddziale,
 - 14) udzielić w miarę posiadanych danych – informacji o stanie zdrowia, po które zwracają się członkowie rodziny bądź opiekunowie chorych,
 - 15) w razie konieczności wezwania na konsultację lekarza specjalisty zatrudnionego w innym podmiocie leczniczym, należy uprzednio uzyskać zgodę Lekarza Kierującego Oddziałem, Dyrektora lub Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa,

- 16) współpracować ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Szpitala w oparciu o niniejszy Regulamin oraz o aktualnie obowiązujące regulacje prawne,
- 17) wykonywać inne czynności wiążące się z jego pracą w trakcie pełnienia dyżuru, zlecone przez Lekarza Kierującego Oddziałem i Dyrektora Szpitala, a nie objęte niniejszym Regulaminem.

§ 34.

Lekarz Koordynator ds. Akredytacji

1. Lekarz Koordynator ds. Akredytacji podlega w zakresie wykonywania swoich czynności Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa.
2. Do zadań Lekarza Koordynatora ds. Akredytacji należy w szczególności:
 - 1) współpraca z Pełnomocnikiem ds. Zarządzania Jakością,
 - 2) nadzór nad funkcjonowaniem i doskonaleniem systemu zarządzania jakością zgodnego z wymaganiami obowiązujących przepisów prawa,
 - 3) nadzór merytoryczny nad zgodnością udzielanych świadczeń zdrowotnych ze standardami akredytacyjnymi opracowanymi przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia,
 - 4) opracowywanie, aktualizacja i nadzór nad dokumentacją systemową (procedury, instrukcje, regulaminy, polityka jakości),
 - 5) planowanie, organizowanie i przeprowadzanie audytów wewnętrznych oraz monitorowanie realizacji działań korygujących i zapobiegawczych - przedstawianie rekomendacji dotyczących doskonalenia funkcjonowania szpitala,
 - 6) koordynacja przygotowań do akredytacji i kontroli zewnętrznych, w szczególności prowadzonych przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia oraz inne instytucje nadzorcze,
 - 7) monitorowanie i analiza wskaźników jakościowych oraz opracowywanie raportów dla Dyrekcji Szpitala,
 - 8) identyfikacja, analiza i nadzór nad zarządzaniem ryzykiem w obszarze udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym analiza zdarzeń niepożądanych,
 - 9) udział w przeglądach dokumentacji medycznej oraz audytach klinicznych,
 - 10) inicjowanie i wdrażanie działań mających na celu poprawę jakości i bezpieczeństwa pacjenta,
 - 11) współpraca z kierownikami komórek organizacyjnych w zakresie wdrażania i utrzymania standardów jakości,
 - 12) wykonywania innych prac zleconych przez Dyrektora Szpitala, nie objętych niniejszym Regulaminem.

§ 35.

Naczelną Pielęgniarką

1. Stanowisko Naczelnej Pielęgniarki podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.
2. Naczelną Pielęgniarką pełni jednocześnie funkcję Pielęgniarki Oddziałowej Klinicznego Oddziału Ortopedycznego, które to funkcje wykonuje przy pomocy wyznaczonych przez siebie Pielęgniarek Koordynujących poszczególne odcinki Klinicznego Oddziału Ortopedycznego.
3. Do podstawowych zadań Naczelnej Pielęgniarki należy:
 - 1) nadzór nad jakością i organizacją pracy podległego personelu pielęgniarek i salowych, oraz przestrzeganie przez podległy personel obowiązujących regulaminów,
 - 2) zapewnienie realizacji kompleksowych świadczeń przez pielęgniarki w opiece nad pacjentem,
 - 3) systematyczne monitorowanie, analizowanie i ocenianie jakości opieki pielęgniarskiej, stosowania się do obowiązujących w USOR metod pracy, wyposażenia i obsługi pielęgniarskich stanowisk pracy,
 - 4) zapewnienie całodobowej opieki pielęgniarskiej poprzez elastyczną rotację kadr odpowiednio do faktycznego zapotrzebowania na opiekę,
 - 5) opracowywanie i wdrażanie standardów pielęgnowania oraz proponowanie nowych rozwiązań na rzecz poprawy jakości usług medycznych,
 - 6) organizowanie pracy pielęgniarek poprzez planowanie i dobór prawidłowych metod postępowania pielęgniarskiego,

- 7) ustalanie planu szkoleń personelu pielęgniarskiego oraz planowanie rozwoju zawodowego podległego personelu,
- 8) rozpatrywanie skarg i wniosków składanych przez podległy personel,
- 9) prowadzenie i kontrola ewidencji czasu pracy podległego personelu,
- 10) wyznaczanie jednej z pielęgniarek do jej zastępowania w przypadku jej nieobecności,
- 11) nadzór nad magazynem bieliznianym pod kątem zapewnienia niezbędnej ilości bielizny,
- 12) nadzór nad żywieniem pacjentów hospitalizowanych pod kątem ustalania diet i ilości wydawanych posiłków,
- 13) współpraca z kierownictwem Szpitala oraz z innymi komórkami organizacyjnymi Szpitala,
- 14) stosowanie się do zarządzeń Dyrektora w sprawach związanych z zakresem jej obowiązków, a nie objętych niniejszym Regulaminem.

§ 36.

Pielęgniarki Oddziałowe i Pielęgniarki Koordynujące

1. Pielęgniarki Oddziałowe i Pielęgniarki Koordynujące Odcinki Klinicznego Oddziału Ortopedycznego:
 - 1) podlegają służbowo Naczelnej Pielęgniarce, a funkcjonalnie Lekarzowi Kierującemu Oddziałem,
 - 2) są odpowiedzialne za zapewnienie pod względem merytorycznym, administracyjnym i organizacyjnym właściwego poziomu opieki pielęgniarskiej na Oddziale,
 - 3) wykonują swoje obowiązki przy pomocy Pielęgniarek i Salowych,
 - 4) ustalają rozkład pracy na Oddziale,
 - 5) mają obowiązek współdziałania z innymi komórkami organizacyjnymi Szpitala,
 - 6) wykonują inne zadania zlecone przez Dyrektora, a nie objęte niniejszym Regulaminem.
2. Pielęgniarki zatrudnione na Oddziale podlegają służbowo Pielęgniarce Oddziałowej lub Pielęgniarce Koordynującej Odcinek Klinicznego Oddziału Ortopedycznego i ponoszą przed nią odpowiedzialność z tytułu nałożonych obowiązków.
3. W godzinach popołudniowych, nocnych i w dni wolne od pracy za prawidłową pracę pielęgniarek odpowiadają pielęgniarki dyżurujące danego dnia zgodnie z zatwierdzonym grafikiem.
4. W czasie nieobecności Pielęgniarki Oddziałowej lub Pielęgniarki Koordynującej odcinek Klinicznego Oddziału Ortopedycznego za prawidłową pracę pielęgniarek na Oddziale odpowiada wyznaczona pielęgniarka, która przejmuje jej zakres obowiązków.

V. Działalność niemedyczna

Pion Organizacyjny

§ 37.

Zastępca Dyrektora ds. Organizacyjno-Ekonomicznych

1. Pionem Administracyjnym Uniwersyteckiego Szpitala Ortopedyczno-Rehabilitacyjnego w Zakopanem kieruje i zarządza Zastępca Dyrektora ds. Organizacyjno-Ekonomicznych, który podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.
2. Zastępca Dyrektora ds. Organizacyjno-Ekonomicznych odpowiada przed Dyrektorem za właściwą organizację pracy podległych mu komórek organizacyjnych Pionu Administracyjnego.
3. Do podstawowych zadań i obowiązków Zastępcy Dyrektora ds. Organizacyjno-Ekonomicznych należy:
 - 1) zapewnienie sprawności funkcjonowania Szpitala pod względem organizacyjnym, administracyjnym i gospodarczym,
 - 2) organizacja wewnętrzna Pionu Administracyjnego oraz ustalanie szczegółowych zadań podległych jednostek,
 - 3) organizowanie pracy jednostek Szpitala, w zakresie świadczenia usług medycznych stosownie do potrzeb Szpitala zgodnie z przepisami obowiązującego prawa,
 - 4) współdziałanie w opracowywaniu planów gospodarczych i finansowych dotyczących zatrudnienia, zaopatrzenia, remontów, zakupów inwestycyjnych, itp.,



- 5) ścisła współpraca z Pionem Finansowym dla zapewnienia warunków ekonomicznych i finansowych niezbędnych dla sprawnego funkcjonowania Szpitala,
- 6) zapewnienie przy współdziałaniu z Sekcją Informatyki sprawnego funkcjonowania systemów informatycznych Szpitala,
- 7) zapewnienie przy współdziałaniu z Sekcją Statystyki Medycznej sprawnej i terminowej sprawozdawczości świadczeń,
- 8) zapewnienie przy współdziałaniu z Sekcją Gospodarczo-Techniczną niezbędnych warunków technicznych dla sprawnego funkcjonowania Szpitala,
- 9) zapewnienie obsługi administracyjnej Szpitala,
- 10) przedstawianie wniosków służbowych w zakresie polityki kadrowej, inwestycyjnej, remontowej, organizacyjnej, zaopatrzeniowej Dyrektorowi Szpitala,
- 11) przedkładanie Dyrektorowi Szpitala wniosków w zakresie prognozowanych realizacji wykonania kontraktów /umów oraz wprowadzania do nich ewentualnych zmian,
- 12) współpraca z Inspektorem BHP i ppoż. w celu zapewnienia zgodnych z przepisami warunków BHP i ochrony ppoż. oraz ich przestrzegania przez pracowników,
- 13) współdziałanie z innymi komórkami organizacyjnymi Szpitala,
- 14) wykonywanie wszelkich innych czynności służbowych, zgodnych z jego kwalifikacjami, zleconych mu przez Dyrektora Szpitala.

Komórki Pionu Organizacyjnego

§ 38.

Kancelaria

1. Kancelaria jest komórką organizacyjną podległą bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Organizacyjno-Ekonomicznych.
2. Nadzór nad Kancelarią sprawuje Zastępca Dyrektora ds. Organizacyjno-Ekonomicznych, a kieruje nią Starszy Referent Administracyjny.
3. Do zadań Kancelarii należy w szczególności:
 - 1) prowadzenie wszystkich spraw organizacyjnych Kancelarii,
 - 2) nadzór nad całokształtem postępowania kancelaryjnego w Szpitalu,
 - 3) zarządzanie obiegiem korespondencji, ewidencja korespondencji przychodzącej i wychodzącej,
 - 4) kontrolowanie terminowości wykonywania zadań przez jednostki organizacyjne zgodnie z dekreacją,
 - 5) ucyfrowanie dokumentacji Kancelarii,
 - 6) prowadzenie Rejestru Umów, Rejestru Skarg i Wniosków, Rejestru Zarządzeń, Książki Kontroli,
 - 7) nadzór nad terminowością wykonywania i wysyłania sprawozdań GUS, MZ i UJ,
 - 8) współdziałanie ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Szpitala,
 - 9) wykonywanie innych prac zleconych przez Dyrektora lub jego Zastępców a nie objętych niniejszym Regulaminem.

§ 39.

Sekcja Statystyki Medycznej

1. Sekcja Statystyki Medycznej zajmuje się statystyką medyczną, kontraktacją, rozliczeniami świadczeń medycznych i dokumentacją medyczną.
3. Kierownik Sekcji Statystyki Medycznej nadzoruje pracę Centralnej Rejestracji oraz Zespołu Sekretarek Medycznych.
4. Sekcja Statystyki Medycznej realizuje zadania Szpitala w zakresie:
 - 1) znajomości i realizacji kontraktów Szpitala z płatnikiem publicznym,
 - 2) kontraktowania usług medycznych z płatnikiem publicznym,
 - 3) rozliczania procedur medycznych wykonywanych w Oddziałach i innych komórkach organizacyjnych Szpitala zgodnie z obowiązującymi przepisami i zawartym kontraktem,
 - 4) monitorowania wykonania procedur zawartych w umowach o świadczenie usług medycznych w Oddziałach i Poradni,

- 5) prowadzenia sprawozdawczości (GUS, CMUJ, MZ) oraz nadzoru nad statystyką medyczną w Szpitalu,
 - 6) wystawiania faktur w zakresie działalności Szpitala w ramach rozliczeń z płatnikiem publicznym,
 - 7) współpracy z Sekcją informatyki, Księgowością celem rozliczania zrealizowanych usług medycznych,
 - 8) nadzoru nad prawidłowością rozliczeń i weryfikowania dokumentacji medycznej pod kątem zgodności z rozliczeniami,
 - 9) weryfikowanie kompletności dokumentacji medycznej,
 - 10) obsługa interesantów,
 - 11) współdziałania z innymi komórkami organizacyjnymi Szpitala,
 - 12) wykonywania innych prac zleconych przez Dyrektora Szpitala, nie objętych niniejszym Regulaminem.
5. Centralna Rejestracja odpowiada za organizację przyjęć pacjentów ambulatoryjnych i stacjonarnych. Za funkcjonowanie Centralnej Rejestracji pod względem merytorycznym, organizacyjnym i ekonomicznym odpowiada Starsza Rejestratorka Medyczna - koordynująca.
6. Do zadań Centralnej Rejestracji należy w szczególności:
- 1) obsługa systemu HIS,
 - 2) przyjmowanie pacjentów na leczenie ambulatoryjne i stacjonarne,
 - 3) rejestrowanie wizyt pacjentów (osobiście, telefonicznie, online) i udzielanie informacji,
 - 4) wykonywanie czynności sprawozdawczych i prowadzenie harmonogramów oczekujących na leczenie,
 - 5) wzywanie pacjentów zakwalifikowanych do leczenia planowego w porozumieniu z innymi komórkami organizacyjnymi Szpitala oraz w zgodzie z obowiązującą listą oczekujących,
 - 6) rzetelne prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami,
 - 7) archiwizowanie dokumentacji medycznej,
 - 8) współdziałanie z innymi komórkami organizacyjnymi Szpitala,
 - 9) wykonywanie innych zadań zleconych przez Dyrektora, a nie objętych niniejszym Regulaminem.
7. Zespół sekretarek medycznych odpowiada za zabezpieczenie pod względem organizacyjnym pracy odcinków Klinicznego Oddziału Ortopedycznego, Klinicznego Oddziału Intensywnej Terapii i Anestezjologii oraz Klinicznego Oddziału Rehabilitacyjnego.
8. Do zadań zespołu sekretarek medycznych należy w szczególności:
- 1) wsparcie personelu medycznego oddziału/odcinka,
 - 2) dbanie o kompletność dokumentacji medycznej,
 - 3) udzielanie informacji (osobiście, telefonicznie, online),
 - 4) organizacja przyjęć pacjentów,
 - 5) ścisła współpraca z Centralną Rejestracją,
 - 6) współdziałanie z innymi komórkami organizacyjnymi Szpitala,
 - 7) wykonywanie innych zadań zleconych przez Dyrektora, a nie objętych niniejszym Regulaminem.

§ 40.

Sekcja Informatyki

1. Sekcja Informatyki zajmuje się całościową obsługą informatyczną Szpitala.
2. Sekcja Informatyki realizuje zadania Szpitala w zakresie:
 - 1) administrowania wewnętrzną siecią informatyczną,
 - 2) administrowania serwerami plików i baz danych,
 - 3) administrowania szpitalnym systemem informatycznym,
 - 4) bezpośredniego kontaktu z dostawcami oprogramowania oraz firmami pośredniczącymi we wszelkich sprawach dotyczących funkcjonowania systemu informatycznego Szpitala,
 - 5) nadzór nad EDM zgodnie z obowiązującymi przepisami,



- 6) zapewnienia Szpitalowi płynności działania poprzez utrzymanie spójnego, zintegrowanego i kompatybilnego systemu informatycznego,
- 7) dokonywania ekspertyz uszkodzeń w sprzęcie komputerowym,
- 8) wspierania informatycznego pracowników Szpitala,
- 9) bieżącej obsługi technicznej sprzętu informatycznego,
- 10) nadzoru usług telekomunikacyjnych i teleinformatycznych,
- 11) współdziałania z innymi komórkami organizacyjnymi Szpitala,
- 12) wykonywania innych prac zleconych przez Dyrektora Szpitala, nie objętych niniejszym Regulaminem.

§ 41.

Sekcja Techniczno-Gospodarcza

1. Sekcja Techniczno-Gospodarcza realizuje zadania Szpitala w zakresie:
 - 1) administrowania nieruchomościami,
 - 2) utrzymania obiektów, pomieszczeń, infrastruktury technicznej w stałej zdolności użytkowej,
 - 3) zaopatrzenia w paliwa płynne i tlen,
 - 4) zagadnień energetycznych,
 - 5) prac remontowo-konserwatorskich.
2. Do zadań i obowiązków Kierownika Sekcji Techniczno-Gospodarczej należy:
 - 1) organizacja sprawnego i skutecznego działania Sekcji celem zabezpieczenia technicznych warunków prawidłowego funkcjonowania Szpitala,
 - 2) przedstawianie corocznego planu remontów,
 - 3) przeprowadzanie okresowych przeglądów technicznych – kontroli stanu technicznego budynków,
 - 4) opracowywanie kosztorysów robót remontowo-budowlanych wykonywanych systemem gospodarczym,
 - 5) opracowywanie ekspertyz technicznych budynków,
 - 6) nadzór inwestorski robót remontowo-budowlanych,
 - 7) kontrola i nadzór nad całokształtem robót remontowo-budowlanych prowadzonych na terenie Szpitala (w tym również w zakresie dokumentacji, w tym finansowej),
 - 8) opracowywanie i terminowe wysyłanie sprawozdań statystycznych dotyczących jego działalności do instytucji zewnętrznych,
 - 9) współpraca z Inspektorem BHP i ppoż. oraz nadzór nad przestrzeganiem przepisów BHP i ppoż. przez swoich pracowników,
 - 10) nadzór nad właściwą eksploatacją i konserwacją urządzeń technicznych Szpitala oraz prowadzenie ich dokumentacji,
 - 11) utrzymanie ładu i porządku oraz prowadzenie oszczędnej gospodarki materiałowej w zakresie realizacji zleconych zadań,
 - 12) kontrola przestrzegania terminów wykonania robót zleconych podległemu personelowi oraz rozliczanie ich ze zużytych materiałów,
 - 13) zamówienia dostaw paliw płynnych i tlenu dla potrzeb Szpitala oraz kontrola jego realizacji,
 - 14) nadzór nad prawidłową eksploatacją urządzeń energetycznych i ciepłowniczych oraz dopuszczeniem powyższych urządzeń do eksploatacji,
 - 15) nadzór nad sprawnością układu zasilania w energię elektryczną i sprawnością agregatu prądotwórczego w Oddziałach,
 - 16) współpraca w opracowaniu rocznego planu zaopatrzenia technicznego i nadzór nad jego realizacją,
 - 17) realizowanie zaopatrzenia technicznego dla potrzeb Szpitala,
 - 18) całościowy nadzór nad gospodarką odpadami, w tym niebezpiecznymi, obejmujący niezbędną sprawozdawczość,
 - 19) nadzór nad stanem bezpieczeństwa pożarowego i związanych z tym bezpieczeństwem ludzi w budynkach Szpitala,
 - 20) współdziałanie z innymi komórkami organizacyjnymi Szpitala,
 - 21) wykonywanie innych prac zleconych przez Dyrektora, a nie objętych niniejszym Regulaminem.

§ 42.

Sekcja ds. Zamówień Publicznych

1. Sekcja ds. Zamówień Publicznych realizuje zadania Szpitala w zakresie:
 - 1) zaopatrzenia medycznego, gospodarczo–technicznego, biurowego i innego w tym realizowanego w ramach ustawy o zamówieniach publicznych,
 - 2) prowadzenia całokształtu spraw i procedur związanych z udzielaniem zamówień publicznych zgodnie z obowiązującym Regulaminem określającym zasady i tryb udzielania zamówień/zamówień publicznych w USOR, prowadzenia wymaganej korespondencji, dokumentacji oraz sprawozdawczości,
 - 3) prowadzenia dokumentacji mieszkań służbowych,
 - 4) nadzoru nad usługami telekomunikacyjnymi Szpitala,
 - 5) obsługi Biuletynu Informacji Publicznej,
 - 6) współdziałania z innymi komórkami organizacyjnymi Szpitala,
 - 7) wykonywania innych prac zleconych przez Dyrektora, a nie objętych niniejszym Regulaminem.

Pion Finansowy

§ 43.

Główny Księgowy

1. Pionem Finansowym Uniwersyteckiego Szpitala Ortopedyczno–Rehabilitacyjnego w Zakopanem kieruje i zarządza Główny Księgowy, który podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.
2. Obowiązki i uprawnienia Głównego Księgowego jednostki sektora Finansów Publicznych reguluje art. 54 ustawy o Finansach Publicznych.
3. Główny Księgowy odpowiada przed Dyrektorem za właściwą organizację pracy podległych jednostek.
5. Do obowiązków Głównego Księgowego należy w szczególności:
 - 1) racjonalne gospodarowanie środkami przeznaczonymi na wykonywanie zadań wynikających z realizacji planu rzeczowo–finansowego,
 - 2) ścisła współpraca i współdziałanie z Zastępcą Dyrektora ds. Organizacyjno–Ekonomicznych w zakresie racjonalnego realizowania planu finansowego Szpitala,
 - 3) koordynacja problematyki finansowo–ekonomicznej jednostek i komórek organizacyjnych Szpitala,
 - 4) opracowywanie rocznych planów finansowych, wniosków w sprawie zmiany tych planów oraz ich realizacja,
 - 5) prowadzenie księgowości z likwidaturą i kasą,
 - 6) organizowanie i sprawowanie kontroli wewnętrznej w zakresie finansowo–księgowym,
 - 7) prowadzenie dokumentacji księgowej,
 - 8) bieżące i prawidłowe prowadzenie sprawozdawczości finansowej oraz prawidłowe i terminowe dokonywanie rozliczeń finansowych,
 - 9) prowadzenie księgowości Pracowniczej Kasy Zapomogowo–Pożyczkowej,
 - 10) organizacja wewnętrzna Pionu Finansowego oraz ustalanie szczegółowych zadań podległych jednostek,
 - 11) współdziałanie z innymi komórkami organizacyjnymi Szpitala,
 - 12) wykonywanie innych prac zleconych przez Dyrektora Szpitala, nie objętych niniejszym Regulaminem.
6. Główny Księgowy ponadto ściśle współpracuje z Dyrektorem ds. Organizacyjno–Ekonomicznych w sprawach związanych z księgowością inwentarzową, z Sekcją Kadr i Rachuby Płac w sprawach związanych z Funduszem Płac, oraz z Sekcją Statystyki Medycznej w sprawach związanych z rozliczeniami z płatnikiem publicznym.
7. W czasie nieobecności Głównego Księgowego jego obowiązki pełni Zastępca Głównego Księgowego.



§ 44.

Księgowość

Do zadań Księgowości należy:

1. prowadzenie rachunkowości Szpitala zgodnie z obowiązującymi przepisami i zasadami, a w szczególności:
 - 1) weryfikacja dokumentów pod względem formalno-rachunkowym i przekazywanie ich do akceptacji pod względem merytorycznym uprawnionym osobom,
 - 2) sporządzanie dokumentów dotyczących obrotu środkami pieniężnymi,
 - 3) bieżące i prawidłowe prowadzenie ewidencji księgowej,
 - 4) sprawdzanie i dekretowanie dowodów księgowych oraz dokonywanie zapisów na kontach księgowych,
 - 5) uzgadnianie analitycznych i syntetycznych sald kont księgowych,
 - 6) analizowanie rozrachunków z kontrahentami i inwentaryzacja sald rozrachunków,
 - 7) prowadzenie korespondencji z kontrahentami i jej ewidencji,
 - 8) rozliczanie podróży służbowych,
 - 9) rejestrowanie obrotu gotówkowego i bezgotówkowego,
 - 10) sporządzanie dokumentów wewnętrznych w ramach dopuszczonych przepisami,
 - 11) prowadzenie ewidencji syntetycznej majątku i okresowe uzgadnianie z ewidencją analityczną,
 - 12) prowadzenie ewidencji działalności socjalnej,
 - 13) prowadzenie ewidencji działalności inwestycyjnej i rozliczeń środków UE i Budżetu Państwa,
 - 14) obsługa organów przeprowadzających kontrole,
 - 15) sporządzanie okresowych sprawozdań bilansowych,
- W zakresie księgowości materiałowej:
 - 16) prowadzenie obrotówek wg. poszczególnych magazynów i zbiorczej dla wszystkich magazynów razem,
 - 17) kontrola stanu zapasów poszczególnych magazynów,
 - 18) współdziałanie przy pracach Komisji Inwentaryzacyjnych w zakresie wyceny i rozliczeń spisów inwentaryzacyjnych,
 - 19) przeprowadzanie okresowych kontroli magazynów i gospodarki materiałowej w ramach kontroli wewnętrznej,
 - 20) rozliczanie spisów z natury zdawczo – odbiorczych i rocznych,
2. prowadzenie gospodarki finansowej Szpitala w sposób zapewniający realizację umów zawieranych przez Szpital, przestrzeganie zasad rozliczeń pieniężnych i ochrony wartości pieniężnych oraz terminowa windykacja należności i dochodzenie roszczeń spornych,
3. wystawianie faktur w zakresie działalności Szpitala poza rozliczeniami z płatnikiem publicznym,
4. obliczanie podatku VAT, sporządzanie rejestru VAT i zgłaszanie w VAT UE dostaw WNT, WDT,
5. współpraca przy opracowaniu planów finansowych,
6. właściwe przechowywanie i archiwizowanie dowodów księgowych zgodnie z obowiązującymi przepisami (polityka rachunkowości, przepisy kancelaryjne).

§ 45.

Ewidencja i Analiza Kosztów

Do zadań Ewidencji i Analizy Kosztów należy:

1. prowadzenie ewidencji kosztów powstających we wszystkich komórkach organizacyjnych Szpitala według miejsc ich powstawania,
2. aktualizacja oraz nadzór merytoryczny nad strukturą miejsc powstawania kosztów,
3. prowadzenie rachunku kosztów Szpitala, w tym ewidencja kosztów w układzie rodzajowym w podziale na ośrodki kosztów oraz ich rozliczanie w układzie podmiotowym,
4. kalkulacja kosztów zgodnie z właściwymi przepisami prawa,
5. stały monitoring kosztów usług medycznych świadczonych przez poszczególne komórki organizacyjne Szpitala,
6. współudział w wycenie procedur medycznych,

7. przygotowywanie i monitorowanie danych niezbędnych do tworzenia cenników świadczeń,
8. opracowywanie raportów, zestawień i analiz finansowych dotyczących sfery kosztowej,
9. współudział w opracowywaniu raportów, zestawień i analiz finansowych Szpitala,
10. opracowywanie i przygotowywanie założeń do planu finansowego Szpitala oraz bieżąca analiza, monitorowanie i badanie przyczyn odchyień wyniku finansowego w stosunku do planu finansowego,
11. współpraca z komórkami organizacyjnymi Szpitala w zakresie sporządzania i realizacji planu finansowego,
12. przygotowywanie żądanych przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji analiz kosztowych i kalkulacji,
13. zgłaszanie uwag dotyczących modyfikacji systemu ewidencji kosztów.

§ 46.

Kasa i Inwentarz

Do zadań Kasy należy:

1. prowadzenie kasy, przyjmowanie wpłat i dokonywanie wypłat gotówki,
2. zabezpieczenie gotówki, pobieranie gotówki z banku, terminowe odprowadzanie do banku, sporządzanie przelewów,
3. sporządzanie raportów kasowych, przestrzeganie limitu pogotowia kasowego,
4. obsługa kas fiskalnych, dbanie o terminowe serwisowanie drukarek fiskalnych w Szpitalu,
5. obsługa gotówkowa systemu parkingowego; wypłata gotówki z parkometru, uzupełnianie bilonu.

Do zadań Inwentarza należy:

1. prowadzenie ewidencji składników majątku Szpitala,
2. opracowywanie dokumentacji dotyczącej ruchu majątku trwałego, wystawianie dokumentów OT, dokumentów likwidacji LT, sporządzanie protokołów odbioru,
3. prowadzenie ewidencji, znakowanie nowoprzyjętego sprzętu numerami inwentarzowymi, uzgadnianie ksiąg inwentarzowych i rozliczanie inwentaryzacji środków trwałych i wartości niematerialnych i prawnych,
4. naliczanie miesięcznej amortyzacji środków trwałych i wartości niematerialnych i prawnych zgodnie z obowiązującymi przepisami,
5. opracowywanie sprawozdań ze stanu i ruchu środków trwałych,
6. organizacja i praca związana z likwidacją składników majątkowych Szpitala,
7. prowadzenie ewidencji osób materialnie odpowiedzialnych,
8. uzgadnianie stanów księgowych (wyposażenia) z jednostkami organizacyjnymi Szpitala przed inwentaryzacjami oraz na wniosek osoby materialnie odpowiedzialnej,
9. organizowanie inwentaryzacji i udział w jej przeprowadzeniu,
10. prowadzenie ewidencji arkuszy spisowych – druków ścisłego zarachowania,
11. sporządzanie zbiorczych spisów i zestawień różnic inwentaryzacyjnych,
12. sporządzanie protokołu z wnioskami i ustaleniami Komisji Inwentaryzacyjnej,
13. uzgadnianie z działem Księgowości wartości stanów księgowych środków trwałych, niskocennych środków trwałych, wartości niematerialnych i prawnych oraz wartości naliczonej dla nich amortyzacji,
14. sporządzanie sprawozdań rocznych w zakresie środków trwałych, pozostałych środków trwałych oraz wartości niematerialnych i prawnych,
15. przygotowywanie dokumentacji dla firm ubezpieczeniowych,
16. sporządzanie dla Głównego Księgowego danych z zakresu środków trwałych i wartości niematerialnych i prawnych do sprawozdania rocznego (bilansu),
17. weryfikacja zakresu odpowiedzialności za powierzony majątek trwały, dotycząca pracowników rozwiązujących umowy o pracę z USOR w Zakopanem (karta obiegu),
18. współdziałanie z innymi komórkami organizacyjnymi Szpitala,
19. wykonywanie innych prac zleconych przez Dyrektora Szpitala, nie objętych niniejszym Regulaminem.

§ 47.

Sekcja Kadr i Rachuby Płac realizuje zadania Szpitala w zakresie:

- 1) prowadzenia całokształtu spraw kadrowych i wymaganej przez prawo dokumentacji w tym zakresie,
- 2) prowadzenia spraw emerytalno-rentowych,
- 3) prowadzenia spraw dotyczących szkoleń pracowników wymaganych przez obowiązujące przepisy,
- 4) kontroli porządku i dyscypliny pracy oraz sposobu wykorzystywania zwolnień,
- 5) sporządzania obowiązujących sprawozdań,
- 6) współdziału przy podziale i administrowaniu Zakładowym Funduszem Świadczeń Socjalnych,
- 7) prowadzenia całokształtu spraw płacowych i wymaganej przez prawo dokumentacji w tym zakresie, poprzez naliczanie wynagrodzeń pracowniczych oraz wynikających z umów cywilnoprawnych, wraz z obowiązującymi kosztami ubezpieczeń społecznych i zdrowotnych oraz podatkiem dochodowym i innymi,
- 8) terminowego rozliczenia z ZUS oraz obsługi programu „Płatnik”,
- 9) ustalania wymiaru zaliczek na podatek dochodowy oraz terminowego sporządzania odpowiednich informacji i rozliczeń do Urzędu Skarbowego, wydawania zaświadczeń o wysokości wynagrodzenia oraz dochodach pracowników,
- 10) opracowywania sprawozdań dotyczących wynagrodzeń,
- 11) współdziałania z innymi komórkami organizacyjnymi Szpitala,
- 12) wykonywania innych prac zleconych przez Dyrektora Szpitala, nie objętych niniejszym Regulaminem.

VI. Samodzielne stanowiska pracy

§ 48.

Samodzielne Stanowisko Pracy ds. Aparatury Medycznej

1. Samodzielne Stanowisko Pracy ds. Aparatury Medycznej jest bezpośrednio podległe Dyrektorowi Szpitala.
2. Do zadań osoby pracującej na Samodzielnym Stanowisku Pracy ds. Aparatury Medycznej należy w szczególności:
 - 1) nadzór nad całą aparaturą medyczną Szpitala,
 - 2) dokonywanie wstępnej oceny serwisowej aparatury medycznej,
 - 3) kontakt z autoryzowanymi serwisami zewnętrznymi aparatury medycznej,
 - 4) prowadzenie bazy danych urządzeń medycznych Szpitala,
 - 5) prowadzenie i aktualizacja księgi jakości Pracowni RTG,
 - 6) prowadzenie indywidualnej dokumentacji aparatury medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami,
 - 7) współdziałanie z innymi komórkami organizacyjnymi Szpitala,
 - 8) wykonywanie innych prac zleconych przez Dyrektora Szpitala, nie objętych niniejszym Regulaminem.

§ 49.

Specjalista ds. Epidemiologii

1. Specjalista ds. Epidemiologii podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.
2. Specjalista ds. Epidemiologii odpowiada za:
 - 1) organizację i funkcjonowanie systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych,
 - 2) opracowywanie i aktualizację procedur i instrukcji sanitarno-epidemiologicznych,
 - 3) nadzór nad przestrzeganiem procedur i instrukcji sanitarno-epidemiologicznych,
 - 4) przeprowadzanie wewnętrznych kontroli sanitarno-epidemiologicznych,

- 5) szkolenie personelu w zakresie kontroli zakażeń szpitalnych,
- 6) wykonywanie innych zadań zleconych przez Dyrektora, a nie objętych niniejszym Regulaminem.

§ 50.

Inspektor BHP i ppoż.

1. Inspektor BHP i ppoż. to samodzielne stanowisko pracy bezpośrednio podległe Dyrektorowi Szpitala.
2. Do zadań Inspektora BHP i ppoż. należy w szczególności:
 - 1) przeprowadzanie kontroli warunków pracy oraz przestrzegania przepisów i zasad bezpieczeństwa i higieny pracy,
 - 2) bieżące informowanie Dyrektora o stwierdzonych zagrożeniach zawodowych, wraz z wnioskami zmierzającymi do usuwania tych zagrożeń,
 - 3) sporządzanie i przedstawianie pracodawcy, co najmniej raz w roku, okresowych analiz stanu bezpieczeństwa i higieny pracy zawierających propozycje przedsięwzięć technicznych i organizacyjnych mających na celu zapobieganie zagrożeniom życia i zdrowia pracowników oraz poprawę warunków pracy,
 - 4) udział w opracowaniu planów modernizacji i rozwoju Szpitala oraz przedstawienie propozycji dotyczących uwzględnienia w tych planach rozwiązań techniczno-organizacyjnych zapewniających poprawę stanu bezpieczeństwa i higieny pracy,
 - 5) udział w ocenie założeń i dokumentacji dotyczących modernizacji Szpitala albo jego części, a także nowych inwestycji, oraz zgłaszanie wniosków dotyczących uwzględnienia wymagań bezpieczeństwa i higieny pracy w tych założeniach i dokumentacji,
 - 6) udział w przekazywaniu do użytkowania nowo budowanych lub przebudowywanych obiektów budowlanych albo ich części, w których przewiduje się pomieszczenia pracy oraz urządzeń mających wpływ na warunki pracy i bezpieczeństwo pracowników,
 - 7) udział w opracowywaniu zarządzeń wewnętrznych, regulaminów i instrukcji ogólnych dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy oraz w ustalaniu zadań osób kierujących pracownikami w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy,
 - 8) 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,
 - 9) 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,
 - 10) doradztwo w zakresie organizacji i metod pracy na stanowiskach pracy, na których występują czynniki niebezpieczne, szkodliwe dla zdrowia lub warunki uciążliwe oraz doboru najwłaściwszych środków ochrony zbiorowej i indywidualnej,
 - 11) 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,
 - 12) współdziałanie z lekarzem sprawującym profilaktyczną opiekę zdrowotną nad pracownikami, a w szczególności przy organizowaniu okresowych badań lekarskich pracowników,
 - 13) dbanie o zabezpieczenie pracowników w odzież ochronną, sprzęt ochrony osobistej a także opiniowanie zapotrzebowań oraz kontrola stanu zaopatrzenia w te artykuły,
 - 14) współdziałanie z innymi komórkami organizacyjnymi Szpitala,
 - 15) wykonywanie innych prac zleconych przez Dyrektora Szpitala, nie objętych niniejszym Regulaminem.

§ 51.

Pełnomocnik ds. ochrony informacji niejawnych i spraw obronnych

1. Pełnomocnik ds. ochrony informacji niejawnych i spraw obronnych jest bezpośrednio podległy Dyrektorowi Szpitala.
2. Do zadań w zakresie ochrony informacji niejawnych należy w szczególności:

- 1) zapewnienie przestrzegania przepisów o ochronie informacji niejawnych,
 - 2) prowadzenie szkoleń w zakresie ochrony informacji niejawnych w odniesieniu do osób ubiegających się o dostęp do ochrony informacji niejawnych oznaczonych klauzulą tajności „Zastrzeżone”,
 - 3) prowadzenie wykazu określonych przez Dyrektora Szpitala stanowisk, z którymi wiąże się dostęp do informacji niejawnych o klauzuli „Zastrzeżone”,
 - 4) przeprowadzanie, na polecenie Dyrektora Szpitala postępowania sprawdzającego zwykłego,
 - 5) sprawowanie bieżącego nadzoru nad stosowaniem środków ochrony fizycznej informacji niejawnych,
 - 6) wyjaśnianie okoliczności naruszenia przepisów o ochronie informacji niejawnych,
 - 7) bezpośredni nadzór nad obiegiem dokumentów niejawnych w Szpitalu,
 - 8) udostępnianie lub wydawanie dokumentów zawierających informacje niejawne osobom posiadającym stosowne uprawnienia w myśl Ustawy o ochronie informacji niejawnych,
 - 9) przyjmowanie, rejestracja, przechowywanie, przekazywanie i wysyłanie dokumentów zawierających informacje niejawne oraz prowadzenie ewidencji w dzienniku korespondencji.
3. Do zadań w zakresie spraw obronnych należy w szczególności:
- 1) realizowanie zadań Dyrektora Szpitala w zakresie planowania zadań obronnych,
 - 2) wykonywanie zadań o charakterze szkoleniowo-planistycznym dla pracowników Szpitala w zakresie realizacji zadań obronnych,
 - 3) prowadzenie prac reklamacyjnych pracowników Szpitala od obowiązku pełnienia czynnej służby wojskowej w razie ogłoszenia mobilizacji i w czasie wojny,
 - 4) opracowanie planów, zarządzeń, instrukcji i wytycznych oraz innych dokumentów w zakresie realizacji zadań obronnych Szpitala na potrzeby obronne państwa,
 - 5) wykonywanie innych prac zleconych przez Dyrektora Szpitala, nie objętych niniejszym Regulaminem.

§ 52.

Archiwista Zakładowy

1. Archiwista Zakładowy jest bezpośrednio podległy Dyrektorowi Szpitala.
2. Do zadań Archiwisty Zakładowego należy w szczególności:
 - 1) współpraca z komórkami organizacyjnymi w zakresie opieki nad dokumentacją i właściwego nią zarządzania oraz w zakresie odpowiedniego jej przygotowania do przekazania do Archiwum Zakładowego,
 - 2) przejmowanie właściwie opracowanej dokumentacji spraw zakończonych z komórek organizacyjnych do archiwum zakładowego na podstawie spisów zdawczo-odbiorczych,
 - 3) przechowywanie i zabezpieczanie przejętej dokumentacji oraz prowadzenie pełnej jej ewidencji,
 - 4) wycofywanie akt z ewidencji archiwum zakładowego w przypadku wznowienia sprawy w komórce organizacyjnej,
 - 5) udostępnianie i wypożyczanie dokumentacji znajdującej się w Archiwum Zakładowym,
 - 6) przygotowanie do przekazania i przekazanie materiałów archiwalnych do miejscowo właściwego archiwum państwowego,
 - 7) inicjowanie brakowania dokumentacji, udział w jej komisijnym brakowaniu i przekazanie wybrakowanej dokumentacji na makulaturę, po uprzednim uzyskaniu zgody miejscowo właściwego archiwum państwowego,
 - 8) sporządzanie sprawozdania z rocznej działalności archiwum zakładowego, uwzględniającego, m.in.: ilość dokumentacji przejętej z poszczególnych komórek organizacyjnych w podziale na materiały archiwalne i dokumentację niearchiwalną, ilość dokumentacji udostępnionej lub wypożyczonej oraz ilość osób korzystających, ilość materiałów archiwalnych przekazanych do archiwum państwowego, ilość wybrakowanej dokumentacji niearchiwalnej; sprawozdanie składa się bezpośredniemu przełożonemu oraz przesyła do wiadomości miejscowo właściwemu archiwum państwowego,

- 9) znajomość struktury organizacyjnej Szpitala, gromadzenie informacji o zmianach organizacyjnych Szpitala, jakie następowały w przeszłości i na bieżąco,
- 10) znajomość stosowanych w przeszłości i obecnie w Szpitalu systemów kancelaryjnych oraz znajomość przepisów kancelaryjno-archiwalnych i regulacji ogólnie obowiązujących dotyczących postępowania z dokumentacją,
- 11) stałe pogłębianie kwalifikacji zawodowych,
- 12) współdziałanie z innymi komórkami organizacyjnymi Szpitala,
- 13) wykonywanie innych prac zleconych przez Dyrektora Szpitala, nie objętych niniejszym Regulaminem.

§ 53.

Kapelan Szpitalny

1. Kapelan Szpitalny to samodzielne stanowisko pracy bezpośrednio podległe Dyrektorowi Szpitala.
2. Do zadań Kapelana Szpitalnego należy w szczególności:
 - 1) zapewnienie chorym przebywającym w Szpitalu realizacji potrzeb religijnych,
 - 2) sprawowanie sakramentu pokuty w Kaplicy szpitalnej i salach chorych,
 - 3) odprawianie nabożeństw w Kaplicy szpitalnej,
 - 4) udzielanie Komunii Św. chorym w salach chorych,
 - 5) pociecha duchowa dla potrzebujących.

§ 54.

Inspektor Ochrony Danych Osobowych

1. Inspektor Ochrony Danych Osobowych (IODO) jest podległy bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.
2. Do zadań IODO należy w szczególności:
 - 1) informowanie Dyrektora Szpitala (reprezentującego administratora ochrony danych osobowych) oraz pracowników, którzy przetwarzają dane osobowe, o obowiązkach spoczywających na nich na mocy Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (ue) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/we (ogólne rozporządzenie o ochronie danych - RODO) z dnia 27 kwietnia 2016 r. (dz. urz. ue. l nr 119, str. 1) oraz innych przepisów Unii lub państw członkowskich o ochronie danych i doradzanie im w tej sprawie; monitorowanie przestrzegania RODO, innych przepisów Unii lub państw członkowskich o ochronie danych oraz polityk administratora w dziedzinie ochrony danych osobowych, w tym podział obowiązków, działania zwiększające świadomość, szkolenia personelu uczestniczącego w operacjach przetwarzania oraz powiązane z tym audyty;
 - 2) udzielanie na żądanie zaleceń co do oceny skutków dla ochrony danych oraz monitorowanie jej wykonania zgodnie z art. 35;
 - 3) współpraca z organem nadzorczym;
 - 4) pełnienie funkcji punktu kontaktowego dla organu nadzorczego w kwestiach związanych z przetwarzaniem, w tym z uprzednimi konsultacjami, o których mowa w art. 36 RODO, oraz w stosownych przypadkach prowadzenie konsultacji we wszelkich innych sprawach,
 - 5) wykonywanie innych prac zleconych przez Dyrektora Szpitala, nie objętych niniejszym Regulaminem.

§ 55.

Obsługa Prawna Szpitala

1. Obsługa prawna Szpitala podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.
2. Do zadań obsługi prawnej należy w szczególności:
 - 1) reprezentowanie Szpitala we wszystkich postępowaniach zainicjowanych przez Szpital lub też toczących się przeciwko Szpitalowi lub z udziałem Szpitala przed sądami powszechnymi, sądami administracyjnymi, organami administracyjnymi, itp.,
 - 2) weryfikacja umów zawieranych przez Szpital oraz sporządzanie opinii,

- 3) weryfikacja wniosków składanych przez podmioty inne niż Pacjenci o wydanie dokumentacji medycznej Pacjentów,
- 4) doradztwo prawne,
- 5) pomoc w rozwiązywaniu prawnych problemów pracowniczych,
- 6) pomoc w redagowaniu dokumentów wewnętrznych Szpitala i zarządzeń Dyrektora Szpitala,
- 7) kontakt z Pacjentami, ich przedstawicielami ustawowymi i pełnomocnikami w sprawach roszczeń zgłaszanych przez Pacjentów,
- 8) kontakt z ubezpieczycielami Szpitala w przypadku roszczeń zgłaszanych przez Pacjentów,
- 9) w razie potrzeby udział w posiedzeniach Rady Społecznej Szpitala,
- 10) wsparcie prawne w kontaktach z Organem Tworzącym Szpitala,
- 11) wykonywanie innych prac zleconych przez Dyrektora Szpitala, nie objętych niniejszym Regulaminem.

§ 56.

Pełnomocnik ds. Zarządzania Jakością

1. Pełnomocnik ds. Zarządzania Jakością podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.
2. Do zadań Pełnomocnika ds. Zarządzania Jakością należy w szczególności:
 - 1) współpraca z Koordynatorem ds. Akredytacji,
 - 2) koordynacja przygotowań do akredytacji i kontroli zewnętrznych, w szczególności prowadzonych przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia oraz inne instytucje nadzorcze,
 - 3) opracowywanie, aktualizacja i nadzór nad dokumentacją systemową (procedury, instrukcje, regulaminy, polityka jakości),
 - 4) planowanie, organizowanie i przeprowadzanie audytów wewnętrznych oraz monitorowanie realizacji działań korygujących i zapobiegawczych,
 - 5) monitorowanie i analiza wskaźników jakościowych oraz opracowywanie raportów dla Dyrekcji Szpitala,
 - 6) identyfikacja, analiza i nadzór nad zarządzaniem ryzykiem w obszarze udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym analiza zdarzeń niepożądanych,
 - 7) inicjowanie i wdrażanie działań mających na celu poprawę jakości i bezpieczeństwa pacjenta,
 - 8) organizacja i prowadzenie szkoleń z zakresu systemu zarządzania jakością dla personelu medycznego i administracyjnego,
 - 9) współpraca z kierownikami komórek organizacyjnych w zakresie wdrażania i utrzymania standardów jakości,
 - 10) udział w przeglądach zarządzania oraz przedstawianie rekomendacji dotyczących doskonalenia funkcjonowania szpitala,
 - 11) wykonywanie innych prac zleconych przez Dyrektora Szpitala, nie objętych niniejszym Regulaminem.

VII. Organizacja i zadania poszczególnych komórek organizacyjnych

§ 57.

Obowiązki, uprawnienia i odpowiedzialność Kierowników komórek organizacyjnych

1. Kierownicy komórek organizacyjnych zobowiązani są do planowania, organizowania, nadzorowania oraz kontroli funkcjonalnej działalności komórek, którymi kierują.
2. W szczególności do obowiązków Kierowników komórek organizacyjnych należy:
 - 1) kierowanie pracą podległych komórek,
 - 2) rozdział zadań i środków do ich wykonania, z uwzględnieniem ich rangi, priorytetu, kwalifikacji fachowych i obciążenia pracą bieżącą bezpośrednich wykonawców,
 - 3) proponowanie wewnętrznej organizacji komórki oraz rozdziału stałych zadań poszczególnym pracownikom,
 - 4) nadzór nad efektywnością i skutecznością działania podległych komórek,

- 5) nadzór służbowy nad wykonywanymi przez podległych pracowników zadaniami oraz udzielanie im w miarę potrzeb wyjaśnień, wskazówek i instruktażu zawodowego,
 - 6) przestrzeganie przy realizacji zadań dyscypliny ekonomicznej i finansowej,
 - 7) nadzór nad warunkami pracy pracowników, z uwzględnieniem przepisów BHP i ppoż.,
 - 8) wprowadzanie nowoprzyjętych pracowników w zakres realizowanych zadań i nadzór nad przebiegiem ich adaptacji w zespole,
 - 9) inspirowanie i wspieranie rozwoju zawodowego podległych pracowników,
 - 10) analizowanie i doskonalenie struktury zatrudnienia w podległych komórkach organizacyjnych,
 - 11) przestrzeganie oraz nadzorowanie przestrzegania przez podległych pracowników przepisów prawa, wewnętrznych aktów normatywnych i obowiązujących norm etycznych,
 - 12) ocenianie pracowników,
 - 13) współpraca ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Szpitala,
 - 14) składanie Wniosków o wszczęcie postępowań o udzielenie zamówień,
 - 15) wykonywanie innych zadań zleconych przez Dyrektora, a nie objętych niniejszym Regulaminem.
3. Uprawnienia osób kierujących komórkami organizacyjnymi:
- 1) opiniowanie kandydatów do pracy w podległych komórkach organizacyjnych,
 - 2) wydawanie podległym pracownikom poleceń służbowych w zakresie zadań przypisanych komórce organizacyjnej, wyznaczanie podległym pracownikom stałych obowiązków i doraźnych zadań oraz ocena ich realizacji,
 - 3) wnioskowanie w sprawie nagradzania lub karania podległych pracowników,
 - 4) autonomiczne decydowanie o sposobie wykonywania zadań przydzielonych podległym komórkom organizacyjnym z uwzględnieniem prawidłowej współpracy z innymi komórkami organizacyjnymi,
 - 5) autonomiczne decydowanie o organizacji pracy i jej podziale w podległych komórkach organizacyjnych,
 - 6) autonomiczne decydowanie o podpisywaniu korespondencji zgodnie z przyznanymi uprawnieniami,
 - 7) autonomiczne decydowanie o wyznaczaniu swojego zastępcy oraz okresowego lub stałego delegowania części posiadanych uprawnień poszczególnym pracownikom.
4. Osoby kierujące komórkami organizacyjnymi odpowiadają za:
- 1) rzetelną i terminową realizację powierzonych obowiązków, realizację zadań i wykorzystanie posiadanych uprawnień,
 - 2) przestrzeganie dyscypliny organizacyjnej i finansowej w podejmowanych decyzjach,
 - 3) realizację, efektywność i skuteczność działania, w tym szczególnie za realizację odpowiednio do rodzaju komórki organizacyjnej, kontraktów i umów stanowiących źródło finansowania działalności Szpitala,
 - 4) znajomość i stosowanie w praktyce obowiązujących aktów prawnych oraz bieżące, zaznajamianie podległych pracowników z powyższymi przepisami,
 - 5) efektywne wykorzystywanie czasu pracy podległych pracowników oraz terminowe, zgodnie z Kodeksem Pracy udzielanie urlopów wypoczynkowych,
 - 6) racjonalne wykorzystanie przydzielonych zasobów,
 - 7) terminowość i rzetelność prowadzonej dokumentacji, dokumentów sprawozdawczych, analitycznych informacji,
 - 8) przestrzeganie dochowania tajemnicy służbowej i zawodowej,
 - 9) dbanie o dobro oraz właściwy wizerunek Szpitala.

VIII. Obowiązki, uprawnienia i odpowiedzialność Pracowników

§ 58.

1. Do obowiązków Pracowników należy w szczególności:

- 1) kompletne, rzetelne i terminowe wywiązywanie się z przyjętych obowiązków, w sposób zgodny z obowiązującymi przepisami i interesami Szpitala,
 - 2) znajomość i przestrzeganie obowiązujących przepisów prawa, zarządzeń, procedur, instrukcji i regulaminów dotyczących w szczególności powierzonego zakresu pracy oraz zasad organizacji pracy w Szpitalu,
 - 3) informowanie przełożonych o nie dających się samodzielnie usunąć przeszkodach w realizacji zadań,
 - 4) utrzymywanie kwalifikacji zawodowych na poziomie niezbędnym dla wykonywania zadań na danym stanowisku, przestrzeganie przepisów dyscypliny pracy, BHP i ppoż.,
 - 5) zgodne z przepisami i przeznaczeniem wykorzystywanie powierzonego majątku Szpitala, zabezpieczenie dostępnymi środkami przed zniszczeniem, kradzieżą lub nieuzasadnionym obniżeniem wartości,
 - 6) przestrzeganie tajemnicy służbowej i zawodowej,
 - 7) współpraca ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Szpitala,
 - 8) wykonywanie innych zadań zleconych przez Dyrektora, a nie objętych niniejszym Regulaminem.
2. Uprawnienia Pracowników wykonawczych obejmują w szczególności:
- 1) otrzymanie i sukcesywną aktualizację formalnie określonych zakresów obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności,
 - 2) dostęp do środków niezbędnych do realizacji wykonywanych zadań,
 - 3) właściwych i bezpiecznych dla danego stanowiska warunków pracy,
 - 4) wyboru sposobu, miejsca i czasu realizacji zadań o ile nie są one ograniczone lub określone decyzją przełożonego, organizacją pracy, procedurami lub przepisami,
 - 5) zwracanie się o pomoc do bezpośredniego przełożonego w przypadku niemożności samodzielnego wywiązania się z zadań,
 - 6) zwracanie się do przełożonego wyższego szczebla w sprawach spornych lub nie rozstrzygniętych przez bezpośredniego przełożonego.
3. Pracownik ponosi w szczególności odpowiedzialność za:
- 1) jakość, terminowość i ilość wykonanych zadań stosownie do posiadanych uprawnień, środków i warunków realizacji,
 - 2) stan i sposób wykorzystania powierzonego majątku stosownie do postawionych do jego dyspozycji środków materialnych, finansowych i organizacyjnych,
 - 3) przestrzeganie obowiązujących przepisów prawa, norm etycznych oraz zasad i procedur obowiązujących w Szpitalu.
4. Szczegółowe zakresy obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności poszczególnych Pracowników znajdują się w aktach osobowych w Sekcji Kadr i Rachuby Płac.

IX. Współdziałanie komórek organizacyjnych

§ 59.

1. Celem współdziałania komórek organizacyjnych jest:
 - 1) usprawnianie procesów informacyjno-decyzyjnych,
 - 2) prawidłowa realizacja zadań statutowych,
 - 3) integracja działań komórek organizacyjnych.
2. Do podstawowych elementów współdziałania zalicza się w szczególności odbywanie okresowych spotkań:
 - 2) Dyrektora z jego Zastępcami i z Kierownikami komórek organizacyjnych,
 - 3) Dyrektora, Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa z personelem medycznym,
 - 4) Dyrektora, Zastępcy ds. Organizacyjno-Ekonomicznych z Kierownikami komórek organizacyjnych działalności niemedycejskiej,
 - 5) Naczelniej Pielęgniarki z personelem pielęgniarskim.
3. Spotkania mają na celu:

- 1) wzajemną wymianę informacji w celu dalszego doskonalenia wspólnego działania,
- 2) przekazywanie informacji o podejmowanych kierunkach działania,
- 3) omówienie realizacji zadań oraz wymianę poglądów dotyczących problemów w realizacji zadań,
- 4) ocenę sytuacji finansowej.

X. Przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych

§ 60.

1. Szpital udziela świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych osobom ubezpieczonym oraz innym osobom uprawnionym do tych świadczeń na podstawie odrębnych przepisów, a także za odpłatnością.
2. Świadczenia zdrowotne udzielane są wyłącznie przez osoby wykonujące zawody medyczne oraz spełniające wymagania kwalifikacyjne określone w odrębnych przepisach.
3. Żadne okoliczności nie mogą stanowić podstawy do odmowy udzielania świadczenia zdrowotnego, jeżeli osoba zgłaszająca się do Szpitala potrzebuje natychmiastowego udzielenia pomocy medycznej, ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia.
4. Szpital prowadzi dokumentację medyczną dotyczącą osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych z zapewnieniem ochrony danych osobowych zawartych w dokumentacji oraz udostępnia dokumentację zgodnie z obowiązującymi przepisami.

§ 61.

1. Aby skorzystać z bezpłatnych świadczeń zdrowotnych należy:
 - 1) zostać pozytywnie zweryfikowanym w systemie elektronicznej Weryfikacji Upnień Świadczeniobiorców (eWUŚ) – na podstawie numeru PESEL;
 - 2) przedstawić dokument, który potwierdza prawo do świadczeń;
 - 3) podpisać oświadczenie o przysługującym prawie do korzystania z opieki zdrowotnej.
2. Osoby pochodzące z terytorium innego Państwa członkowskiego UE, aby skorzystać z bezpłatnych świadczeń zdrowotnych muszą przedstawić:
 - 1) w przypadkach nagłych - Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ) lub Certyfikat tymczasowo zastępujący EKUZ;
 - 2) w przypadkach leczenia planowego - poświadczenie wydane obywatelowi innego państwa członkowskiego UE/EFTA przez NFZ na podstawie przedłożonego formularza E-106, E-109, E-120, E-121, S-1.

§ 62.

1. Specjalistyczne ambulatoryjne świadczenia zdrowotne są udzielane na podstawie stosownego skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.
2. Świadczenia zdrowotne w Poradni udzielane są według kolejności zgłoszenia w dniach i godzinach jej pracy, z zachowaniem kolejności wynikającej z listy oczekujących, z wyjątkiem osób uprawnionych do świadczeń poza kolejnością na podstawie ustawowych przywilejów. W uzasadnionych medycznie przypadkach (stany nagłe – zagrażające życiu i zdrowiu) o kolejności przyjęcia decyduje lekarz Poradni.
3. Świadczenia zdrowotne w pracowniach Sekcji Diagnostyki udzielane są według kolejności wynikającej z pracy pozostałych komórek organizacyjnych działalności medycznej Szpitala.
4. Świadczenia zdrowotne w Oddziałach Klinicznych są udzielane w systemie stacjonarnym i dziennym.
5. Przyjęcie do Szpitala na Oddział Kliniczny odbywa się na podstawie stosownego skierowania. Pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraża zgodę na leczenie w trybie hospitalizacji, która załączana jest do dokumentacji medycznej.
6. W stanach nagłych nie jest wymagane skierowanie.



7. Po przyjęciu do Szpitala pacjentowi zakłada się niezwłocznie dokumentację medyczną spełniającą wymogi prawne i wewnętrzne Szpitala.
8. W historii choroby leczenia szpitalnego, przy przyjęciu należy uzyskać pisemne wskazanie przez pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego:
 - 1) osoby, upoważnionej przez pacjenta do uzyskiwania informacji o jego stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej oraz danych umożliwiających kontakt z tą osobą lub pisemne oświadczenie o braku takiego upoważnienia,
 - 2) osoby, upoważnionej przez pacjenta do uzyskiwania dokumentacji medycznej lub pisemne oświadczenie o braku takiego upoważnienia.
9. Gdy stan pacjenta uniemożliwia uzyskanie w/w oświadczeń przy przyjęciu, w historii choroby należy odnotować przyczynę nieodebrania od pacjenta powyższych i uzyskać je od pacjenta w trakcie pobytu w Szpitalu, z chwilą, gdy stan zdrowia pacjenta na to pozwoli.
10. W sytuacji powtarzających się hospitalizacji, wcześniej udzielone przez pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego upoważnienia zachowują moc prawną, o ile nie zostały przez w/w osoby w formie pisemnej odwołane. W/w oświadczenia woli dotyczą wyłącznie upoważnień wyrażonych w odniesieniu do hospitalizacji mających miejsce w tutejszym Szpitalu.
11. Szpital realizuje świadczenia zdrowotne w trybie nagłym lub w terminie określonym listą oczekujących na realizację świadczenia w trybie pilnym / stabilnym – przyjęcia planowe, w zależności od stwierdzanego stanu pacjenta.
12. Realizacja określonych świadczeń zdrowotnych może nastąpić wyłącznie po uzyskaniu zgody pacjenta, a w przypadku zabiegu operacyjnego albo zastosowania metody leczenia lub diagnostyki o podwyższonym ryzyku, po uzyskaniu zgody pacjenta na piśmie.
13. Szpital zapewnia hospitalizowanemu pacjentowi:
 - 1) realizację świadczeń zdrowotnych,
 - 2) środki farmaceutyczne i materiały medyczne konieczne do wykonywania świadczenia,
 - 3) pomieszczenie i wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia,
 - 4) realizację prawa do opieki duszpasterskiej.
14. Pacjenci Szpitala w momencie przyjęcia na Oddział Kliniczny zaopatrywani są w znaki identyfikacyjne, zawierające informacje pozwalające na ustalenie imienia, nazwiska, daty urodzenia pacjenta, zapisane w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta przez osoby nieuprawnione.

§ 63.

1. Wypisanie pacjenta, jeżeli przepisy odrębne nie stanowią inaczej, następuje:
 - 1) gdy stan zdrowia pacjenta nie wymaga dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne,
 - 2) na żądanie pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego,
 - 3) gdy pacjent w sposób rażący narusza porządek lub przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, a nie zachodzi obawa, że odmowa lub zaprzestanie udzielania świadczeń zdrowotnych może spowodować bezpośrednie niebezpieczeństwo dla jego życia lub zdrowia albo życia lub zdrowia innych osób.
2. Jeżeli przedstawiciel ustawowy żąda wypisania pacjenta, którego stan zdrowia wymaga dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych, Dyrektor lub lekarz przez niego wyznaczony może odmówić wypisania do czasu wydania w tej sprawie orzeczenia przez właściwy ze względu na siedzibę Szpitala sąd opiekuńczy. Właściwy sąd opiekuńczy zawiadamiany jest niezwłocznie o odmowie wypisania ze Szpitala i o przyczynach odmowy.
3. Pacjent występujący o wypisanie ze Szpitala na własne żądanie składa pisemne oświadczenie o wypisaniu ze Szpitala na własne żądanie, po uzyskaniu od lekarza informacji o możliwych następstwach zaprzestania leczenia w Szpitalu. W przypadku braku takiego oświadczenia – lekarz sporządza adnotację w dokumentacji medycznej pacjenta.
4. Jeżeli przedstawiciel ustawowy lub osoba, na której w stosunku do pacjenta ciąży ustawowy obowiązek alimentacyjny, nie odbiera pacjenta małoletniego lub osoby niezdolnej do samodzielnej egzystencji ze Szpitala w wyznaczonym terminie, Szpital zawiadamia o tym niezwłocznie organ gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania lub ostatnie miejsce pobytu tej osoby, organizuje na

koszt gminy przewiezienie do miejsca zamieszkania oraz wystawia Gminie rachunek za przewiezienie pacjenta.

5. W razie pogorszenia stanu zdrowia pacjenta powodującego zagrożenie życia lub w razie jego śmierci, Szpital obowiązany jest niezwłocznie zawiadomić osobę/instytucję wskazaną przez pacjenta, przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego.
6. W przypadku świadczeń innych niż finansowane ze środków publicznych Szpital pobiera opłaty zgodnie z cennikiem.

XI. Okołoperacyjna Karta Kontrolna

§ 64.

1. W trakcie operacji wymagane jest prowadzenie Okołoperacyjnej Karty Kontrolnej OKK.
2. Koordynatorem OKK jest każdorazowo lekarz-asystent danego zabiegu operacyjnego, który dokonuje w niej wpisów i autoryzuje pieczęcią i podpisem.
3. Wpisy w OKK dokonywane są na podstawie informacji udzielanych przez członków zespołu operacyjnego.
4. Szczegóły reguluje procedura w sprawie OKK.

XII. Postępowanie w razie śmierci pacjenta

§ 65.

1. W przypadku śmierci pacjenta, obowiązkiem personelu medycznego komórki organizacyjnej, w której śmierć nastąpiła jest:
 - 1) bezzwłoczne zawiadomienie przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego lub osoby wskazanej przez pacjenta,
 - 2) wypełnienie Karty Zgonu,
 - 3) umieszczenie identyfikatorów na ciele osoby zmarłej,
 - 4) wypełnienie Karty skierowania zwłok do kostnicy,
 - 5) spisanie i zabezpieczenie wszystkich przedmiotów i dokumentów należących do pacjenta.
2. Zwłoki osoby zmarłej przewożone są do kostnicy nie wcześniej niż po upływie 2 godzin od momentu zgonu wskazanego w dokumentacji medycznej. W okresie od śmierci pacjenta do czasu przewiezienia zwłok do kostnicy są one przechowywane na Oddziale z zachowaniem godności należnej zmarłemu.
3. Przedmioty pozostałe po zmarłym wydaje się za pokwitowaniem prawnym spadkobiercom zmarłego.

XIII. Opłaty pobierane przez Szpital i organizacja procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat

§ 66.

1. Wysokość opłat za wykonywanie świadczeń zdrowotnych innych niż finansowane ze środków publicznych ustalona jest w cenniku stanowiącym załącznik do odrębnego Zarządzenia Dyrektora Szpitala.
2. Wysokość opłat za świadczenia medyczne może również być indywidualnie negocjowana z usługobiorcami innymi niż płatnik publiczny.
3. W przypadku pobierania przez Szpital opłat za wykonywanie świadczeń innych niż finansowane ze środków publicznych pacjent po zarejestrowaniu uiszcza ustaloną opłatę w kasie Szpitala. Udzielanie świadczeń odpłatnych nie koliduje z udzielaniem przez Szpital świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.
4. Szpital pobiera opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej poprzez sporządzenie jej wyciągów, odpisów, kopii na zasadach określonych w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 581 z późn. zm.). Szczegóły zawiera Regulamin sporządzania, prowadzenia, udostępniania oraz przekazywania do archiwum dokumentacji medycznej.

5. Wysokość opłat za dokumentację medyczną ustalona jest w cenniku stanowiącym załącznik do odrębnego Zarządzenia Dyrektora Szpitala.

XIV. Warunki współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą

§ 67.

1. Szpital realizując swoje zadania współpracuje z innymi podmiotami leczniczymi w celu zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia pacjentów i ciągłości postępowania.
2. Współpraca z innymi podmiotami leczniczymi odbywa się w ramach podpisanych umów i porozumień, w przedmiocie świadczeń zdrowotnych.
3. Współpraca z innymi podmiotami odbywa się w oparciu o przepisy ustawy o działalności leczniczej z dnia 15.04.2011 roku (Dz.U.2025. 654).

XV. Prawa i obowiązki pacjenta

§ 68.

1. Prawa pacjenta określają przepisy powszechnie obowiązującego prawa, a w szczególności ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 581z późn. zm.).
2. W Szpitalu obowiązuje Karta Praw i Obowiązków Pacjenta, która określa prawa i obowiązki pacjentów przebywających w Szpitalu, a także określa zasady porządkowe obowiązujące rodziców, opiekunów i innych osób przebywających na terenie Szpitala.
3. W Szpitalu powołany jest Pełnomocnik ds. Praw Pacjenta.

XVI. Skargi i wnioski

§ 69.

1. Skargi i wnioski rozpatrywane są przez Dyrektora po ich rozpoznaniu przez Pełnomocnika ds. Praw Pacjenta.
2. Przedmiotem skarg i wniosków może być funkcjonowanie Szpitala, w tym każdy przypadek niewykonania lub nienależytego wykonania działalności leczniczej.
3. Skargi i wnioski należy składać pisemnie, pocztą elektroniczną, telefonicznie i osobiście.
4. Procedurę rozpatrywania skarg i wniosków oraz zasad tworzenia i prowadzenia rejestru skarg i wniosków w Uniwersyteckim Szpitalu Ortopedyczno-Rehabilitacyjnym w Zakopanem reguluje odrębne zarządzenie.

XVII. Postanowienia końcowe

§ 70.

1. Do spraw organizacyjnych nieuregulowanych w niniejszym Regulaminie mają zastosowanie przepisy powszechnie obowiązującego prawa oraz postanowienia aktów wewnętrznych Szpitala.
2. Regulamin wchodzi w życie z dniem 1 kwietnia 2026 roku.

Uniwersytecki Szpital
Ortopedyczno-Rehabilitacyjny w Zakopanem
34-500 Zakopane, ul. Balzera 15
tel. 18 20 142 97, fax 18 20 146 18
NIP 736-14-59-982 REGON 000296377
064/100016 000000018584/W-12

DYREKTOR
USOR w Zakopanem

- 34 dr n. med. Barbara Jasiewicz



Załącznik nr 1 do Regulaminu Organizacyjnego USOR w Zakopanem

